



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

2ª Turma de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Qualidade dos cuidados em colonoscopia: ansiedade, dor,
conforto e satisfação dos utentes

Sara Raquel Fernandes Tavares Sequeira

Leiria, março de 2016



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

2ª Turma de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Qualidade dos cuidados em colonoscopia: ansiedade, dor,
conforto e satisfação dos utentes

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Sara Raquel Fernandes Tavares Sequeira, nº 5130286

Unidade Curricular: Dissertação de Mestrado

Professora Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Fernandes Querido

Leiria, março de 2016

AGRADECIMENTOS

Dedico um especial agradecimento à minha família, pais e irmãs, sempre disponíveis para me ouvir, incentivar, criticar e pelo apoio incondicional em todas as minhas decisões.

À professora Ana Querido agradeço pela orientação, pelo incentivo e pelo apoio que fizeram com que este trabalho fosse possível.

Ao Bruno, companheiro de longa viagem, agradeço pela amizade, pelo amor, pelo carinho e também por me ter apoiado e compreendido nos momentos mais importantes.⁸

Aos meus amigos, um obrigado pelas conversas e partilhas, mas sobretudo pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos colegas de trabalho, agradeço o apoio e o incentivo que nunca deixaram de me dar.

À autora da escala, Professora Teresa McIntyre, agradeço pela autorização pela utilização do instrumento de avaliação da ansiedade utilizado e pela disponibilidade em facultar dados sobre a mesma.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

Enf. - Enfermeiro

ESGENA - *European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates*

IASP - *International Association for the Study of Pain*

Md – Mediana

Mo – Moda

N - Amostra

Nº- Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Nível de significância

% - Percentagem (frequência relativa)

PNDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PROSAS - *PROcedural Sedation Assessment Survey*

ρ - Rho (Coeficiente de correlação de Spearman)

σ – Desvio Padrão

SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STAI - *State Trait Anxiety Inventory*

\bar{X} – Média

XMin – Valor Mínimo

XMax – Valor Máximo

RESUMO

A colonoscopia é o exame preferencial na deteção de patologias do cólon e do reto. Contudo, no nosso país a adesão dos utentes é baixa e isso pode estar relacionado com diversos fatores onde se incluem a ansiedade, a dor e o conforto, importantes focos de atenção dos enfermeiros. Importa que os cuidados de saúde prestados neste âmbito sejam de qualidade, sendo fulcral a avaliação da mesma através da satisfação do utente.

Pretendeu-se com este estudo determinar os níveis de ansiedade, dor, conforto e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia, descrever as relações entre as variáveis e compará-las face à utilização de sedação. Pretendeu-se ainda identificar os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade, dor e conforto.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, através da aplicação de questionários a 60 utentes submetidos a colonoscopia numa instituição de saúde na região de Leiria.

Os resultados revelaram a presença de um nível moderado de ansiedade associado à colonoscopia, independentemente de esta ser realizada com sedação. A realização da colonoscopia sem sedação é desencadeadora da dor, que se revelou como um fator inversamente relacionado com a satisfação.

Concluímos assim que a colonoscopia é um exame causador de ansiedade, dor e desconforto, onde os enfermeiros podem intervir de forma a aumentar a satisfação com os cuidados.

Palavras-chave: Colonoscopia; Enfermagem; Ansiedade; Dor; Satisfação do utente

ABSTRACT

Colonoscopy is the preferred test to detect colon and rectum diseases. However, in our country the membership of patients is low and this may be related to several factors, which include anxiety, pain and comfort, important nurses focus of attention. In this field, the quality of health care is very important and should be assessed through patient satisfaction.

The goals of our research are to determine the levels of anxiety, pain, comfort and satisfaction of persons undergoing colonoscopy, describe relationships between the variables and compare them against the use of sedation. It is also intended to identify clinical and sociodemographic factors that interfere in the levels of anxiety, pain and comfort.

We developed a quantitative, descriptive and correlational study, through the application of questionnaires to 60 patients undergoing colonoscopy in a health institution in the region of Leiria.

The results showed the presence of a mild level of anxiety associated with colonoscopy, whether it be performed with sedation. The performance of colonoscopy without sedation is triggering pain, which proved as inversely related to the satisfaction factor.

We conclude that colonoscopy is an examination which causes anxiety, pain and discomfort, where nurses may intervene in order to increase the satisfaction with care.

Key-Words: Colonoscopy; Nursing, Pain; Anxiety; Patient satisfaction

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO 17

1.1. QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA 17

1.2. A COLONOSCOPIA E AS DETERMINANTES DA SUA QUALIDADE 25

1.2.1.Preparação para a colonoscopia 27

1.2.2. Ansiedade na pessoa submetida a colonoscopia 30

1.2.3. Dor na pessoa submetida a colonoscopia 34

1.2.4. Conforto na pessoa submetida a colonoscopia 37

1.3. PAPEL DOS ENFERMEIROS E DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA
PROMOÇÃO DA QUALIDADE EM COLONOSCOPIA 39

2.METODOLOGIA 45

2.1.DESENHO DO ESTUDO 45

2.2. OBJETIVOS 45

2.3.QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES 46

2.4.POPULAÇÃO E AMOSTRA 48

2.5.INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 49

2.6.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 51

2.7. TRATAMENTO DE DADOS 52

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 55

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 54

3.2. MEMÓRIA DA DOR, DO CONFORTO E DA ANSIEDADE SENTIDOS NO EXAME ANTERIOR 56

3.3. A ANSIEDADE FACE À REALIZAÇÃO DA COLONOSCOPIA 58

3.4. A DOR E O CONFORTO FACE À REALIZAÇÃO DA COLONOSCOPIA 64

3.5. PERCEÇÃO DOS UTENTES FACE ÀS EXPECTATIVAS E A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS 69

3.6. INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DA DOR E DO CONFORTO NOS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DAS PESSOAS SUBMETIDAS A COLONOSCOPIA 71

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 76

5. CONCLUSÃO 89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

ANEXOS

ANEXO I Instrumento de Colheita de Dados

ANEXO II Autorização para aplicação do STAI

ANEXO III Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Classificação ordenada da média dos fatores causadores de ansiedade *60*

GRÁFICO 2 Valor médio da satisfação dos inquiridos quanto a diversos fatores *71*

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Temas que influenciam a qualidade dos cuidados do ponto de vista dos utentes 23

QUADRO 2 Estrutura Taxonómica do Conforto 38

QUADRO 3 -Necessidades em colonoscopia nos contextos de conforto 39

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos 54

TABELA 2 Distribuição da amostra quanto aos dados clínicos relativos à colonoscopia 55

TABELA 3 Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento e informação relativos à colonoscopia atual 56

TABELA 4 Estudo comparativo dos níveis de dor, conforto e ansiedade na última colonoscopia e o género 57

TABELA 5 Estudo comparativo dos níveis de dor, conforto e ansiedade na última colonoscopia face à realização do exame com sedação 57

TABELA 6 Caracterização da amostra em relação aos níveis de ansiedade 58

TABELA 7 Fatores causadores de ansiedade e estudo da independência face ao género 59

TABELA 8 Caracterização da amostra em relação à ordenação dos fatores causadores de ansiedade e a realização de exame com sedação 61

TABELA 9 Estudo comparativo dos níveis de ansiedade das pessoas submetidas a colonoscopia face à realização de exame com sedação 62

TABELA 10 Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade dos inquiridos e o género 63

TABELA 11 Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade-estado e o facto de ser ou não a primeira colonoscopia 63

TABELA 12 Correlação existente entre o nível de ansiedade dos inquiridos e o nível de dor na última colonoscopia sem sedação 63

TABELA 13 Relações entre ansiedade-estado antes e depois do exame e ansiedade-traço 64

TABELA 14 Estudo comparativo de classificações entre os níveis de ansiedade-estado dos inquiridos antes e após a colonoscopia 64

TABELA 15 Caracterização da amostra quanto à dor e conforto durante e após a colonoscopia atual 65

TABELA 16 Estudo comparativo dos níveis de dor e de conforto face à realização de exame com sedação 66

TABELA 17 Estudo comparativo entre os níveis de dor e conforto e o género 66

TABELA 18 Estudo comparativo entre os níveis de dor durante e após o exame e o conforto, e o facto de ser ou não a primeira colonoscopia que os inquiridos realizam 67

TABELA 19 Correlações entre os níveis de dor e de conforto dos inquiridos durante a colonoscopia e a ansiedade antes do exame, a idade e o nível de dor no exame anterior 67

TABELA 20 Verificação da existência de diferenças nos níveis de dor dos utentes antes, durante e após realização de colonoscopia 68

TABELA 21 Estudo comparativo de classificações entre os níveis de dor antes, durante e após a colonoscopia 69

TABELA 22 Distribuição da amostra quanto às expectativas em relação à colonoscopia 69

TABELA 23 Caracterização da amostra quanto à satisfação global 70

TABELA 24 Caracterização da amostra quanto à satisfação dos utentes face a fatores específicos 70

TABELA 25 Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade, dor, conforto e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia face à realização de exame com sedação 71

TABELA 26 Correlações entre os níveis de ansiedade antes do exame, a dor durante o mesmo, o conforto e a satisfação global das pessoas submetidas a colonoscopia 72

TABELA 27 Correlações existentes entre os fatores de satisfação dos inquiridos e a dor sentida durante o exame 73

INTRODUÇÃO

A melhoria na prestação de cuidados de enfermagem está dependente do desenvolvimento e utilização do conhecimento sobre as diversas vertentes do cuidar, materializando-se naquilo a que se chama a prática baseada na evidência e que se baseia em resultados de investigação científica para fundamentar ações, decisões e interações (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

O cancro é uma das doenças do presente e do futuro, que exige uma abordagem multidisciplinar e que tem representado um desafio contínuo para os prestadores de cuidados de saúde, sendo a taxa de incidência por tumores malignos em Portugal de 444,50 por 100 000 habitantes (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, PNDO, 2015). Em Portugal, a neoplasia do cólon encontra-se neste momento como a terceira em termos de incidência por patologia e a neoplasia do reto em sexta, estando ambas incluídas no TOP 10 dos tumores malignos no nosso país (PNDO, 2015). Apesar de estar já instituído desde 2009 o programa de rastreio é premente e considera-se uma prioridade o investimento na sua melhoria, já que desde o ano da sua implementação se tem verificado uma descida constante na taxa de adesão, que, de acordo com os últimos dados, que remontam a 2013, era de 54,1% (Miranda & Portugal, 2014).

O rastreio do cancro colo-retal inicia-se em Portugal pela realização de um teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes que, em caso de positividade, é seguido de colonoscopia. A colonoscopia permite a observação do cólon e do reto com recurso a um aparelho equipado com vídeo, é seguro e fiável e assume vertentes diagnósticas e terapêuticas que lhe conferem o título de exame de primeira linha para os utentes que apresentam sinais e/ou sintomas sugestivos de patologia do cólon e do reto (Direção-Geral da Saúde, 2014). Os enfermeiros fazem parte da equipa multidisciplinar presente na realização deste exame e constituem-se como elementos fundamentais no atendimento ao utente (*European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates*, ESGENA, 2004), sendo portanto uma variável influenciadora na perceção que as pessoas têm face ao exame e, conseqüentemente, na adesão ao mesmo.

Pellisé e Grau (2015) referem que a medicina moderna é centrada no paciente e necessita de se tornar eficiente, sendo a satisfação um bom indicador da adesão de um utente aos cuidados de saúde ou a um exame de diagnóstico. É também reconhecida toda a legitimidade ao cidadão para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo sempre e a todos os níveis de prestação, um direito fundamental que lhe é concedido. Assim, compete não apenas à parte política e organizacional (decisores políticos e instituições), mas também aos profissionais de saúde a colocação em prática de medidas de melhoria contínua da qualidade nos cuidados, que incorporem ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação (Direção-Geral da Saúde, 2012).

No que se refere à colonoscopia, Pellisé e Grau (2015) apontam que uma experiência insatisfatória nesse exame pode desencorajar a participação em programas de rastreio, o que, inevitavelmente, representa um recuo na prestação dos cuidados de saúde. Tendo a mesma premissa em conta, a Direção-Geral da Saúde (2014) emitiu em 2014 uma norma onde prevê que seja disponibilizada para a população, através do Serviço Nacional de Saúde, a realização de colonoscopia sob sedação/anestesia, que permita uma maior adesão e uma melhor qualidade na realização do exame.

A experiência enquanto enfermeira a desempenhar funções num serviço de gastroenterologia suscitou a necessidade de perceber melhor o que sentem e pensam os utentes que realizam a colonoscopia. Se por um lado se verifica a existência de dor nos exames sem sedação, também se observa a ansiedade nos utentes que são submetidos ao exame, podendo a esta ser atribuídas várias causas e consequências, que podem ser determinantes do sucesso do exame. Por outro lado, existe também a curiosidade face ao que sentem e pensam as pessoas relativamente à realização do exame. A existência de poucos estudos publicados nesta área no nosso país foi também uma motivação para a realização desta investigação. Face a um tema tão atual que é o cancro, existe a necessidade de perceber o que influencia a adesão da população e o que está por detrás das manifestações de ansiedade e de dor dos utentes.

Reconhecemos que aos enfermeiros especialistas, conforme descrito no seu Regulamento de Competências, compete a identificação de oportunidades de melhoria, bem como o estabelecimento de prioridades e de estratégias que a permitam alcançar, realçando-se a importância de conhecer as diretrizes de qualidade na área em que prestam cuidados,

participando na análise e no planeamento de orientações direcionadas para a prática (Regulamento nº 122/2011). Assumindo que as decisões para a qualidade devem incluir a participação do cidadão (Direção-Geral da Saúde, 2012), reconhecemos que a realização do presente estudo poderá contribuir para um melhor planeamento dos serviços assente nas necessidades e perceções dos utentes submetidos a colonoscopia com vista a responder aos fatores de satisfação relacionados com a realização do exame.

Neste contexto, a investigação que apresentamos adquire a forma de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, que permitirá a obtenção de mais informação acerca do tema e a verificação de relações entre as variáveis estudadas.

Neste sentido, tomou-se como ponto de partida para esta investigação a seguinte questão geral: “Qual é a relação entre a ansiedade, a dor, o conforto e a satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia?”. Procurando dar resposta à mesma, foram definidos os seguintes objetivos de investigação:

- Determinar os níveis de ansiedade, dor e conforto na última colonoscopia sem sedação à qual as pessoas foram submetidas
- Determinar os níveis de ansiedade, de dor e de conforto das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Identificar os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade, dor e de conforto nas pessoas submetidas a colonoscopia.
- Avaliar o nível de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Descrever as relações entre os níveis de ansiedade, de dor, de conforto e de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Comparar os níveis de ansiedade, de dor, de conforto e satisfação nas pessoas submetidas a colonoscopia sem sedação com os das pessoas submetidas a colonoscopia com sedação.

De forma a explicitar os objetivos, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Qual é o nível de ansiedade, de dor e de conforto das pessoas submetidas a colonoscopia?
- Quais são os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade, de dor e de conforto nas pessoas submetidas a colonoscopia?

- Qual é o nível de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia?

Colocámos também em estudo as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: As mulheres referem ter experienciado níveis de dor e de ansiedade superiores e níveis de conforto inferiores aos dos homens na última colonoscopia sem sedação/anestesia.
- Hipótese 2: Os níveis de ansiedade dos utentes submetidos a colonoscopia são influenciados pelo género, pela realização do exame pela primeira vez e pelo nível de dor sentido no último exame sem sedação.
- Hipótese 3: Os níveis de ansiedade-estado dos utentes são significativamente maiores antes da colonoscopia do que após a mesma
- Hipótese 4: Os níveis de dor e de conforto dos utentes submetidos a colonoscopia são influenciados pelo género, pela idade, pelo nível de ansiedade, pela realização do exame pela primeira vez e pelo nível de dor sentido no último exame sem sedação.
- Hipótese 5: Existem diferenças significativas entre os níveis de dor dos utentes submetidos a colonoscopia antes, durante e após a realização do exame.
- Hipótese 6: As pessoas submetidas a colonoscopia sem sedação experimentam diferentes níveis de ansiedade, dor, conforto e satisfação do que as submetidas a colonoscopia com sedação.
- Hipótese 7: Os níveis de ansiedade, de dor e de conforto influenciam a satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia

No primeiro capítulo desta dissertação apresenta-se o referencial teórico que a sustenta, com a revisão da literatura referente à qualidade na colonoscopia e as suas determinantes. O segundo refere-se à parte metodológica que serviu de orientação à execução do trabalho investigativo, estando presentes os objetivos, questões, hipóteses, procedimentos formais e éticos e a forma como foi realizado o tratamento de dados. No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados tendo como referência as questões de investigação e as hipóteses testadas e no quarto é realizada a discussão dos resultados obtidos face à evidência já apresentada. Na conclusão encontram-se as limitações da investigação e as considerações finais do estudo.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sendo a revisão da literatura o processo de inventariar o conjunto de publicações sobre o tema de investigação (Fortin, 2009), apresenta-se neste capítulo o resultado da pesquisa por nós efetuada. A escassez de estudos no nosso país acerca da qualidade na realização de colonoscopia na perspetiva dos utentes, da dor, da ansiedade e do papel da enfermagem nesse âmbito faz emergir a necessidade de um estudo aprofundado sobre o tema na realidade portuguesa, situação contrastante com o panorama da investigação internacional. Importa, contudo, referir que existem em Portugal e na Europa *guidelines* e normas de orientação para os profissionais de saúde que norteiam a prestação de cuidados de saúde, em especial a qualidade nos exames gastroenterológicos, e que foram consideradas na presente revisão da literatura.

A evidência científica que apresentamos foi obtida através de pesquisa nas bases de dados *ISI Web of Knowledge* e *EBSCOhost*, com as palavras-chave presentes nos Medical Subject Headings (MeSH): *colonoscopy, nursing, pain, anxiety e patient satisfaction*. Optou-se pela utilização de estudos publicados no horizonte temporal de dez anos anteriores a 2015, sendo assim possível compreender a evolução e atualidade da evidência científica acerca de um exame que se considera recente.

1.1. QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Na perspetiva da Direção Geral de Saúde (DGS), a qualidade em saúde é definida 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 da pessoa (Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, p. 13551). Donabedian (1990), autor pioneiro no estudo e definição da qualidade em saúde, defende que a mesma deve estar baseada em sete pilares:

- A eficácia: capacidade para cuidar da melhor forma e melhorar a saúde;
- A efetividade: o grau em que os resultados possíveis de atingir são conseguidos;
- A eficiência: gerar o melhor cuidado com os menores custos;
- A otimização: alcançar o melhor equilíbrio entre custos e benefícios para o utente;
- A aceitabilidade: a conformidade dos cuidados com as preferências do utente, em relação à acessibilidade, à relação médico-utente, às comodidades, aos resultados dos cuidados e aos custos dos mesmos;
- A legitimidade: aceitação dos cuidados do ponto de vista da comunidade;
- A equidade: na distribuição dos cuidados e dos seus efeitos na saúde.

São vários os intervenientes no processo de desenvolvimento, obtenção e avaliação da qualidade em saúde. Na perspetiva da DGS (2012) os atores fundamentais neste processo são os utentes, os profissionais de saúde, as instituições e os decisores políticos, adquirindo todos oportunidades no âmbito da melhoria dos cuidados de saúde. No caso dos profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados significa uma maior segurança em relação à incerteza clínica, a obtenção de referenciais claros para a avaliação do seu trabalho, bem como a promoção de prestação de cuidados multidisciplinar focada na obtenção de resultados e em elevados padrões de segurança, que incorporem a investigação e a evidência científica (DGS, 2012).

Relativamente à avaliação da qualidade em saúde, Donabedian (1988) propõe um modelo, que foi também adotado no plano estratégico para a qualidade em saúde da DGS (2012) e que se divide em três categorias - estrutura, processo e resultado:

- A estrutura: Refere-se às condições materiais, recursos humanos e à estrutura organizacional do cuidado, ou seja, envolve equipamento, dinheiro, quantidade e qualificação dos profissionais, organização e avaliação dos pares.
- O processo: Refere-se em específico ao processo de dar e receber cuidados de saúde, refletindo a dinâmica dos cuidados. Inclui as atividades dos pacientes na procura de saúde e bem-estar, assim como as atividades do profissional de saúde em diagnosticar e implementar intervenções.
- O resultado: Envolve os efeitos da prestação de cuidados em saúde nas condições dos pacientes e da população. Estão incluídas as melhorias nos conhecimentos, as

alterações nos comportamentos e as mudanças do estado de saúde das pessoas, assim como o seu grau de satisfação com os cuidados que recebeu.

Doran (2011), cujo trabalho adota o modelo proposto por Donabedian (1988), refere que nos últimos anos tem sido dado mais ênfase nas fases da estrutura e do processo da qualidade em saúde, estando mais recentemente a emergir a necessidade dos cuidados se direcionarem para os resultados em saúde. Na perspetiva da autora, todos os intervenientes, em todas as dimensões dos cuidados de saúde, têm sido desafiados a provar que os cuidados que prestam conduzem à melhoria dos resultados na saúde dos utentes, sendo clara a importância dos enfermeiros nesse âmbito.

No mesmo sentido, é então criado por Irvine et al. (1998) e testado por Doran o Modelo da Efetividade do papel da Enfermagem, que pretende identificar o contributo dos enfermeiros no alcance dos resultados em saúde. Assim, no que se refere à estrutura da qualidade em saúde, encontram-se o utente (com as suas características), o enfermeiro e a estrutura organizacional dos cuidados. A componente do processo engloba as intervenções independentes dos enfermeiros, mas também aquelas iniciadas por uma indicação médica, que exigem conhecimentos e responsabilidades da enfermagem, bem como as intervenções interdependentes, que envolvem a comunicação com toda a equipa multidisciplinar. Estas componentes de estrutura e processo dão origem aos resultados e surgem assim os resultados nos utentes sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Doran (2011) releva então a importância da existência de indicadores da eficácia dos cuidados de enfermagem, que se justifica pela necessidade de provar que os enfermeiros contribuem para os resultados em saúde dos utentes e na sua experiência de doença. Propõe assim os seguintes resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem: o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a segurança do utente, a satisfação do utente, o *distress* psicológico, a utilização de cuidados de saúde e a mortalidade.

No caso dos enfermeiros em Portugal, as especificidades do seu contributo para a qualidade encontram-se definidas através de padrões de qualidade dos cuidados, que incorporam os âmbitos da satisfação dos clientes, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

No ponto de vista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001, p.13) os profissionais de enfermagem “ (...) têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”. Para alcançar a satisfação dos clientes, é realçada a importância do estabelecimento de parcerias nos cuidados, a criação de relações empáticas, o envolvimento das pessoas significativas e a tentativa de reduzir o impacto negativo das mudanças de ambiente devido às alterações no estado de saúde (OE, 2001).

Para os enfermeiros especialistas a qualidade é também uma área de competência, estando incluída no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011). Em qualquer que seja a área de especialização, este profissional deve desempenhar “ (...) um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, devendo deter conhecimentos e capacidades para a melhoria da qualidade na prática (Regulamento nº 122/2011, p. 8651). Além disso, o domínio da qualidade para os enfermeiros especialistas refere-se ainda à criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, onde é dever do profissional a promoção de um “ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, assim como a gestão do risco (Regulamento nº 122/2011, p. 8651).

Também o modelo de avaliação da qualidade em endoscopia digestiva adotado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) segue as premissas do modelo de Donabedian (1988) e compreende a análise da estrutura (instalações, equipamento e recursos humanos), do processo (correspondente ao ato endoscópico em si mesmo) e dos resultados (alterações no estado de saúde resultantes do procedimento endoscópico) (SPED, 2009). Aliás, na perspetiva dos autores das *guidelines* portuguesas, importa dar mais ênfase não aos resultados obtidos, que se materializam nos resultados do procedimento endoscópico, mas sim à adequada eficiência técnica e boa prática médica, que se incorporam na estrutura e no processo dos cuidados.

Para a SPED (2009) o núcleo dos indicadores da qualidade do ato endoscópico integra necessariamente os quatro itens seguintes: indicações e contra-indicações à realização do exame, as complicações do exame, a satisfação do utente e o sucesso do exame, que vão ao encontro do ponto de vista da Direção Geral de Saúde (DGS, 2014a, p. 8):

“Entende-se como colonoscopia de qualidade a que alcançou o nível pretendido, habitualmente o cego, com boas condições de preparação e que permitiu uma observação cuidada da maior extensão de mucosa colorretal possível, com o mínimo de desconforto para o doente e sem complicações imediatas ou tardias.”

Também as *guidelines* europeias são explícitas na defesa da perspetiva da satisfação do cliente, assumindo que as pessoas devem poder esperar uma colonoscopia confortável, segura e de elevada qualidade e ter a melhor experiência possível, permitindo-lhes encorajar os mesmos atos, baseados num conceito de qualidade, aos seus amigos, família e colegas (Rembacken et al., 2012; Valori et al., 2010).

A SPED (2009) definiu também quais os itens mais importantes na avaliação da qualidade em endoscopia, aplicáveis à equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados e dividiu-os em três momentos: antes, durante e após a realização do exame.

Antes do exame, é importante considerar a adequada indicação do mesmo, a obtenção do consentimento informado, o conhecimento da história clínica e estratificação do risco do utente, a prontidão do exame (desde o pedido do mesmo até à realização), a definição de uma estratégia de sedação adequada e o conhecimento da anticoagulação do utente. A preparação intestinal do utente é também um ponto a ter em consideração (SPED, 2009).

Já **durante o período de realização do exame**, são indicadores de qualidade gerais a documentação fotográfica dos achados, a monitorização adequada do utente e o registo de fármacos utilizados, especialmente nos exames com sedação. São também importantes as taxas de realização de colonoscopia total (ou seja, com visualização da válvula ileocecal e orifício apendicular) e de deteção de adenomas, assim como a realização de biópsias e polipectomias (SPED, 2009).

Ainda durante este momento, a Comissão Europeia (Valori et al., 2010) inclui a intervenção dos enfermeiros. Para os autores, a equipa de enfermagem assegura que o utente está confortável e mantém-no sob observação, para que o gastroenterologista possa prestar a devida atenção ao procedimento endoscópico. Além disso, são os enfermeiros que têm a função de providenciar um adequado suporte técnico, por um lado no que se refere à manutenção do equipamento e por outro à realização de procedimentos terapêuticos durante a colonoscopia (Valori et al., 2010).

No que se refere aos indicadores **após a realização do exame**, a SPED (2009) considera que é importante existir um registo da alta do utente e a garantia de estarem reunidas as condições para ele abandonar o serviço, o adequado fornecimento de instruções pós-exame, um bom seguimento anátomo-patológico e a elaboração de um relatório completo do exame, onde estejam incluídas as complicações do mesmo. A satisfação do utente após ser submetido a exames endoscópicos deve ser colhida e registada através de documentos válidos, devendo, na opinião da SPED (2009) incluir questões acerca do intervalo de tempo entre a marcação e a realização do exame, o tempo em sala de espera e a disponibilidade para repetição do exame com o mesmo médico e na mesma instituição.

Num registo mais geral, a Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (Rembacken et al., 2012) inclui como indicadores de qualidade importantes, entre outros, a sedação, a analgesia e o conforto, não tão profundamente explorados pelas orientações portuguesas. Os autores das *guidelines* recomendam claramente que as práticas de sedação, incluindo as doses aproximadas de fármacos utilizados e as escalas de conforto dos utentes sejam registadas e auditadas nos exames de rastreio, assim como dão importância à percentagem de doentes hipóxicos ou aos quais é administrado um fármaco antagonista da sedação (Rembacken et al., 2012). O mesmo refere a Comissão Europeia nas suas *guidelines*: a colonoscopia pode ser uma experiência desconfortável e aflitiva, efeitos que podem ser reduzidos por uma cuidadosa preparação e sedação do utente e que podem ser auditados através do registo em instrumentos validados dos níveis de sedação, opinião dos utentes, conforto dos utentes, dignidade e privacidade e registo de eventos adversos (Valori et al., 2010).

Rembacken et al. (2012) afirmam ainda que dada a subjetividade da perceção de cada interveniente na execução do exame (médico, enfermeiro e utente), o conforto deve ser avaliado através da consulta direta ao utente. Para isso propõem uma avaliação qualitativa deste importante indicador entre nenhum desconforto e um desconforto severo.

Dando também importância à perspetiva das pessoas submetidas a colonoscopia, Sewitch et al. (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de conhecer a evidência existente acerca dos pontos considerados como “de qualidade” pelas pessoas. Contando com um total de oito estudos quantitativos e tendo em conta os aspetos satisfação com o exame e disponibilidade para voltar a fazer o exame na mesma instituição, os autores concluíram que são indicadores de qualidade para os utentes a

equipa do serviço, o ambiente, o conforto, o tempo de espera, o controlo da dor, a ansiedade e a comunicação entre o médico e o utente.

Mais recentemente, Sewitch et al. (2013) realizaram no Canadá um estudo que tinha como objetivos, entre outros, identificar os indicadores de qualidade em colonoscopia sob a perspetiva dos utentes. Com recurso a *focus group* e questionários, o estudo concluiu que, do ponto de vista das pessoas submetidas a colonoscopia, existem três temas que influenciam a qualidade dos cuidados: a comunicação, o conforto e o ambiente do serviço, que por sua vez se subdividem nos itens apresentados no quadro seguinte:

Quadro 1 - Temas que influenciam a qualidade dos cuidados do ponto de vista dos utentes

Comunicação	Conforto	Ambiente do serviço
<ul style="list-style-type: none"> • Receção de instruções claras; • Saber o que esperar dos profissionais; • Interação médico-utente e com a equipa; • Obtenção de resultados em tempo útil; • Existência de um número de contacto para informações; • Acesso a suporte psicológico a seguir ao diagnóstico; • Existência de um mecanismo para dar a opinião acerca do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser tratado com respeito e dignidade por toda a equipa; • Controlo da dor; • Sedação adequada; • Ser tratado como único; • Privacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspeto decorativo da instituição (sala de espera, vestiário e recobro); • Presença de enfermeiros no exame; • Flexibilidade para escolher a preparação intestinal, o médico, o género da equipa e a data do exame.

Fonte: Adaptado de Sewitch et al. (2013)

No seu estudo, mostraram que mais de 80% dos participantes relataram como muito importantes alguns itens de comunicação (instruções claras, informações detalhadas, saber o que esperar, a obtenção de resultados em tempo útil) e todos os itens de conforto. Relativamente aos aspetos ambientais, foram considerados como muito importantes para mais de 55% dos inquiridos o aspeto decorativo da área de recuperação da sedação, a presença de enfermeiros durante o exame e as opções de escolha da preparação intestinal Sewitch et al. (2013).

Considerando os indicadores de qualidade, os autores concluíram que as pessoas submetidas a colonoscopia se focam mais no que acontece durante o exame do que nas possíveis complicações. Assim, itens como obter o resultado, saber o que esperar, ter instruções claras, o bom controlo da dor e ser tratado com dignidade assumem uma maior importância do que saber o que fazer se ocorrerem complicações (Sewitch et al., 2013).

Também McEntire, Sahota, Hydes e Trebble (2013) pretenderam analisar as atitudes dos pacientes face à realização da colonoscopia e assim compreender o que torna a

experiência satisfatória ou de qualidade. Num estudo desenvolvido no Reino Unido com 216 participantes submetidos a colonoscopia com sedação e através de um questionário, os autores demonstraram que quem se submete à colonoscopia tem níveis de ansiedade moderados a severos (escala qualitativa) e que a interação da pessoa com o gastroenterologista, nomeadamente a discussão conjunta dos resultados e da qualidade do procedimento, assim como o controlo da dor, têm uma grande influência na classificação satisfatória da experiência. Pelo contrário, foi dada menor importância a aspetos como o ambiente, o ruído, a privacidade e a limpeza, bem como a um só género dentro da equipa (McEntire et al., 2013).

Leffler et al. (2015) conduziram um estudo com o objetivo de construir e validar um instrumento para avaliação da qualidade da sedação em procedimentos endoscópicos, que designaram de PROSAS (*PROcedural Sedation Assessment Survey*). No trabalho realizado junto de 858 utentes submetidos a exames gastroenterológicos com sedação, os autores conseguiram identificar os aspetos mais valorizados pelos utentes no que respeita à qualidade do exame no geral, sendo eles:

- O conforto relacionado com o procedimento;
- O controlo do nível de sedação;
- As explicações antes do procedimento;
- A ansiedade relacionada com o exame e os achados influenciados pela mesma;
- A indicação para o exame;
- A prestação da equipa de profissionais;
- A ausência de efeitos secundários e adversos da sedação;
- A perceção das competências da equipa de profissionais de saúde.

Especificamente relacionados com a satisfação do utente face à qualidade da sedação, os autores concluíram que os principais domínios aos quais as pessoas dão importância são o conforto, o controlo do nível de sedação e a referência aos efeitos secundários e adversos da sedação (Leffler et al., 2015). Após a construção e validação da sua escala, os autores afirmam que esta pode ser administrada aos utentes após a realização do exame com o apoio de um enfermeiro, estando incluídos no questionário avaliações qualitativas do desconforto e dor antes, durante e após o exame, bem como a satisfação com a sedação. No instrumento desenvolvido e validado, os autores incluem ainda questões a ser

administradas aos enfermeiros e gastroenterologistas, que refletem a avaliação dos fatores fisiológicos e objetivos relativos ao exame e à qualidade da sedação (Leffler et al., 2015).

Conhecer os fatores aos quais os utentes dão importância é fundamental para que as instituições possam avaliar e melhorar os resultados, garantindo assim uma prestação de cuidados segura e satisfatória que motive os utentes para a investigação do seu estado de saúde, neste caso, através da realização de exames complementares de diagnóstico (Sewitch et al., 2013). Além disso, o *feedback* dado pelos utentes acerca dos cuidados que lhes foram prestados pode conter elogios e críticas construtivas, que terão um efeito motivador na equipa multidisciplinar e na melhoria dos cuidados prestados (Valori et al., 2010).

Retomando o pensamento de Doran (2011) e após compreender o estado da evidência científica relativa à qualidade em colonoscopia, percebemos que existem, no âmbito da realização deste exame e no seu significado para os utentes, resultados importantes que são sensíveis aos cuidados dos enfermeiros, que merecem portanto a sua atenção e que vão ao encontro dos objetivos deste estudo: o controlo da dor e a satisfação dos utentes.

Tendo também em conta a evidência encontrada na literatura (Leffler et al., 2015; McEntire et al., 2013), torna-se pertinente associar às variáveis anteriores em estudo a ansiedade e o conforto, enquanto importantes focos de atenção dos enfermeiros que cuidam das pessoas submetidas a colonoscopia.

1.2. A COLONOSCOPIA – ANSIEDADE, DOR E CONFORTO COMO DETERMINANTES DA SUA QUALIDADE

A colonoscopia é um exame gastroenterológico que permite a visualização do intestino, sendo o método preferencial no âmbito da patologia do cólon e do reto. Tem vindo a assumir uma importância crescente nos cuidados de saúde, dada a sua dupla potencialidade diagnóstica e terapêutica, sendo “determinante no contexto da patologia neoplásica do cólon e reto, (...) que se associa a uma elevada incidência e mortalidade no nosso país” (Direção-Geral de Saúde, DGS, 2014a, p.9). Em Portugal, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas inclui como um dos mais importantes, o programa de rastreio do cancro do cólon e do reto, definindo para isso a realização de pesquisa de

sangue oculto nas fezes a homens e mulheres entre os 50 e os 74 anos, seguido de colonoscopia nos casos positivos (DGS, 2014b).

Além da detecção precoce de patologia neoplásica, a realização de colonoscopia em Portugal está indicada em várias outras situações: na existência de história familiar de neoplasia colorretal, em caso de hemorragia digestiva, na vigilância após ressecção de neoplasia, na dor abdominal persistente, em situações de alteração dos hábitos intestinais, na doença inflamatória intestinal, para realização de atos terapêuticos como a excisão de lesões e no esclarecimento de imagens patológicas obtidas por outros meios complementares de diagnóstico (DGS, 2014a).

A realização da colonoscopia consiste na introdução do colonoscópio pela região anal até ao reto, seguindo pelo cólon (sigmóide, descendente, transverso, ascendente e cego) até ao íleon terminal, ou seja, na parte distal do intestino delgado (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila & Heikkinen, 2009a). No procedimento é introduzido ar ou dióxido de carbono para distender e permitir a visualização da mucosa intestinal e podem ser necessárias mudanças de posição e palpação abdominal, para evitar o enrolamento do aparelho na cavidade abdominal. Estes procedimentos podem causar desconforto e dor, que podem ser variáveis de pessoa para pessoa (Cotton & Williams, 2008, Ylinen, 2010).

Como em vários procedimentos clínicos, a colonoscopia pode ter complicações, de que são exemplo a hemorragia, a perfuração, a hipóxia, a aspiração pulmonar, alterações cardíacas e infeções (Cotton et al., 2008), que podem também gerar alguns receios.

Apesar da sua importância, a adesão a este exame não ocorre de forma pacífica. De acordo com dados do programa de rastreio do cancro do cólon e do reto, existente nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Centro e do Alentejo, em 2013 realizaram-se cerca de 15000 testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes, dos quais 707 eram positivos e, por isso, com indicação para realização de colonoscopia, tendo sido realizadas apenas 557 (DGS, 2014b). Estes números podem ser explicados por vários fatores, como a falta de disponibilidade nas instituições que se traduz em listas de espera longas, mas também pelas especificidades do exame, onde se incluem o medo da dor em exames sem sedação, bem como o desconforto causado pela preparação intestinal necessária (DGS, 2014b; Ussui, Silva, Borges, Silva, Zeitune & Hashimoto, 2013).

Em março de 2014, a DGS emanou uma norma onde se prevê a comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde dos exames com sedação, devendo estes estar disponíveis para a população (DGS, 2014a). A realização do exame com sedação surge como uma forma menos dolorosa e confortável para a pessoa, mas que é também acompanhada de desvantagens, onde se incluem a necessidade de outros meios complementares de diagnóstico (eletrocardiograma, análises clínicas), custos acrescidos com profissionais e fármacos, alteração na rotina da pessoa, maior dispêndio de tempo e, inevitavelmente, riscos cardiopulmonares associados à sedação (Cohen et al., 2006; Paggi et al., 2012).

Apesar da mudança gradual prevista, a prática em Portugal, principalmente em ambulatório em instituições e clínicas com acordo com o Serviço Nacional de Saúde, mantém a realização de colonoscopias sem sedação, reconhecidas por serem mais baratas e seguras (Rembacken et al., 2012). De acordo com Aljebreen, Almadi e Leung (2014), a taxa de exames completos e o tempo até atingir o pólo cecal são semelhantes quando comparadas as duas formas do exame e não existe, contudo, uma diferença significativa na disponibilidade para repetir o procedimento no futuro, caso necessário.

Reconhecendo a importância de diversas determinantes na qualidade em colonoscopia propostas por vários autores (Leffler et al., 2015; McEntire et al., 2013; Sewitch et al., 2013; SPED, 2009) como a preparação para o exame, a ansiedade, o controlo da dor e o conforto, a revisão seguinte pretende explorar como todos se conjugam no resultado final que é a satisfação da pessoa e no papel que os enfermeiros assumem em todo esse processo.

1.2.1.Preparação para a colonoscopia

Uma boa experiência em colonoscopia começa antes do exame (Longcroft-Wheaton & Bhandari, 2011). A sua realização exige uma preparação intestinal, que se materializa numa dieta rigorosa nos cinco dias anteriores ao exame, bem como a ingestão de uma solução oral, que irá provocar várias dejeções (Huffstutler, 2003).

A preparação intestinal é descrita como uma das mais incómodas partes da realização da colonoscopia, dado o desconforto e inconveniência que causa na vida das pessoas,

estando reconhecido como um dos fatores que afeta a tolerância ao exame, a sua aceitabilidade e a decisão de o realizar (Cotton et al., 2008; Hassan et al., 2013).

No entanto, sabe-se que esta fase assume-se como de fulcral importância dado que uma boa limpeza intestinal diminui a interrupção dos exames por má visualização e aumenta a deteção de neoplasias ou outras lesões, enquanto uma má preparação intestinal levará a um exame mais desagradável, lento e menos preciso (Cotton et al., 2008; Rembacken et al., 2012). De acordo com Hassan et al. (2013), a preparação intestinal é de tal forma importante que dela dependem dois indicadores de qualidade em endoscopia: a taxa de intubação cecal e a taxa de deteção de pólipos.

São vários os fatores que podem influenciar a qualidade da preparação intestinal e a dificuldade sentida para a realizar. Rembacken et al. (2012) referem que as pessoas que não sabem ler, as de classe socioeconómica mais baixa, com dificuldades na mobilização, os idosos, os que tomam opiáceos e os doentes internados são os grupos em que se podem esperar mais dificuldades numa boa preparação intestinal. Yee, Manoharan, Hall e Hayashi (2015) acrescentam ainda que utentes com história de trombose, demência, toma de antidepressivos e bloqueadores dos canais de cálcio, assim como pessoas do sexo masculino têm uma maior dificuldade em atingir uma adequada preparação intestinal.

O estudo de Yee et al. (2015) que contou com 2101 utentes submetidos a colonoscopia, realça ainda a importância do fornecimento de uma adequada informação às pessoas: no seu estudo todos os participantes receberam informação escrita e oral (sessão em grupo orientada por enfermeiros) e os autores consideram que esse é o fator causal de terem obtido uma percentagem elevada de utentes com preparações intestinais adequadas (91,5%). Assim, sugerem que o foco dos cuidados deve dirigir-se para programas de educação pré-endoscópicos que permitam otimizar a realização da colonoscopia.

Cotton et al. (2008) e Hassan et al. (2013) referem também que, apesar da informação escrita ser suficiente para a maioria das pessoas, é importante que um profissional de saúde esteja disponível para explicar a preparação com mais detalhe e de uma forma individualizada. Para estes autores, alguns minutos gastos em explicações e na motivação são capazes de prevenir um processo longo e desagradável devido à má preparação intestinal, algo que pode ser feito pelos enfermeiros (Cotton et al., 2008).

1.2.2. Ansiedade na pessoa submetida a colonoscopia

A ansiedade e a gestão da mesma são áreas da intervenção de enfermagem onde os profissionais assumem um papel fulcral.

O Conselho Internacional de Enfermeiros inclui na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, Versão 2) a ansiedade como um foco de atenção da enfermagem, definindo-a como uma emoção negativa na qual estão presentes sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (OE, 2011). Também a NANDA *International* (2010) introduz o conceito de ansiedade no seu manual de diagnósticos de enfermagem, definindo-a como um vago e incómodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica, um sentimento de apreensão causado por antecipação do perigo ou um sinal de alerta perante uma ameaça, que permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com o perigo.

A ansiedade é uma emoção e uma experiência individual subjetiva, que envolve o corpo, as perceções sobre si mesmo e os relacionamentos com os outros, sendo algo que causa sofrimento e que está ligado à angústia (Serra, 1980; Stuart, 2001). As pessoas sentem ansiedade quando confrontadas com o desconhecido, sendo um fenómeno complexo que pode afetar profundamente o bem-estar psicológico e a estabilidade fisiológica da pessoa. A ansiedade é comunicada entre as pessoas e isso confere-lhe efeitos positivos e negativos no relacionamento (Stuart, 2001; Tate, 2010).

Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970, referidos por Santos & Galdeano, 2009) definiram a existência de dois tipos de ansiedade: a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. Para os autores, a ansiedade-traço refere-se às diferenças individuais mais ou menos estáveis que ditam a propensão para a ansiedade, sendo portanto a predisposição ou a tendência do indivíduo para a vivenciar. A ansiedade-traço não é observada diretamente, mas é expressada como ansiedade-estado quando existe uma situação de *stress* (McDowell, 2006). Por outro lado, a ansiedade-estado é uma condição transitória de tensão frente a uma circunstância percebida como ameaçadora, sem que esteja identificado o objeto de perigo, ou seja, é simbólica, inespecífica e ocorre por antecipação. Este tipo de ansiedade pode variar de intensidade e flutuar no tempo, em função do estímulo *stressor* com o qual o organismo se depara.

Também Hildegard Peplau, considerada a mãe da Enfermagem Psicodinâmica e autora da Teoria das Relações Interpessoais inclui o conceito de ansiedade na sua teoria. Na sua perspectiva, podem ser observados diferentes níveis de ansiedade nas pessoas, classificados em leve, moderado, severo e pânico, este último caracterizado pela incapacidade da pessoa em realizar as suas tarefas. Para a autora, a ansiedade é uma energia que surge quando as expectativas presentes não são atingidas, que, caso não seja reconhecida, continua a aumentar e pode evoluir para o pânico (Boyd, 2008).

A ansiedade pode ser expressa por meio de alterações fisiológicas e comportamentais ou através da formação de mecanismos de enfrentamento desenvolvidos como uma defesa (Stuart, 2001). O mesmo autor refere que existe um predomínio da ativação simpática em resposta à ansiedade, pelo que, entre outras manifestações fisiológicas, ocorre a libertação da adrenalina, havendo alterações como o aumento da frequência cardíaca, hipertensão arterial e alterações na profundidade da respiração. Em alguns indivíduos pode predominar a reação parassimpática, sendo originadas respostas fisiológicas opostas (Stuart, 2001).

Tendo em conta as respostas comportamentais, cognitivas e afetivas, é possível observar nas pessoas com ansiedade reações como a inquietação, a tensão física, a hipervigilância, a falta de coordenação, a tendência a acidentes, o retraimento interpessoal, falta de concentração e de objetividade, preocupação, confusão, vergonha, nervosismo, medo, impaciência e desconforto (Stuart, 2001).

As respostas fisiológicas, comportamentais, cognitivas e afetivas da ansiedade podem estar envolvidas de diversas formas na criação de um foco de instabilidade. Por um lado, uma situação de ansiedade pode levar a um processo de doença crítica, mas pode, por outro, ser uma consequência emocional de uma doença orgânica que coloque em causa a vida da pessoa. Em ambas as situações, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica tem a competência e o dever de identificar os focos de instabilidade, assim como de identificar evidências “fisiológicas e emocionais de mal-estar” e demonstrar conhecimentos sobre o “bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica ou falência orgânica” (regulamento nº 124/2011, p. 8656). O mesmo regulamento de competências contempla ainda a capacidade que o enfermeiro deve ter em assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica,

devendo para isso demonstrar conhecimentos na gestão da ansiedade e do medo decorrentes de tal situação (regulamento nº 124/2011).

A operacionalização destas competências na prática de cuidados à pessoa submetida a colonoscopia podem ser determinantes na qualidade da mesma, tendo em conta o sentido de invasão, medo e dor associados à realização do exame.

Ersöz, Toros, Aydoğan, Bektaş, Özcan e Arikan (2010) realizaram um estudo com o qual se pretendia avaliar a possível relação entre a ansiedade e a endoscopia alta e a colonoscopia. O estudo contou com 98 pessoas de um hospital em Instambul, com o exame eletivo com sedação consciente, tendo a ansiedade sido avaliada em “*baseline*” e imediatamente antes do exame, utilizando o *State Trait Anxiety Inventory* (STAI), de Spielberger. Os resultados demonstraram que a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia com sedação consciente estão associadas com níveis de ansiedade modestos mas significativos. Na avaliação em *baseline*, o valor médio de ansiedade-traço dos utentes submetidos a colonoscopia foi de 43,8 e de ansiedade-estado 36,2. Imediatamente antes da realização da colonoscopia, os valores médios de ansiedade-traço foram de 41,4 e de ansiedade-estado 45,8, onde se verificou um aumento. Os autores constataram ainda que os níveis de ansiedade-estado antes da colonoscopia são maiores nas mulheres do que nos homens, não existindo diferenças significativas de género para a ansiedade-traço.

Também McEntire et al. (2013) comprovaram o envolvimento da ansiedade em colonoscopia. No seu estudo, os resultados demonstraram que 56% dos indivíduos apresentavam níveis moderados a severos de ansiedade, relacionados principalmente com antecipação da dor ou dos resultados do procedimento.

No que se refere a fatores influenciadores da ansiedade, Ersöz et al. (2010) e McEntire et al. (2013) concluíram que a ansiedade sentida pode estar relacionada com expectativas negativas, constrangimento e medo da dor e do desconforto. Os resultados do estudo de McEntire et al. (2013) evidenciaram ainda que uma experiência anterior de colonoscopia desconfortável e sem controlo da dor dá origem a um aumento marcado dos níveis de ansiedade antes de procedimentos futuros, principalmente quando existe já a preocupação com repetição da dor ou do desconforto.

Também Ylinen, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä (2009b) realizaram um estudo quantitativo transversal num hospital finlandês, que tinha como objetivos avaliar a

ansiedade das pessoas antes da realização de colonoscopia sem sedação bem como identificar correlações entre a ansiedade, uma experiência dolorosa anterior, intervenções não farmacológicas e a intensidade da dor sentida durante a colonoscopia. Aplicando um questionário onde estava incluído o STAI, os resultados do estudo realizado com 130 pessoas apontaram que os níveis de ansiedade-traço são diretamente proporcionais aos níveis de ansiedade-estado, sendo o valor médio em ambas as escalas (traço e estado) de 36. Os resultados colocaram também em evidência as diferenças de género nos níveis de ansiedade: as mulheres encontravam-se mais ansiosas, experienciando maior dor e desconforto do que os homens. O facto dos indivíduos terem já realizado uma colonoscopia e o nível de dor sentido em experiências anteriores não significaram um aumento dos níveis de ansiedade. As intervenções não farmacológicas realizadas pelos enfermeiros foram referidas pelas pessoas como importantes na diminuição da dor, tanto nos mais ansiosos como nos menos. Intervenções como o discurso calmo, a explicação da razão da dor sentida e uma boa orientação foram valorizadas pelos participantes.

Tal como os estudos evidenciam, a preocupação com a ansiedade das pessoas submetidas ao exame é uma realidade e ocorre pela necessidade de compreender as suas atitudes e expectativas quanto aos cuidados que lhes são prestados, pretendendo-se otimizar e melhorar a experiência da pessoa e a qualidade do exame (McEntire et al., 2013). Além disso, é importante ter em conta que os níveis de ansiedade elevados sentidos pelas pessoas podem ter consequências na realização da colonoscopia: Kutlutürkan, Görgülü, Fesci e Karavelioglu (2010) afirmam que a ansiedade pode levar ao prolongamento do procedimento endoscópico assim como ao aumento da probabilidade de ocorrerem efeitos indesejáveis. Por outro lado, as preocupações relacionadas com o exame poderão levar a sensações de ansiedade que afetam desfavoravelmente a vontade da pessoa se submeter ao exame ou a capacidade de o tolerar, o que pode determinar a diminuição dos rastreios realizados ou inibir uma adequada avaliação do estado de saúde.

Kutlutürkan et al. (2010) sugerem como medida significativa da redução da ansiedade o fornecimento pelos profissionais de saúde, cerca de uma semana antes do exame, de informação escrita detalhada acerca da colonoscopia, acompanhada de instruções orais, tendo provado que esta medida aumenta a satisfação e diminui o nível de ansiedade das pessoas. Devem ainda considerar-se as causas da ansiedade, pelo que estando esta tão

intimamente relacionada com o medo da dor e do desconforto durante o exame, esse deve também ser um dos focos de atenção e de exploração dos enfermeiros.

1.2.3. Dor na pessoa submetida a colonoscopia

A dor, instituída pela DGS (2003) como o 5º sinal vital, é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade de situações que requerem cuidados de saúde, pelo que “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos Cuidados de Saúde” (DGS, 2003, p.1).

A dor é também um dos mais importantes focos de atenção da prática profissional dos enfermeiros, privilegiados pela proximidade e pelo tempo de contacto com as pessoas (OE, 2008). Está definida na CIPE (OE, 2011) como uma perceção comprometida caracterizada por “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (OE, 2011, p, 50). A *NANDA International* (2010) define também a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidual real ou potencial, podendo ser de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa e podendo classificar-se em aguda ou crónica consoante a duração.

Davidhizar e Giger (2004) referem-se à dor como uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, encarando-a como um fenómeno complexo, multidimensional e universal, mas que é experienciado pelas diversas pessoas e culturas de uma forma diferente. A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994, p. 210) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com lesão tecidual atual ou potencial ou descrita em termos de lesão tecidual”.

Consoante o local da sua origem, a dor pode ser classificada em dor neuropática ou dor nociceptiva (McGillion & Watt-Watson, 2003). A dor neuropática tem origem numa lesão no sistema nervoso central, enquanto a dor nociceptiva é causada por uma lesão tecidual, atual ou potencial e pode ser dividida em dor somática, se tiver origem na pele,

tecido subcutâneo, músculos ou ossos, e dor visceral se o estímulo se iniciar nos órgãos internos. A dor visceral pode provocar uma sensação reflexa que pode ser sentida em áreas que não as estimuladas por lesão ou doença (McGillion et al., 2003).

A dor, quando associada a um procedimento médico é um fenómeno complexo, uma vez que está associada a um ato específico (Ylinen, 2010). Apesar do nível de dor poder variar consoante o tipo de procedimento, existem fatores que afetam a perceção da dor sentida pela pessoa, como a ansiedade, o estado psicológico e emocional, a perceção dos motivos da dor e ainda as experiências dolorosas anteriores (Marsac, 2008).

Cao, Zhang, Yan, Chen & Li (2012) vão ao encontro do que defende Marsac e afirmam ainda que a dor é composta por dimensões sensoriais e afetivas, ocorrendo a transmissão da dor visceral diretamente ao cérebro e a criação de memórias negativas afetivas, que podem prolongar o desconforto físico e psicológico causado pela dor. Assim, é importante que tanto a dor como a ansiedade sejam antecipadas, prevenidas ou tratadas convenientemente, pois caso contrário haverá lugar a numerosos efeitos adversos e os níveis de dor sentidos pelas pessoas serão superiores em procedimentos futuros (Czarnecki et al., 2011; Okawa, Ichinohe & Kaneko, 2005; Rocha, Marche & Baeyer, 2009).

Importa ainda ter em conta que a dor mal controlada ou ignorada pode ter consequências a vários níveis: poderão ocorrer alterações relacionados com o bem-estar físico, como insónias, fadiga, náuseas ou alterações gastrointestinais, assim como perturbações psicológicas, emocionais e sociais, onde se incluem a ansiedade, a depressão, o medo da dor futura, o isolamento, o declínio de relações familiares e alterações na sexualidade (Brennan, Carr & Cousins, 2007; Ferrel, 2005).

A colonoscopia realizada sem recurso a fármacos é um exame que reconhecidamente pode provocar dor e desconforto, que pode ser mínima nalgumas pessoas ou aumentar de intensidade consoante a existência de fatores que a influenciem (Cotton et al., 2008). De acordo com Ylinen (2010), a dor sentida na colonoscopia é uma dor visceral, resultante da ativação dos nervos sensitivos aferentes que inervam o intestino. É uma dor difusa, difícil de localizar e frequentemente referida noutros tecidos intactos, em locais totalmente distintos dos afetados (Cervero & Laird, 1999; Ylinen, 2010). De acordo com Cervero et al. (1999) a dor visceral é acompanhada de resposta autonómica, podendo

ocorrer palidez, tonturas, náuseas, vômitos, hipotensão, bradicardia, diaforese e tensão muscular, que podem determinar a interrupção da execução da colonoscopia.

São vários os autores que atestam a presença de dor nas pessoas submetidas a colonoscopia. Ylinen et al. (2009b) demonstraram no seu estudo que relacionava ansiedade e dor durante o exame que para 4% dos inquiridos o exame foi extremamente doloroso, para a maioria das pessoas (58%) foi considerado doloroso até certo ponto, moderadamente doloroso para 21% dos participantes e nada doloroso para 17%.

Também Chung, Han, Yoo e Park (2007) estudaram a dor em exames sem sedação, tendo como objetivos definir os fatores que afetam a sensação de dor nas pessoas submetidas à colonoscopia. No seu estudo, que contou com 426 participantes, a dor foi classificada em severa, moderada, leve ou inexistente sendo que mais de metade dos participantes referiu não sentir dor (56%). A maioria das pessoas que sentiu dor durante o exame classificou-a como leve (28,2%), 11,1% como moderada e apenas 4,7% como severa.

Apesar de ser indiscutível a possibilidade da sensação dolorosa durante o exame, a intensidade e a tolerância à dor durante a colonoscopia são afetadas por vários fatores. De acordo com Cotton et al. (2008), a inserção do colonoscópio no canal anal e a distensão abdominal feita pelo ar introduzido pode ser suficiente para causar desconforto e dor. Por outro lado, a tortuosidade e redundância do cólon, fatores variáveis nos indivíduos, podem significar um exame tecnicamente mais difícil, que pode tornar-se mais longo e mais desconfortável (DGS, 2014a; Ylinen, et al., 2009b).

Ylinen (2010) realça a ansiedade como um fator condicionante de exame mais doloroso: quanto maior a ansiedade-estado, maior a intensidade da dor. Além disso, as mulheres são mais ansiosas e referem níveis de dor superiores, assim como as pessoas que têm exames referidos pelos médicos como tecnicamente difíceis (Ylinen et al., 2009a). Também Chung et al. (2007) referem que são fatores significativamente associados à sensação dolorosa na colonoscopia o género feminino, a história de histerectomia, a diarreia, o baixo índice de massa corporal, a realização da primeira colonoscopia e níveis elevados de ansiedade. Por seu lado, Ylinen et al. (2009b) referem que o facto de ser primeira colonoscopia não está relacionado com o nível de dor sentido. São fatores determinantes de uma maior experiência dolorosa nas mulheres o facto de terem a região pélvica mais profunda e circular, o que predispõe o aparelho a enrolar-se na cavidade

abdominal, e nos idosos o facto de terem um cólon mais longo e tortuoso (Chung et al., 2007).

Reconhecendo também que a disponibilidade das pessoas para a realização de colonoscopia é influenciada pelas suas expectativas e experiências dolorosas anteriores, Allen, Shaw, Jong, Behrens e Skinner (2015) realizaram um estudo acerca da duração e severidade da dor após a realização de endoscopia e colonoscopia com sedação, com o objetivo de determinar a prevalência, severidade, localização e duração da dor após colonoscopia, bem como explorar as possíveis relações entre a dor, variáveis sociodemográficas e os achados diagnósticos.

O estudo contou com a participação de 277 pessoas submetidas a colonoscopia com sedação e analgesia, às quais foi solicitado que referissem a sua dor utilizando escalas de classificação numérica, três vezes por dia durante os três dias após a realização do exame, começando no dia do exame. Com este estudo, concluíram que menos de metade dos participantes experienciaram dor após o procedimento, que esta era baixa (média 2,8 numa escala de severidade de 0 a 10) e que apenas uma em dez pessoas necessitou de analgésicos. As regiões onde mais pessoas experienciaram dor foi na hipogastro e fossas ilíacas, não estando a mesma associada com a duração do exame, a pressão abdominal, a remoção de pólipos, a diverticulite, doença inflamatória intestinal ou a presença de lesões benignas ou malignas (Allen et al., 2015).

Para os autores, os resultados do estudo fornecem evidência aos profissionais de saúde para que possam aconselhar e avisar adequadamente as pessoas submetidas a colonoscopia acerca da dor nos dias após a realização do exame. Assim, sugerem que os utentes que sentem dor severa após colonoscopia, ou dor com duração superior a 24 horas, devem estar sensibilizados para procurar cuidados médicos de forma a investigar a causa da sua dor (Allen et al., 2015).

1.2.4. Conforto na pessoa submetida a colonoscopia

O conforto é um conceito que está identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem, estando vinculado com as origens da profissão e cujo significado tem variado ao longo do tempo (Apóstolo, 2009).

A definição do conceito de conforto e da sua utilidade na prática de enfermagem foi conceptualizada por Katharine Kolcaba numa teoria de médio alcance, que é hoje utilizada por muitos em trabalhos de investigação e aplicada na prática especializada em diferentes contextos. Para Kolcaba (2003), o conceito pode ser visto como um resultado holístico desejado para os enfermeiros pois designa um estado dinâmico e multifacetado das pessoas, que promove ganhos no desempenho físico e psicológico. Assim, a autora definiu conforto como

“a 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, psíquico, sociocultural e ambiental)” (Dowd, 2004, p. 484).

Na sua teoria acerca do conforto, Kolcaba (2003) definiu que a primeira dimensão do conforto é composta pelos três estados alívio, tranquilidade e transcendência. Para a autora, o alívio corresponde ao estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade revela-se como o estado de calma ou satisfação necessário para um desempenho eficiente; e a transcendência como o estado no qual cada pessoa sente que tem competência ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Estes três estados podem ser frequentemente contínuos, sobrepostos e interdependentes (Kolcaba, 2003; Peterson & Bredow, 2009).

Kolcaba (2003) considera ainda que o conceito de conforto tem uma segunda dimensão, que se baseia no contexto em que o conforto ocorre e na natureza holística da pessoa. Assim, o primeiro contexto é o físico, que corresponde às sensações corporais; o segundo é o psíquico, onde se inclui a consciência de si, a auto-estima, o auto-conceito e a sexualidade; o terceiro é o social, onde intervêm as relações interpessoais, familiares e sociais, assim como os aspetos financeiros; e por último o contexto ambiental, que se refere à luz, ao som, à cor, à temperatura e aos elementos naturais e sintéticos que nele têm influência (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994; Peterson et al., 2009).

Os três estados do conforto assim como os contextos em que eles se cruzam podem ser esquematizados através de uma grelha de doze células, útil para avaliar as necessidades

de conforto dos pacientes, familiares e enfermeiros, planejar intervenções para as satisfazer e informalmente avaliar a sua eficácia e medir o nível de conforto desejado e alcançado (Kolcaba, 2003). A grelha encontra-se esquematizada na figura seguinte.

Quadro 2 - Estrutura Taxonómica do Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Fonte: Adaptado de Peterson et al. (2009).

Para Kolcaba (1994), a teoria do conforto holístico é baseada na ideia de que as necessidades pendentes surgem de uma situação/estímulo e causam uma tensão negativa. As necessidades de conforto são identificadas e são realizadas intervenções direcionadas às mesmas, movendo a tensão num sentido positivo. Os utentes apercebem-se da alteração na tensão provocada pelas intervenções e os enfermeiros avaliam o alcance do seu objetivo através da perceção de conforto do utente (Kolcaba, 1994).

A autora assume na sua teoria que é um trabalho dos enfermeiros e dos profissionais de saúde identificar as necessidades de conforto dos pacientes e familiares, mas acrescenta ainda que os enfermeiros devem também identificar as suas próprias necessidades de conforto nos seus locais de trabalho e tomar atitudes construtivas para as satisfazer (Peterson et al., 2009). Para Kolcaba, o conforto é um estado holístico desejável que é pertinente para a disciplina de enfermagem, não se resumindo à inexistência de dor, ansiedade e outros desconfortos físicos (Peterson et al., 2009).

Em colonoscopia, o conforto pode ser influenciado por diversos aspetos, que vão de encontro ao defendido por Kolcaba na sua teoria e que podem ser intervencionados pela ação dos enfermeiros. Aliás, Rembacken et al. (2012), nas normas de qualidade em endoscopia definidas pela Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal fazem referência a uma avaliação do conforto e não apenas e só da dor.

Assim, é possível considerar o conforto em colonoscopia como variável nos quatro contextos sugeridos por Kolcaba – físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural. O tipo de conforto que maioritariamente se pretende atingir é o estado de alívio, no qual o doente viu satisfeita uma necessidade específica. Contudo, parece também ser pertinente

considerar que os estados e contextos de conforto pretendidos variem de pessoa para pessoa, e daí o reconhecimento da importância de uma adequada avaliação das necessidades dos utentes realizada pelos enfermeiros, de forma a identificar da melhor forma as necessidades de conforto, em específico os seus estados e os seus contextos. Por exemplo, fazendo o exercício proposto por Kolcaba (Kolcaba, 2003), uma pessoa que se manifeste ansiosa devido ao medo de sofrer com dor, poderá necessitar de conforto do tipo tranquilidade no contexto psicoespiritual.

Desta forma, tendo em conta as diversas determinantes deste exame complexo, é possível antecipar algumas necessidades de conforto pretendidas pelas pessoas que a ele se submetem, nos diversos contextos propostos por Kolcaba (Quadro 3).

Quadro 3 - Necessidades em colonoscopia nos contextos de conforto

Contexto	Necessidades em colonoscopia
Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência/ controlo da dor; • Controlo de sensações e sinais fisiológicos de ansiedade; • Inexistência de contra-indicações ao exame e ausência de complicações;
Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de garantia da privacidade e sigilo; • Respeito dos profissionais pelos medos e ansiedade; • Controlo da ansiedade;
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente calmo e relaxado durante o exame; • Presença de música/intervenções para os sentidos, temperatura adequada e espaço acolhedor; • Garantia das condições de higiene;
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para se expressar em relação às dificuldades no exame; • Sensação de esclarecimento em relação a dúvidas do estado de saúde.

1.3. PAPEL DOS ENFERMEIROS E DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE EM COLONOSCOPIA

Sendo a colonoscopia o exame de eleição para as patologias intestinais, pela sua dupla potencialidade diagnóstica e terapêutica, é um procedimento que requer a participação de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar (Cotton et al., 2008; Ylinen, 2010). Em endoscopia digestiva, a equipa assume uma importância fulcral na avaliação e controlo da dor, assim como na promoção do conforto e do bem-estar das pessoas submetidas a colonoscopia.

O papel do enfermeiro em endoscopia é multifacetado. De acordo com a *European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates* (ESGENA, 2004), o enfermeiro em endoscopia digestiva tem como objetivo promover o melhor cuidado e aumentar a qualidade de vida das pessoas que são submetidas a procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos, sendo as necessidades das pessoas o foco principal da sua atenção. Os enfermeiros são também responsáveis pela execução de alguns procedimentos técnicos durante os exames, pela manutenção da segurança da pessoa e assumem um importante papel educacional em benefício de todos os intervenientes na execução de exames gastroenterológicos (ESGENA, 2004).

A avaliação e o controlo da dor e do conforto da pessoa submetida a colonoscopia são importantes focos de atenção dos enfermeiros, profissionais que adquirem um papel privilegiado neste exame pelas suas intervenções. Habitualmente, a atenção do médico gastroenterologista é dirigida para o ecrã de vídeo e para os achados do exame, enquanto a dos enfermeiros é para o bem-estar do utente, para as respostas humanas que apresenta face ao procedimento e também para a realização de procedimentos técnicos, como a realização de biópsias ou excisão de pólipos (polipectomia). Contudo, a dor gerada no procedimento requer uma abordagem multidisciplinar, de modo a que as intervenções farmacológicas e não farmacológicas possam ser adequadamente utilizadas, refletindo a natureza multidimensional da dor (Ylinen, 2010).

O controlo da dor é, de acordo com a DGS (2003, p.1), “um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”. Exige uma adequada avaliação, que deve ser feita de forma contínua e regular, e que deve ter em conta que o objetivo é criar uma imagem compreensiva da experiência de dor da pessoa, tão subjetiva e culturalmente variável (DGS, 2003; OE, 2008; Ylinen, 2010).

Contudo, a avaliação e o registo da dor em endoscopia digestiva não é ainda uma prática totalmente enraizada nos profissionais. Ylinen (2010) realizou um estudo na Finlândia, com a participação de 44 enfermeiros de endoscopia digestiva, com o objetivo, entre outros, de descrever os conhecimentos e as competências dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor durante a colonoscopia e comparar os níveis de dor referidos pelos utentes com os avaliados pelos enfermeiros e gastroenterologistas. O seu estudo demonstrou que o uso de escalas de avaliação e registo da dor pelos profissionais é insuficiente, sendo que

os enfermeiros avaliam maioritariamente a dor através da observação do comportamento da pessoa, dos sinais corporais de dor e das alterações fisiológicas. Comprovou-se ainda que tanto os enfermeiros como os gastroenterologistas avaliavam a intensidade da dor da pessoa num nível inferior ao que esta verbalizava, embora as avaliações dos dois grupos de profissionais não fossem significativamente diferentes uma da outra (Ylinen, 2010).

No que concerne ao controlo da dor, a Ordem dos Enfermeiros refere que “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (OE, 2008, p.17), devendo colaborar com os restantes membros da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor (OE, 2008).

Em colonoscopia, para o controlo da dor são consideradas pelos enfermeiros as intervenções não farmacológicas e as intervenções farmacológicas. As intervenções não farmacológicas são baratas, seguras e têm a capacidade de melhorar a experiência em colonoscopia, pelo que os enfermeiros devem estar consciencializados da sua importância na prática, adquirir conhecimentos e desenvolver as intervenções mais adequadas como parte do controlo da dor (Ylinen, 2010). Além disso, são capazes de reduzir os componentes emocionais da dor, dando às pessoas a sensação de controlo sobre a situação e tornando a dor mais tolerável, sendo válidas tanto para a dor somática como visceral (Richardson & Mustard, 2009; Ylinen, 2010, referindo McCaffery & Pasero 1999).

No estudo que desenvolveu, Ylinen (2010) concluiu que a maioria dos enfermeiros utilizam intervenções não farmacológicas para o controlo da sensação dolorosa em colonoscopia sem sedação. Nestas intervenções incluem-se a criação de um ambiente relaxado e calmo, a conversação, a orientação, a mudança de posição da pessoa durante o exame, a palpação abdominal e a distração, sendo a vertente educativa e a orientação as intervenções consideradas melhores para o controlo da dor pelos enfermeiros participantes no estudo. Outra importante intervenção efetuada pelos enfermeiros é a advertência aos pacientes de que deixem sair o ar introduzido durante o exame, de modo a que o cólon não fique demasiado distendido (Cotton et al., 2008; Ylinen, Vehvilainen-Julkunen & Pietila, 2007).

De acordo com Ylinen (2010), o grau de ansiedade é um dos mais importantes fatores influenciadores da dor durante a colonoscopia, pelo que os enfermeiros devem estar aptos a reconhecer e a intervir na ansiedade dos utentes submetidos ao exame.

Hu, Peng, Lin, Chang e Ou (2010) realizaram um estudo na China com o objetivo de demonstrar o efeito da medicina alternativa e complementar na realização da colonoscopia. Com o objetivo de reduzir a ansiedade presente nas pessoas submetidas ao exame (que pode ser realizado ou não com recurso a sedação/analgesia), os autores propõe o recurso à aromaterapia. No seu estudo com grupo de controlo e grupo experimental, ficou demonstrado que apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa entre a ansiedade pré e pós-procedimento com aromaterapia e sem, o grupo experimental revelou menores níveis de ansiedade e avaliou-se uma diminuição significativa da pressão arterial após a inalação de um aroma (Hu et al., 2010).

Outras medidas alternativas para o controlo da ansiedade ou da dor durante a colonoscopia incluem ferramentas audiovisuais. Wang, Zhang, Zhang e Zhang (2014) concluíram que a música tem um efeito positivo bastante abrangente, sendo capaz de reduzir nas pessoas os níveis de dor, de ansiedade, a frequência cardíaca, as pressões arteriais sistólica e diastólica e aumentar os níveis de satisfação. No mesmo sentido, Umezawa et al. (2015) avaliaram o impacto da distração visual na dor relacionada com a colonoscopia e na satisfação das pessoas. Contando com 60 participantes submetidos a colonoscopia sem sedação, os autores concluíram que a visualização de um vídeo silencioso durante a colonoscopia aumenta a satisfação das pessoas e diminui os níveis de ansiedade e de dor durante o procedimento nas pessoas com altos níveis de ansiedade antes do exame (Umezawa et al., 2015).

Por outro lado, podem também ser utilizadas nos exames as intervenções farmacológicas para o controlo da dor, que se baseiam no conceito de prevenção e se transformam na prática em sedação e analgesia. De acordo com Gaspar, Medeiros, Serrano e Armada, (2011, p. 15), as colonoscopias devem ser realizadas sob sedação, uma vez que “em termos práticos, o risco de eventos críticos mantém-se inalterado, o conforto do paciente é incomparavelmente superior, e a retoma das suas atividades diárias é apenas ligeiramente atrasada”. Também no estudo realizado por Aljebreen et al. (2014), que contou com 403 participantes de um hospital na Arábia Saudita, chegou-se à conclusão de que os níveis de dor verbalizados pelas pessoas que realizaram o exame com sedação

eram inferiores aos sem sedação, assim como os níveis de satisfação foram significativamente maiores quando a colonoscopia era realizada com recurso a fármacos anestésicos. Contudo, as pessoas que iam realizar colonoscopia sem sedação encontravam-se menos ansiosas do que as que iam realizar o exame sob sedação.

Paggi et al. (2012) têm outra opinião, afirmando que apesar da possível sensação dolorosa, o exame sem recurso a fármacos tem vantagens potenciais no que se refere aos riscos e custos da sedação, à necessidade de vigilância da pessoa e às restrições de atividade após o exame. Para vários autores, a realização de colonoscopia sem administração de sedação é um procedimento seguro, menos demorado e que pode ser realizado com sucesso na maioria das pessoas, sendo as complicações raras e os custos bastante diminuídos, comparativamente ao exame com sedação (Aljebreen et al., 2014; Paggi et al., 2012; Ylinen, 2010).

Gross et al. (2002) definiram para a Sociedade Americana de Anestesiologistas quatro estádios de sedação, do mais leve ao mais profundo, que são acompanhados respetivamente pelo aumento do risco de disfunção respiratória e cardiovascular. Para os autores, a sedação mínima (ou ansiólise) é o nível mais leve e permite à pessoa sedada manter uma resposta normal à estimulação verbal; a sedação/analgesia moderada (ou sedação consciente) permite ainda a resposta voluntária e intencional a estímulos verbais ou táteis; a sedação/analgesia profunda exige a estimulação repetida ou dolorosa para obter respostas e a anestesia geral, o mais profundo dos quatro estádios, é caracterizada por não se obter do indivíduo qualquer tipo de resposta, nem mesmo à estimulação dolorosa (Gross et al., 2002).

Contudo, o tipo de sedação/analgesia ideal para a realização de exames gastrointestinais não está ainda definido, sendo frequente haver variações nos tipos de sedação e fármacos utilizados por cada médico gastroenterologista ou anestesista. Também a Comissão Europeia (Valori et al., 2010) afirma que o uso de sedação em colonoscopia varia nos países europeus, sendo possível encontrar três padrões diferentes: o uso pouco frequente de sedação, a utilização frequente de sedação consciente com recurso a benzodiazepinas e o uso quase exclusivo de sedação profunda, com recurso a Propofol ou anestesia geral. Os autores referem que esta variação de padrões sugere que não existe uma abordagem perfeita e enfatiza a necessidade de ter em conta diferenças históricas e culturais na implementação dos programas de rastreio endoscópicos (Valori et al., 2010).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (2014a) preconiza que a sedação/anestesia seja realizada apenas por médico anesthesiologista, cujo desafio é a estabilização do nível de sedação, que não deve ser demasiado ténue nem aprofundado.

Na utilização de sedação e/ou anestesia importa ainda ter em conta a existência do risco de graves efeitos secundários nas pessoas submetidas ao exame (Ylinen, 2010), entre os quais se encontram a hipotensão, a hipertensão, bradicardia, taquicardia e hipoxemia (Neto, Silvino, Prudente, Teixeira, Torres & Torres, 2010). Para a prevenção deste tipo de complicações, a principal intervenção dos enfermeiros é a monitorização dos sinais vitais das pessoas submetidas ao exame e a observação de respostas corporais indicativas do aumento da dor (Neto et al., 2010; Ylinen, 2010).

Todas as intervenções dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar devem procurar transformar a experiência de colonoscopia o mais confortável possível, tentando que a dor, a ansiedade ou qualquer fator inibidor que exista não demova as pessoas de investigarem o seu estado de saúde.

2.METODOLOGIA

Conhecido o enquadramento do tema à luz do conhecimento mais recente, importa definir o desenho do estudo e planificar, de uma forma sistemática, como se vai desenvolver a investigação. Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos que deram origem aos resultados e que norteiam esta investigação.

2.1.DESENHO DO ESTUDO

O desenho da investigação é o plano criado com vista a obter respostas válidas às questões de investigação e hipóteses formuladas. É o desenho do estudo que precisa a forma de colher e analisar os dados para assegurar um controlo das variáveis em estudo (Fortin, 2009).

A investigação que apresentamos adquire a forma de um estudo quantitativo, descritivo correlacional. Após a realização da revisão da literatura acerca da qualidade em colonoscopia e das suas determinantes, optou-se pela escolha de um método quantitativo descritivo, pelo facto de ser um tema pouco estudado para a população portuguesa e existir a necessidade de obter mais informação, associando-lhe a verificação de relações entre as variáveis estudadas, o que lhe atribui o carácter de correlacional (Fortin, 2009).

2.2. OBJETIVOS

Pretende-se com esta investigação caracterizar a população que realiza colonoscopias, analisando as relações existentes entre os determinantes da qualidade e, assim, compreender a realidade para melhorar a qualidade da prestação de cuidados. Este estudo procura fornecer um contributo à comunidade científica acerca das determinantes existentes em redor da qualidade em colonoscopia, assim como um orientador para enfermeiros, especialistas, outros profissionais e utentes, que se interessem pelo tema.

Como afirma Fortin (2009), o objetivo de um estudo enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.

Esta investigação tomou como ponto de partida a seguinte questão geral: “Qual é a relação entre a ansiedade, a dor, o conforto e a satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia?”. Procurando dar resposta à mesma, foram definidos objetivos de investigação:

- Determinar os níveis de ansiedade, dor e conforto na última colonoscopia sem sedação à qual as pessoas foram submetidas
- Determinar os níveis de ansiedade, de dor e de conforto das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Identificar os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade, de dor e de conforto nas pessoas submetidas a colonoscopia.
- Avaliar o nível de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Descrever as relações entre os níveis de ansiedade, de dor, de conforto e de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia.
- Comparar os níveis de ansiedade, de dor, de conforto e satisfação nas pessoas submetidas a colonoscopia sem sedação com os das pessoas submetidas a colonoscopia com sedação.

2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Tendo por base a questão de investigação geral e os objetivos, definiram-se questões de investigação específicas que, como refere Fortin (2009), precisam as variáveis descritas e as relações que possam existir entre elas.

- Quais os níveis de ansiedade, dor e conforto na última colonoscopia sem sedação à qual as pessoas foram submetidas?
- Qual é o nível de ansiedade, de dor e de conforto das pessoas submetidas a colonoscopia?

- Quais são os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade, de dor e de conforto das pessoas submetidas a colonoscopia?
- Qual é o nível de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia?

As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos, sendo a combinação entre o problema e o objetivo numa explicação dos resultados esperados no estudo (Fortin, 2009). O uso de hipóteses induz ao pensamento crítico e, conseqüentemente, promove a compreensão de uma problemática (Polit et al., 2004). As hipóteses definidas para a presente investigação são:

- Hipótese 1 (H1): As mulheres referem ter experienciado níveis de dor e de ansiedade superiores e níveis de conforto inferiores aos dos homens na última colonoscopia sem sedação/anestesia.

- Hipótese 2 (H2): Os níveis de ansiedade dos utentes submetidos a colonoscopia são influenciados pelo género, pela realização do exame pela primeira vez e pelo nível de dor sentido no último exame sem sedação.

- H2.1 As mulheres experienciam níveis de ansiedade superiores aos dos homens quando submetidos a colonoscopia
- H2.2: Os níveis de ansiedade dos utentes submetidos a colonoscopia são superiores em quem realiza o exame pela primeira vez
- H2.3: Os níveis de ansiedade dos utentes submetidos a colonoscopia relacionam-se com os níveis de dor sentidos no último exame sem sedação

- Hipótese 3 (H3): Os níveis de ansiedade-estado dos utentes são significativamente maiores antes da colonoscopia do que após a mesma

- Hipótese 4 (H4): Os níveis de dor e de conforto dos utentes submetidos a colonoscopia são influenciados pelo género, pela idade, pelo nível de ansiedade, pela realização do exame pela primeira vez e pelo nível de dor sentido no último exame sem sedação.

- H4.1: As mulheres referem níveis de dor e de conforto superiores aos referidos pelos homens quando submetidos a colonoscopia
- H4.2: Os níveis de dor e de conforto dos utentes submetidos a colonoscopia são superiores em quem realiza o exame pela primeira vez

- H4.3: Os níveis de dor e de conforto dos utentes relacionam-se com a idade, com a ansiedade e com o nível de dor sentido no último exame sem sedação.
- Hipótese 5 (H5): Existem diferenças significativas entre os níveis de dor dos utentes submetidos a colonoscopia antes, durante e após a realização do exame.
- Hipótese 6 (H6): As pessoas submetidas a colonoscopia sem sedação experimentam diferentes níveis de ansiedade, dor, conforto e satisfação do que as submetidas a colonoscopia com sedação.
- H6.1. Os níveis de ansiedade são superiores nas pessoas que realizam colonoscopia sem sedação do que nas que realizam com sedação
 - H6.2. Os níveis de dor são superiores nas pessoas que realizam colonoscopia sem sedação do que nas que realizam com sedação
 - H6.3. Os níveis de conforto são inferiores nas pessoas que realizam colonoscopia sem sedação do que nas que realizam com sedação
 - H6.4. Os níveis de satisfação são superiores nas pessoas que realizam colonoscopia com sedação do que nas que realizam sem sedação
- Hipótese 7 (H7): Os níveis de ansiedade, de dor e de conforto influenciam a satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia
- H7.1.: A satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia é menor nas pessoas com níveis superiores de ansiedade
 - H7.2.: A satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia é menor nas pessoas com níveis superiores de dor
 - H7.3. A satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia é maior nas pessoas com níveis superiores de conforto

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009), a população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, que foram definidas por um conjunto de critérios.

Assim, a população-alvo desta investigação é constituída pelas pessoas que realizaram colonoscopia numa instituição privada na região de Leiria.

A amostra é “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”, devendo ter características representativas da população visada (Fortin, 2009, p. 202). Optou-se nesta investigação pela amostragem não probabilística accidental por permitir a inclusão de indivíduos facilmente acessíveis, conseguindo-se uma maior amostra num curto período de tempo.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão como características essenciais à participação no estudo:

- Pessoas que foram submetidas a colonoscopia com ou sem sedação anestésica numa instituição privada em Leiria e Pombal.
- Pessoas que foram submetidas a colonoscopia com ou sem sedação anestésica que não tinham défice cognitivo diagnosticado;
- Pessoas que foram submetidas a colonoscopia e que sabiam ler e escrever em português;
- Pessoas que foram submetidas a colonoscopia que concordaram em participar no estudo e assinaram o consentimento informado.

2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados consiste na recolha metódica de informação junto dos participantes do estudo, requerendo o acesso a diferentes métodos (Fortin, 2009). Para a colheita de dados na presente investigação, recorreu-se à utilização de um questionário escrito (ANEXO I), enquanto instrumento que permite a tradução dos objetivos com variáveis mensuráveis e de uma forma rigorosa, controlando melhor o enviesamento (Fortin, 2009).

A colheita de dados foi realizada durante os meses de julho a dezembro de 2015.

O questionário foi aplicado às pessoas submetidas a colonoscopia com e sem sedação anestésica em dois momentos diferentes: antes da realização do exame e após o mesmo, encontrando-se dividido em quatro partes: a primeira parte corresponde aos dados sociodemográficos dos participantes (idade, género, habilitações literárias) e a segunda inclui dados clínicos sobre a realização da colonoscopia (contexto, com ou sem sedação, primeira vez que realiza, referência a dor, ansiedade e conforto na colonoscopia anterior, dados sobre acompanhamento e informação relativos ao exame, dificuldade na

preparação intestinal, sensação dolorosa antes do exame e fatores causadores de ansiedade). De seguida, é aplicado o Inventário de Ansiedade Estado e Traço Forma Y 1/2, de Charles Spielberger, adaptado para a população portuguesa por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (1995). A quarta parte do questionário corresponde às questões a aplicar após o exame, que incorporam a referência ao nível de dor durante e após o exame, o nível de conforto, a avaliação da ansiedade recorrendo novamente ao STAI, a classificação do exame face às expectativas e ainda o nível de satisfação com o mesmo.

As questões referentes ao nível de dor foram operacionalizadas através de uma escala numérica, com variação entre 0 e 10. De acordo com a DGS (2003), na circular normativa sobre o registo sistemático da intensidade da dor, é referido que esta deve ser registada no momento da sua colheita, sendo sempre o valor registado aquele que é referido pelo doente. A DGS (2003) preconiza que o registo da intensidade da dor seja efetuado com recurso a escalas propostas, onde se inclui a escala numérica, numerada de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “sem dor” e 10 classifica-se como a “dor máxima”.

As questões referentes ao nível de conforto foram também operacionalizadas por uma escala numerada de 0 a 10, correspondendo 0 à expressão “totalmente desconfortável” e 10 a “totalmente confortável”, conforme realizado por Kolcaba (2003). A ansiedade sentida na última colonoscopia sem anestesia foi também operacionalizada através de uma escala numérica (de 0 a 10), correspondendo 0 à expressão “não estava nada ansioso/a” e 10 a “estava extremamente ansioso/a”.

Como instrumento de avaliação da ansiedade nas pessoas submetidas a colonoscopia, optou-se pela utilização do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (*State-Trait Anxiety Inventory - STAI*), desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores, numa versão traduzida por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), em 1995. Para a população portuguesa, a versão utilizada apresenta um valor de *alfa* de Cronbach de 0.92 (escala de ansiedade-traço) e de 0.90 (escala de ansiedade-estado), o que é revelador de um nível de consistência interno muito elevado (Pereira, Pedras & Lopes, 2012).

McDowell (2006) refere que como as emoções têm um papel crucial em determinar a reação dos pacientes a um diagnóstico e a ansiedade é central nesse processo, Spielberger argumentou que é importante que na prática clínica se avalie a ansiedade.

Embora tenha sido inicialmente desenvolvido como instrumento de pesquisa para avaliar a ansiedade em adultos sem perturbações psiquiátricas, é também aceite que pode ser

utilizado em doentes do foro psiquiátrico, médico e cirúrgico, estando a sua utilidade clínica comprovada (Jardim, 2002). O STAI tem sido utilizado em diversos estudos científicos com populações médicas e em adolescentes e adultos saudáveis.

O STAI é constituído por duas escalas de autoavaliação, que se destinam a medir dois conceitos distintos de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. O formulário Y-1 é constituído por 20 itens, onde se solicita aos participantes que descrevam o modo como se sentem no momento em que estão a responder ao questionário, avaliando assim a ansiedade-estado. O formulário Y-2 é constituído também por 20 itens e pretende descrever o modo como os participantes se sentem habitualmente, permitindo avaliar a ansiedade-traço.

De acordo com Jardim (2002, p.111), a escala que avalia a ansiedade-estado pode ser utilizada para “determinar os níveis efetivos de intensidade de ansiedade-estado, induzidos por procedimentos experimentais ou *stressantes* (...)”, estando demonstrado que as pontuações nessa escala aumentam em resposta aos vários tipos de *stress* e diminuem após o relaxamento. Já a escala de ansiedade-traço permite a compreensão da diferente propensão dos indivíduos para responder com diferentes níveis de ansiedade-estado a situações de *stress* psicológico (Jardim, 2002).

Assim, o STAI é composto por um total de 40 proposições, às quais as pessoas atribuem um valor numérico: 1 corresponde à resposta “de modo nenhum”, 2 corresponde a “um pouco”, 3 corresponde a “mais ou menos” e 4 corresponde a “muito”. Habitualmente, uma resposta cuja cotação é 4 pontos, significa que a pessoa manifesta um elevado nível de ansiedade. Contudo, existem alguns itens com a pontuação invertida, isto é, para os quais uma pontuação elevada corresponde a baixo nível de ansiedade (Jardim, 2002).

As pontuações totais variam, para cada uma das escalas, entre um mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de ansiedade.

2.6.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa”, pelo que se torna fundamental que o investigador defina limites na sua investigação que não coloquem em causa direitos humanos fundamentais (Fortin, 2009, p. 114). Assim, neste trabalho foram colocados em prática procedimentos formais

e éticos que permitiram garantir que todos os pressupostos de correção ética foram aplicados, indo também de encontro ao preconizado na Declaração de Helsínquia.

Como condição à elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados, foi solicitada autorização de utilização a uma das autoras da escala de avaliação de ansiedade (STAI), que foi obtida e que pode ser consultada no Anexo II. Após essa validação, foi efetuado um pedido de aplicação do instrumento de colheita de dados na instituição de saúde, que foi obtido (ANEXO III).

No contacto direto com os utentes, importa ainda garantir o respeito por vários direitos fundamentais das pessoas, que de acordo com (Fortin, 2009), se referem ao direito à auto-determinação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Tendo em conta estes pressupostos, o instrumento de colheita de dados foi elaborado de forma a não invadir demasiado a privacidade e a intimidade dos utentes.

Como condição à participação no estudo, todos os participantes leram e assinaram o consentimento informado, após terem sido informados de que a sua participação era voluntária, de que podiam desistir a qualquer momento e eram livres de responder apenas ao que achassem legítimo. Foi entregue aos participantes uma cópia do documento de consentimento, incluindo contacto do investigador, e dada a possibilidade de terem acesso aos resultados do estudo.

No momento de recolha de dados, foi dada aos participantes a hipótese de responderem ao questionário com ou sem a presença do investigador, tendo essa vontade sido sempre respeitada. Os participantes foram informados da garantia da confidencialidade dos dados fornecidos e do seu anonimato, tendo os dados sido recolhidos e tratados como tal.

2.7. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados recolhidos através da aplicação de questionários escritos em papel, foram informatizados e transferidos para uma base de dados criada através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Para o tratamento estatístico dos dados, foram utilizadas medidas de estatística descritiva, onde se incluem as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão e variabilidade (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para testar as hipóteses em estudo, optou-se pela utilização de testes não paramétricos, devido ao número reduzido de participantes e ao facto de não se verificarem para todas as variáveis os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos (distribuição normal, variâncias homogêneas e variáveis quantitativas) (Pestana & Gageiro, 2003). Para verificar a relação entre variáveis foi utilizada a correlação de *Spearman*, sabendo-se que o resultado da correlação varia entre -1 e 1, em que o sinal negativo significa uma correlação inversa e o sinal positivo uma correlação direta (Pestana et al., 2003). O nível de significância assumido foi 0,05.

Tendo em conta o definido por Pestana et. al (2003), as respostas ausentes não foram substituídas, uma vez que para as variáveis onde existem são sempre superiores ao intervalo definido pelos autores (substituir se o resultado de $(100 \times n^\circ \text{ de ausências}) / \text{tamanho total da amostra} \leq 3$).

No caso do STAI, foram recodificados os itens invertidos na escala, que são:

- No formulário Y-1 os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20
- No formulário Y-2 os itens 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39.

Na análise dos resultados, de acordo com Jardim (2002, p. 114), se houver omissão de um ou dois itens em cada uma das escalas, pode ainda obter-se um resultado válido de pontuação total, utilizando o seguinte processo: “1.determinar a pontuação média dos itens a que o indivíduo respondeu; 2.multiplicar este valor por 20; 3. arredondar o produto obtido para o número inteiro superior.”

Contudo, se forem omissos mais de três itens, a validade da escala terá de ser posta em questão (Jardim, 2002). Por este motivo, foram consideradas como ausentes as pontuações totais de casos onde havia três ou mais itens por responder.

Os dados foram analisados, transformados em tabelas, descritos e discutidos tendo em conta a investigação e conhecimento atual apresentados na fundamentação teórica.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo, é realizada uma caracterização da amostra em estudo quanto a dados sociodemográficos e clínicos relativamente à execução da colonoscopia, bem como apresentados e analisados os resultados descritivos e a estatística inferencial, relativos à ansiedade, à dor, ao conforto e à satisfação com a experiência de realização do exame.

A análise dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foi efetuada com recurso ao programa de análise estatística SPSS versão 20.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Caracterização sociodemográfica

Este estudo contou com a participação de sessenta utentes (N=60) que realizaram colonoscopia com ou sem sedação/anestesia. Os indivíduos eram adultos, tendo uma média de idades de 57,80 anos ($\sigma=12,510$). Responderam aos questionários trinta homens e trinta mulheres, cujas habilitações literárias eram maioritariamente a licenciatura ou superior (27,60%) e o ensino secundário (25,90%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos

	\bar{X}	Md	Mo	σ	X_{Min}	X_{Max}	N
Idade	57,80	57	54; 56; 57	12,510	19	82	60
Género		Nº				%	
Masculino		30				50,00	
Feminino		30				50,00	
Habilitações Literárias		Nº				%	
<1º ciclo		1				1,70	
1º ciclo		9				15,50	
2º ciclo		4				6,90	
3º ciclo		13				22,40	
Secundário		15				25,90	
Licenciatura ou superior		16				27,60	
Não resposta		2					

Caracterização clínica e em relação à experiência de realização de colonoscopia

Observando a Tabela 2, pode constatar-se que 43,30% da amostra em estudo realizou o exame como um rastreio, 30% pela existência de queixas, de que são exemplo a presença de sangue nas fezes ou dor e ainda 21,70% no seguimento de colonoscopias anteriores ou outros exames complementares de diagnóstico. Nenhum dos indivíduos realizou colonoscopia de urgência ou por motivo desconhecido.

Para a maioria dos inquiridos não era a primeira vez que realizavam uma colonoscopia (61,70%) e destes 71,40% nunca tinham sido submetidos ao exame com sedação. A amostra dividiu-se na utilização da sedação, sendo que 53,30% dos indivíduos foram submetidos a exame com sedação e 46,70% realizaram-no sem recurso a fármacos anestésicos/sedativos.

Constatamos que 11 indivíduos (18,3%) referiram sentir dor antes da realização do exame, com um nível médio de 4,45 ($\sigma=2,544$), sentida maioritariamente na região anal.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos dados clínicos relativos à colonoscopia

	Nº	%
Contexto da Colonoscopia		
Rastreio	26	43,30
Queixas	18	30,00
Seguimento	13	21,70
Pedido do utente	3	5,00
Primeira Colonoscopia		
Sim	23	38,30
Não	37	61,70
Se não, já realizou anteriormente alguma com sedação/anestesia?		
Sim	10	28,60
Não	25	71,40
Não resposta	2	
Sedação/Anestesia para o exame atual		
Com	32	53,30
Sem	28	46,70
Dor antes do exame atual		
Sim	11	18,3
Não	49	81,7
Se sim, localização da dor		
Cabeça	2	20,00
Cervical	1	10,00
Ânus	4	40,00
Lombar	2	20,00
Região lateral direita do abdómen	1	10,00
Não resposta	1	

Através da Tabela 3 é possível observar que a maioria dos inquiridos (62,70%) fizeram-se acompanhar por familiar ou pessoa significativa.

No que se refere à informação, onde se inclui a explicação do exame e preparação para o mesmo, a maior parte dos inquiridos respondeu que foi informado pelo médico (50,00%) e pelo centro hospitalar (40,40%), sendo que neste grupo se incluem as secretárias clínicas ou assistentes operacionais. Apenas 5,80% receberam a informação através do enfermeiro. A maioria dos inquiridos (75%) foi informado até quatro semanas antes do mesmo, sendo maioritariamente por escrito (42,60%) e presencialmente (38,30%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento e informação relativos à colonoscopia atual

Acompanhado	Nº	%
Sim	37	62,70
Não	22	37,30
Não resposta	1	
Quem lhe deu informação sobre o exame	Nº	%
Centro Hospitalar	21	40,40
Médico assistente/de família	26	50,00
Equipa de enfermagem	3	5,80
Amigo/a	1	1,90
Outros intervenientes	1	1,90
Não resposta	8	
Há quanto tempo recebeu a informação	Nº	%
≤ 1 semana	10	20,80
1 a 2 semanas	9	18,80
3 semanas	7	14,60
4 semanas	10	20,80
6 semanas	1	2,10
8 semanas	3	6,30
≥ 9 semanas	8	16,70
Não resposta	12	
De que forma foi informado	Nº	%
Por escrito (inclui email)	20	42,60
Verbal por telefone	9	19,10
Presencial (inclui verbal e escrito)	18	38,30
Não resposta	13	

3.2. MEMÓRIA DA DOR, DO CONFORTO E DA ANSIEDADE SENTIDOS NO EXAME ANTERIOR

Através da análise dos resultados obtidos, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino no que se refere à referência a dor ($p=0,009$) e ansiedade ($p=0,003$) na última colonoscopia sem anestesia, não se verificando contudo para o conforto ($p>0,05$).

Analisando a ordem das médias e a estatística descritiva, é possível perceber que os homens referem níveis de dor e de ansiedade inferiores aos referidos pelas mulheres, sendo assim claro que, para estes aspetos, os homens têm experiências que se classificam como mais positivas do que as das mulheres.

Tabela 4 – Estudo comparativo dos níveis de dor, conforto e ansiedade na última colonoscopia e o género

Variáveis	Género	Nº	\bar{X}	Md	Mo	σ	Ordem das Médias	U Man-Whitney	<i>p</i>
Dor	Masculino	13	3,61	3,00	0 e 3	3,01	12,19	67,500	0,014
	Feminino	21	6,52	7,00	8 e 10	2,96	20,79		
Conforto	Masculino	13	4,92	5,00	10	3,662	14,92	103,000	0,230
	Feminino	21	6,42	7,00	10	3,234	19,10		
Ansiedade	Masculino	13	4,23	5,00	5	2,488	11,96	64,500	0,010
	Feminino	21	6,36	7,00	7	2,317	20,93		

Testou-se ainda a existência de diferenças nos níveis de dor, conforto e ansiedade no último exame sem sedação, face à realização do exame atual com recurso a sedação. Verificamos que existem diferenças significativas no género feminino, sendo que quem realiza o exame atual com sedação refere níveis de dor no exame anterior superiores ($U=20,000$; $p=0,019$). Assim, podemos afirmar que a sedação é uma opção importante para quem recorda experiências dolorosas anteriores, devendo estar disponível para a população.

Para ambos os géneros, não se observam diferenças significativas na escolha do exame com sedação relativamente ao conforto e à ansiedade sentidas na última colonoscopia ($p>0,05$).

Tabela 5 - Estudo comparativo dos níveis de dor, conforto e ansiedade na última colonoscopia face à realização do exame com sedação

Género	Variáveis	Sedação	Nº	Ordem das Médias	U Man-Whitney	<i>p</i>
Masculino	Dor	Com	4	7,38	16,500	0,814
		Sem	9	6,83		
	Conforto	Com	4	6,13	14,500	0,585
		Sem	9	7,39		
	Ansiedade	Com	4	5,00	10,000	0,191
		Sem	9	7,89		
Feminino	Dor	Com	13	13,46	20,000	0,019
		Sem	8	7,00		
	Conforto	Com	13	10,58	46,500	0,685
		Sem	8	11,69		
	Ansiedade	Com	13	11,27	48,500	0,796
		Sem	8	10,56		

3.3. A ANSIEDADE FACE À REALIZAÇÃO DA COLONOSCOPIA

Níveis de ansiedade no exame atual

A ansiedade foi analisada com recurso ao Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI). A pontuação obtida varia entre 20 e 80 pontos, após a soma das respostas às questões que compõem a escala, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de ansiedade.

Constatamos que o nível de ansiedade-estado antes do exame foi em média de 40,33 ($\sigma=11,012$) e o de ansiedade-traço de 39,62 ($\sigma=9,855$). Após a realização da colonoscopia, o nível médio de ansiedade-estado foi reduzido para 33,33 ($\sigma=7,881$). Estas pontuações refletem a existência, em geral, de um nível moderado de ansiedade, que decresce após a realização do exame.

Tabela 6 – Caracterização da amostra em relação aos níveis de ansiedade

Colonoscopia atual	\bar{X}	Md	Mo	σ	X_{Min}	$X_{\text{Máx}}$	Nº
STAI Estado Antes	40,33	42,00	45	11,012	20	63	43
STAI Traço	39,62	38,00	30*	9,855	24	62	42
STAI Estado Depois	33,33	34,00	25	7,881	20	49	33

*Nota: A variável STAI-Traço tem várias modas: 30,32,33,35,44 e 53

Fatores causadores de ansiedade

No que se refere ao fatores causadores de ansiedade, 54 pessoas responderam à questão (27 homens e 27 mulheres), tendo assinalado e/ou ordenado pelo menos um entre os doze fatores que compunham as opções de resposta. Realizou-se o teste do Qui-quadrado (χ^2) para avaliar a independência do género face aos fatores causadores de ansiedade, estando todos os pressupostos de aplicação validados.

Através da análise da tabela 7, constatamos que os fatores causadores de ansiedade “preparação para o exame” ($\chi^2=4,207$, $p=0,040$) e “Incerteza do resultado” ($\chi^2=3,857$, $p=0,050$) diferem quanto ao género. Analisando as frequências observadas e as percentagens, percebemos que mais mulheres (59,50%) do que homens (40,50%) assinalam a preparação para o exame como um fator causador de ansiedade, acontecendo um fenómeno semelhante quanto à incerteza do resultado (57,10% nas mulheres, 42,90% nos homens).

Os restantes fatores causadores de ansiedade são independentes do género da amostra, o que nos indica que tanto os homens como as mulheres lhe podem dar a mesma importância ($p>0,05$). Contudo, importa referir que para todos os fatores causadores de ansiedade, existe sempre um maior número de mulheres a assinalar o fator (resposta sim), acontecendo o oposto com o género masculino.

Os três fatores mais assinalados são a incerteza quanto ao resultado ($n^{\circ}=42$), o desconforto da situação ($n^{\circ}=39$) e a preparação para o exame ($n^{\circ}=37$). Os menos assinalados são o medo da tecnologia, a garantia da higiene e esterilização e a preocupação com o que a equipa poderá fazer durante o exame (para todos, $n^{\circ}=24$).

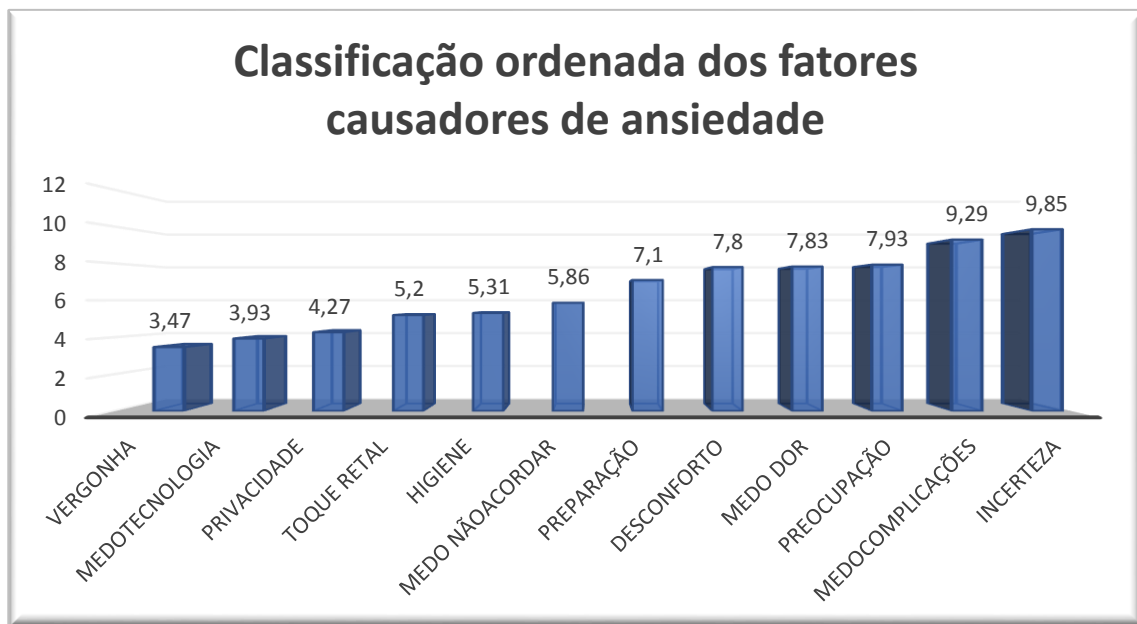
Tabela 7 – Fatores causadores de ansiedade e estudo da independência face ao género

Fator causador de Ansiedade Assinalado		Género						χ^2	p
		Masculino		Feminino		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Preparação	Sim	15	40,50	22	59,50	37	100	4,207	0,040
	Não	12	70,60	5	29,40	17	100		
Meda da dor durante o exame	Sim	13	41,90	18	58,10	31	100	1,893	0,169
	Não	14	60,90	9	39,10	23	100		
Desconforto da situação	Sim	18	46,20	21	53,80	39	100	0,831	0,362
	Não	9	60,00	6	40,00	15	100		
Incerteza do resultado	Sim	18	42,90	24	57,10	42	100	3,857	0,050
	Não	9	75,00	3	25,00	12	100		
Preconceito do Toque retal	Sim	13	41,90	18	58,10	31	100	1,893	0,169
	Não	14	60,90	9	39,10	23	100		
A vergonha	Sim	14	42,40	19	57,60	33	100	1,948	0,163
	Não	13	61,90	8	38,10	21	100		
Invasão da Privacidade	Sim	13	41,90	18	58,10	31	100	1,893	0,169
	Não	14	60,90	9	39,10	23	100		
Medo das complicações	Sim	15	44,10	19	55,90	34	100	1,271	0,260
	Não	12	60,00	8	40,00	20	100		
Medo da tecnologia	Sim	12	40,00	18	60,00	30	100	2,700	0,100
	Não	15	62,50	9	37,50	24	100		
Higiene e esterilização	Sim	12	40,00	18	60,00	30	100	2,700	0,100
	Não	15	62,50	9	37,50	24	100		
Medo de não acordar	Sim	13	41,90	18	58,10	31	100	1,893	0,169
	Não	14	60,90	9	39,10	23	100		
Preocupação com o que irão fazer durante o exame	Sim	12	40,00	18	60,00	30	100	2,700	0,100
	Não	15	62,50	9	37,50	24	100		

Resultados semelhantes são observados quanto à ordenação dos fatores que mais influenciam a ansiedade antes do exame, que variava entre 1 e 12, por ordem crescente de importância. O Gráfico 1 ilustra essa ordenação para a amostra, tendo em conta a média do valor que lhes foi atribuído pelos utentes.

A incerteza quanto ao resultado foi o fator com o maior valor médio ($\bar{X} = 9,83$), seguido do medo das complicações ($\bar{X} = 9,29$), e da preocupação com o que a equipa irá fazer durante o exame ($\bar{X} = 7,93$). Os fatores que menos influenciam a ansiedade da amostra em estudo são a vergonha ($\bar{X} = 3,47$), o medo da tecnologia ($\bar{X} = 3,93$) e a invasão da privacidade ($\bar{X} = 4,27$).

Gráfico 1 – Classificação ordenada da média dos fatores causadores de ansiedade



Comparando os resultados nos utentes que realizam o exame com ou sem sedação (tabela 8), observamos que, aparentemente, a preparação para o exame causa maior ansiedade em quem realiza com sedação ($\bar{X} = 8,11$, $Mo = 8$) do que em quem realiza sem ($\bar{X} = 5,69$, $Mo = 2, 3$ e 6).

Constatamos também que o medo da dor durante o exame atinge uma ordenação superior em quem realiza o exame sem sedação ($\bar{X} = 9,42$, $Mo = 11$). Contudo, verifica-se que a moda para os exames com sedação é de 7 e de 9 em ordenação ($\bar{X} = 6,71$), o que significa que apesar destes utentes serem sedados, o medo de sentir dor é uma realidade e causa-lhes ansiedade. Pelo contrário, o medo de não acordar apenas assume importância para quem realiza o exame com sedação, tendo-lhe sido também atribuída mais vezes a classificação máxima ($\bar{X} = 8,00$, $Mo = 12$).

Existe coerência entre os dois grupos de utentes no que se refere à incerteza quanto ao resultado: este é um fator que causa ansiedade e é ordenado por ambos no valor superior ($M_o= 12$). Naturalmente, não é uma causa de ansiedade que possa ser modificada pela realização do exame com sedação, podendo apenas ser desvendada no final do exame.

Também o medo das complicações da colonoscopia assume um dos lugares de topo na ordenação solicitada aos utentes, atingindo médias muito semelhantes entre os dois grupos (com sedação - $\bar{X}= 8,94$; sem sedação - $\bar{X}= 9,71$). De notar também que o mínimo de valor ordenado que lhe foi atribuído foi 5 (nos exames com sedação), o que denota que para todos os inquiridos este é um fator que assume pelo menos uma importância moderada enquanto causador de ansiedade.

Para todos os outros fatores causadores de ansiedade, os valores médios são muito semelhantes entre quem realizou o exame com e sem sedação, devendo portanto ser-lhes dada igual importância no momento dos cuidados.

Tabela 8 – Caracterização da amostra em relação à ordenação dos fatores causadores de ansiedade e a realização de exame com sedação

Fator causador de ansiedade	\bar{X}		Mo		σ		X_{Min}		X_{Max}		Nº	
	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem
Preparação	8,11	5,69	8	2; 3; 6	3,008	3,425	3	1	12	12	18	13
Dor durante	6,71	9,42	7;9	11	2,801	2,151	1	5	10	12	17	12
Desconforto da situação	7,47	8,23	8	7	2,787	2,774	1	2	11	12	17	13
Incerteza do resultado	10,16	9,43	12	12	3,149	3,502	1	1	12	12	19	14
Preconceito do Toque retal	5,18	5,23	3;8	4; 6	2,877	1,833	1	2	12	8	17	13
Vergonha	3,61	3,29	1	4	2,873	1,541	1	1	11	6	17	14
Invasão da Privacidade	4,00	4,62	3;5	4;7	2,151	2,142	1	1	10	8	17	13
Medo das complicações	8,94	9,71	10	11	2,512	1,899	5	6	12	12	17	14
Medo da tecnologia	3,65	4,33	1;6	3	2,370	2,570	1	2	9	10	17	12
Higiene e esterilização	5,06	5,67	2	2; 5; 6	3,269	2,774	1	2	11	11	17	12
Medo de não acordar	8,00	2,36	12	1	3,662	2,803	1	1	12	10	18	11
Preocupação com o que irão fazer durante o exame	7,35	8,75	7;8	8;9	2,422	2,050	2	6	11	12	17	12

Níveis de ansiedade em função do uso de sedação

Observando a tabela seguinte, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade relativamente à realização do exame com sedação ($p>0,05$). Estes resultados sugerem que a utilização da sedação não é determinante no controlo dos níveis de ansiedade, havendo até a possibilidade de esta causar ansiedade por si só, como vimos na tabela anterior.

Tabela 9 – Estudo comparativo dos níveis de ansiedade das pessoas submetidas a colonoscopia face à realização de exame com sedação.

Ansiedade	Sedação	Nº	\bar{X}	Md	Mo	σ	Ordem das Médias	U Man-Whitney	P
STAI- Estado Antes	Com	24	40,92	44,00	45 e 50	11,076	22,92	206,000	0,590
	Sem	19	39,58	40,00	40	11,187	20,84		
STAI- Traço	Com	23	39,04	37,00	33	9,660	21,00	207,000	0,771
	Sem	19	40,32	39,00	32	10,307	22,11		
STAI- Estado Depois	Com	17	32,47	34,00	25 e 34	6,615	16,26	123,500	0,652
	Sem	16	34,25	33,00	30 ^o 38; 49	9,169	17,78		

Níveis de ansiedade e fatores sociodemográficos (género, idade) e clínicos (primeira colonoscopia, nível de dor em exame anterior)

Através da análise da tabela seguinte, é possível observar que existem diferenças de género estatisticamente significativas na ansiedade-traço ($U= 112,000$, $p=0,008$), sendo os homens mais predispostos à ansiedade do que as mulheres (ordem de médias para o género masculino = 27,28; para o género feminino = 17,17).

Não obstante, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nos níveis de ansiedade-estado antes do exame e após o mesmo ($p>0,05$). Contudo, é perceptível através da observação da estatística descritiva, que as mulheres têm níveis inferiores de ansiedade-estado antes do exame em relação aos homens, o que se inverte na avaliação da ansiedade-estado após o mesmo.

Tabela 10 – Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade dos inquiridos e o género

Ansiedade	Género	Nº	\bar{X}	Md	Mo	σ	Ordem das Médias	U Man-Whitney	P
STAI-Estado	Masculino	18	42,78	45,00	40 e 45	10,860	25,11	169,000	0,167
	Feminino	25	38,56	40,00	45	10,997	19,76		
STAI-Traço	Masculino	18	43,61	44,00	35	7,845	27,28	112,000	0,008
	Feminino	24	36,63	33,00	32	10,286	17,17		
STAI-Estado Depois	Masculino	13	31,69	30,00	25 e 49	9,268	14,19	93,500	0,178
	Feminino	20	34,40	35,50	36	6,878	18,83		

Constatamos também que os níveis de ansiedade-estado não são significativamente diferentes entre quem estava a realizar o exame pela primeira vez ou não ($p>0,05$).

Tabela 11 – Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade-estado e o facto de ser ou não a primeira colonoscopia

Ansiedade	Primeira Colonoscopia	Nº	Ordem das Médias	U de Man-Whitney	P
STAI-Estado Antes	Sim	11	20,68	161,500	0,686
	Não	32	22,45		

Analisando a relação entre a ansiedade antes do exame e a memória do nível de dor no último exame sem sedação, verificamos a ausência de valores estatisticamente significativos ($p>0,05$). A não existência de correlações significativas é indicativa de que a ansiedade dos utentes se refere particularmente ao exame atual.

Tabela 12 – Correlação existente entre o nível de ansiedade dos inquiridos e o nível de dor na última colonoscopia sem sedação

Correlação de Spearman	STAI-Estado Antes	Nível de dor no exame anterior
ρ	1,000	0,162
p	-	0,402

Relação entre ansiedade-estado e ansiedade-traço

Observamos na tabela seguinte que os valores de ansiedade-estado e ansiedade-traço não têm uma correlação estatisticamente significativa ($p>0,05$), o que nos indica que a ansiedade-estado, avaliada antes do exame, não é dependente da predisposição que os inquiridos têm para a ansiedade. Mais uma vez, os resultados sugerem que a ansiedade-estado pode ser determinada pela circunstância de realização do exame.

Tabela 13– Relações entre ansiedade-estado antes e depois do exame e ansiedade-traço

Correlação de Spearman		STAI- Estado Antes	STAI-Traço	STAI-Estado Depois
STAI-Estado Antes	ρ	1,000	0,242	0,190
	p		0,123	0,297
STAI-Traço	ρ	0,242	1,000	0,301
	p	0,123		0,100
STAI-Estado Depois	ρ	0,190	0,301	1,000
	p	0,297	0,100	

Níveis de ansiedade antes e depois da colonoscopia

Através da análise da Tabela 14, é possível afirmar que os níveis de ansiedade-estado são significativamente maiores antes do exame do que após a sua realização ($Z = -3,299$; $p = 0,001$). Assim, torna-se claro que a realização da colonoscopia representa um fator influenciador nos níveis de ansiedade das pessoas que a realizam e que, após o término do exame, os indivíduos se encontram menos ansiosos.

Tabela 14 – Estudo comparativo de classificações entre os níveis de ansiedade-estado dos inquiridos antes e após a colonoscopia

Ansiedade Estado Antes e Após	Nº	Ordem das Médias	Z de Wilcoxon	p
STAI-Estado Depois < STAI-Estado Antes	23	16,09		
STAI-Estado Depois > STAI-Estado Antes	6	10,83	-3,299	0,001
STAI-Estado Depois = STAI-Estado Antes	3			

3.4. A DOR E O CONFORTO FACE À REALIZAÇÃO DA COLONOSCOPIA

Caracterização da amostra em relação à dor e ao conforto

A dor foi avaliada com recurso a uma escala numérica crescente variável entre 0 (sem dor) e 10 (dor máxima). Em relação à colonoscopia atual, o nível médio de dor durante o exame com sedação foi 0,54 ($\sigma = 1,816$), isto é, praticamente sem dor, e no exame sem sedação de 5,84 ($\sigma = 2,343$), ou seja, dor moderada.

Após a realização da colonoscopia verificamos um nível médio de dor de 0,88 ($\sigma=1,862$) nos exames com sedação, o que demonstra um ligeiro aumento após o exame e a recuperação da sedação, e de 2,91 ($\sigma=2,245$) nos exames sem sedação, verificando-se portanto uma diminuição.

O conforto foi igualmente avaliado numa escala numérica variável entre 0 (totalmente desconfortável) e 10 (totalmente confortável). Na nossa amostra, o conforto após o exame assume valores muito semelhantes entre os grupos com e sem sedação, sendo os valores médios 6,36 ($\sigma=3,534$) e 6,24 ($\sigma=6,24$) respetivamente.

Tabela 15 – Caracterização da amostra quanto à dor e conforto durante e após a colonoscopia atual

Colonoscopia atual	Sedação	\bar{X}	Md	Mo	σ	X _{Min}	X _{Máx}	N
Dor durante	Com	0,54	0,00	0	1,816	0	8	26
	Sem	5,82	6,00	6	2,343	1	10	22
Dor após	Com	0,88	0,00	0	1,862	0	6	26
	Sem	2,91	3,00	3	2,245	0	10	22
Conforto após	Com	6,36	8,00	10	3,534	0	10	25
	Sem	6,24	7,00	8	2,587	0	10	21

Níveis de dor e de conforto em função do uso de sedação na colonoscopia

Analisando a tabela seguinte, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de dor sentido durante o exame naqueles que foram realizados com e sem sedação ($U=25,500$, $p=0,000$), sendo este claramente inferior nos exames realizados com sedação. O mesmo acontece para os níveis de dor referidos após a realização do exame ($U=108,000$, $p=0,000$).

Relativamente à dor sentida antes do exame, não existem diferenças significativas entre os utentes que realizaram exame com ou sem sedação ($p>0,05$), dada a sua natureza de condição preexistente à realização do exame. Note-se, contudo, que apenas 11 utentes referiram sentir dor antes do exame, número que aumentou em quantidade e em quantificação da dor quando os utentes se reportam à dor durante e à dor após o exame. Estes resultados apontam o exame como causador de sensação dolorosa.

Para o conforto após a colonoscopia não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à realização do exame com sedação ($p > 0,05$).

Tabela 16 – Estudo comparativo dos níveis de dor e de conforto face à realização de exame com sedação.

	Sedação	Nº	Ordem das Médias	U de Man-Whitney	p
Dor Antes	Com	6	5,25	10,500	0,404
	Sem	5	6,90		
Dor Durante	Com	26	14,48	25,500	0,000
	Sem	22	36,34		
Dor Após	Com	26	17,65	108,000	0,000
	Sem	22	32,59		
Conforto Após	Com	25	24,76	231,000	0,483
	Sem	21	22,00		

Níveis de dor e de conforto e fatores sociodemográficos (género, idade) e clínicos (ansiedade, primeira colonoscopia, nível de dor em exame anterior)

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor durante e após a colonoscopia entre homens e mulheres ($p > 0,05$). Contudo, observando a ordem das médias, constatamos que as mulheres referem níveis de dor durante o exame superiores aos dos homens, com uma diferença que se acentua nos exames sem sedação.

Relativamente ao conforto após o exame, existem valores próximos da significância estatística ($U = 38,000$; $p = 0,051$) nas diferenças entre homens e mulheres, sendo o conforto superior nos utentes do género masculino. Para os exames sem sedação não se observam diferenças significativas no conforto face ao género ($p > 0,05$).

Tabela 17 – Estudo comparativo entre os níveis de dor e conforto e o género

	Dor	Género	Nº	Ordem das Médias	U de Man-Whitney	p
Com sedação	Dor durante	Masculino	10	13,40	79,000	0,924
		Feminino	16	13,56		
	Dor após	Masculino	10	14,55	69,500	0,453
		Feminino	16	12,84		
	Conforto Após	Masculino	9	16,78	38,000	0,051
		Feminino	16	10,88		
Sem sedação	Dor durante	Masculino	14	9,75	31,500	0,091
		Feminino	8	14,56		
	Dor após	Masculino	14	11,07	50,000	0,675
		Feminino	8	12,25		
	Conforto Após	Masculino	13	11,15	50,000	0,883
		Feminino	8	10,75		

Em relação ao facto de ser a primeira colonoscopia, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor durante e após o exame e de conforto ($p>0,05$).

Tabela 18 – Estudo comparativo entre os níveis de dor durante e após o exame e o conforto, e o facto de ser ou não a primeira colonoscopia que os inquiridos realizam

	Dor	Primeira Colonoscopia	Nº	Ordem das Médias	U de Man-Whitney	P
Com sedação	Dor durante	Sim	10	13,40	79,000	0,924
		Não	16	13,56		
	Dor após	Sim	10	13,15	76,500	0,803
		Não	16	13,72		
	Conforto Após	Sim	10	15,25	52,500	0,206
		Não	15	11,50		
Sem sedação	Dor durante	Sim	7	12,00	49,000	0,803
		Não	15	11,27		
	Dor após	Sim	7	14,43	32,000	0,139
		Não	15	10,13		
	Conforto Após	Sim	6	7,75	25,500	0,124
		Não	15	12,30		

Pela análise da tabela seguinte, é também possível verificar que a dor sentida durante a colonoscopia não está significativamente relacionada com a idade, a ansiedade-estado antes do exame nem com a dor sentida no último exame sem sedação ($p>0,05$).

No que se refere ao conforto após o exame, verificamos que para quem realiza o exame sem sedação, existe uma correlação moderada positiva entre o conforto e a idade ($\rho=0,574$, $p=0,007$). Assim, as duas variáveis são diretamente proporcionais, pelo que quanto maior a idade, maior o nível de conforto referido.

Constatamos ainda que, para os dois modos de realização do exame, o conforto após o mesmo não está relacionado com a dor sentida durante ($p>0,05$), o que sugere a independência do conforto face à sensação de dor.

Tabela 19 - Correlações entre os níveis de dor e de conforto dos inquiridos durante a colonoscopia e a ansiedade antes do exame, a idade e o nível de dor no exame anterior

Correlação de Spearman		STAI-Estado Antes		Conforto Após		Idade		Dor no último exame sem sedação	
		ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Dor/Conforto	Com	0,089	0,700	0,022	0,916	-0,154	0,454	0,471	0,089
	Sem	-0,369	0,194	-0,137	0,554	-0,295	0,182	0,103	0,716
Conforto após	Com	-0,066	0,782	1,000	-	-0,113	0,590	-0,364	0,221
	Sem	0,118	0,687	1,000	-	0,574	0,007	0,082	0,772

Diferenças nos níveis de dor antes, durante e após a colonoscopia

A tabela seguinte comprova a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação da dor relativos à realização de colonoscopia - antes, durante e após – para os exames sem sedação ($p=0,000$). Nos exames com sedação não se verificam diferenças com significância estatística ($p>0,05$).

Tabela 20 - Verificação da existência de diferenças nos níveis de dor dos utentes antes, durante e após realização de colonoscopia

	Dor	Ordem das Médias	N	Teste de Friedman	p
Com sedação	Dor Antes	2,04	26	1,867	0,393
	Dor Durante	1,88			
	Dor Após	2,08			
Sem sedação	Dor Antes	1,16	22	33,106	0,000
	Dor Durante	2,86			
	Dor Após	1,98			

Analisando exatamente onde se verificam essas diferenças para os exames sem sedação, constatamos que ocorrem também em todos os momentos (tabela 21). Assim, para 95,45% dos utentes, a dor durante o exame é superior à dor preexistente, isto é, à dor sentida antes ($Z= -3,580$, $p=0,000$).

Na relação entre a dor sentida durante a colonoscopia e a dor referida após o exame, verificamos que há uma tendência para diminuição, sendo que para cerca de 91% dos utentes o nível de dor é inferior após o exame ($Z=-3,372$, $p=0,001$). Ainda assim, verificamos que para cerca de 82% da amostra, a dor após o exame é superior à dor que os utentes sentiam antes de o realizarem ($Z=-3,756$, $p=0,000$).

Mais uma vez, estes resultados comparativos comprovam o exame enquanto causador de dor, sendo as diferenças nos níveis de dor acentuadas para os exames sem sedação.

Nos exames com sedação não se verificam diferenças significativas entre nenhum dos momentos testados ($p>0,05$), sendo esta informação consonante com resultados anteriores, que indicaram que os valores de dor nos três momentos se aproximam do zero quando a execução da colonoscopia é com sedação.

Tabela 21 - Estudo comparativo de classificações entre os níveis de dor antes, durante e após a colonoscopia

	Nº		Ordem das Médias		Z de Wilcoxon		p	
	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem	Com	Sem
Sedação								
Dor Antes e Dor Durante								
Dor durante < Dor Antes	4	1	2,50	16,50				
Dor durante > Dor Antes	1	21	5,00	11,26	-0,674	-3,580	0,500	0,000
Dor durante = Dor antes	21	0						
Dor Durante e Dor Após								
Dor Após < Dor durante	2	20	3,50	11,50				
Dor Após > Dor durante	5	2	4,20	11,26	-1,192	-3,372	0,233	0,001
Dor Após = Dor Durante	19	0						
Dor Durante e Dor Antes								
Dor Após < Dor antes	4	1	5,00	2,50				
Dor Após > Dor Antes	5	18	5,00	10,42	-0,299	-3,756	0,233	0,000
Dor Após = Dor Antes	17	3						

3.5. PERCEÇÃO DOS UTENTES FACE ÀS EXPECTATIVAS E A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS

Classificação das expectativas dos utentes com a experiência de colonoscopia

A maioria dos utentes classificou o seu exame como igual ao que esperava (33,30%) e melhor do que esperava (25,00%). Apenas quatro indivíduos classificaram o exame como pior ou muito pior do que as suas expectativas (6,70%).

Tabela 22 – Distribuição da amostra quanto às expectativas em relação à colonoscopia

Classificação de expectativas	Nº	%
Muito pior do que esperava	1	2,10
Pior do que esperava	3	6,40
Igual ao que esperava	20	42,60
Melhor do que esperava	15	31,90
Muito melhor do que esperava	8	17,00
Não resposta	13	

Satisfação dos utentes com a experiência de colonoscopia

A satisfação global com a experiência de colonoscopia (variável entre 0 e 10) tem um valor médio de 8,59 ($\sigma=1,394$), sendo que o valor mínimo referido foi 3 e o máximo foi 10. Os resultados demonstram assim que a população referiu estar muito satisfeita com a experiência global de realização de colonoscopia, indo de encontro às expectativas iniciais.

Tabela 23 - Caracterização da amostra quanto à satisfação global dos utentes

	\bar{X}	Mo	σ	X_{Min}	X_{Max}	N
Satisfação Global	8,59	10	1,796	3	10	44

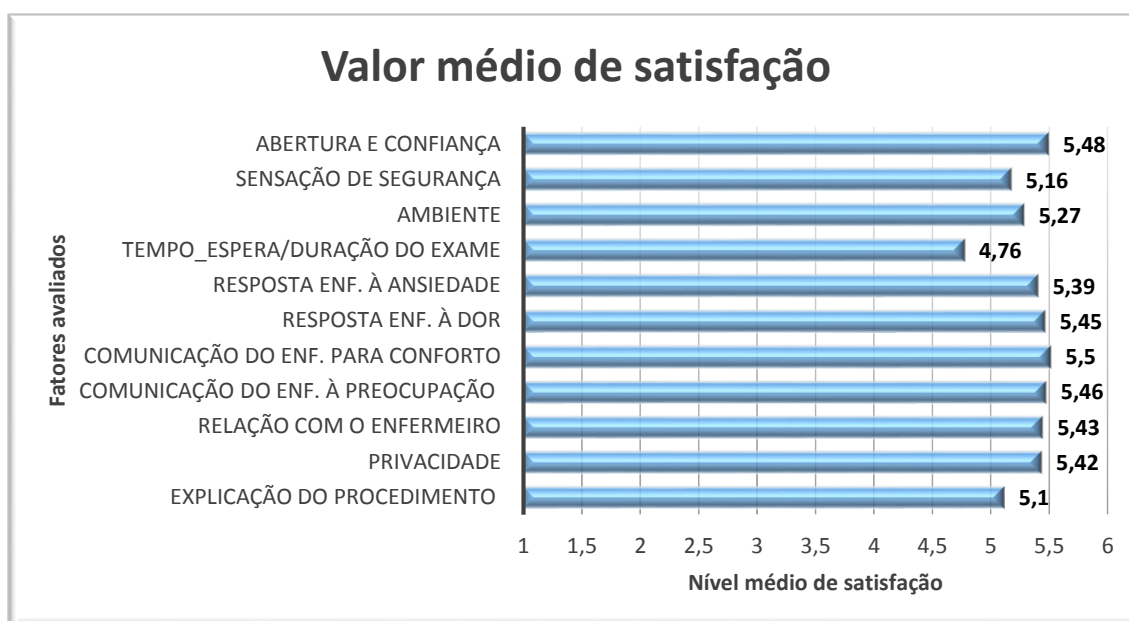
Estudámos ainda a classificação da satisfação dos utentes submetidos a colonoscopia quanto a diversos fatores influenciadores, variando entre 1 (nada satisfeito) e 6 (extremamente satisfeito). Os dados demonstram (tabela 24) que a população se encontra muito satisfeita quanto à maioria das afirmações, sendo a satisfação maior quanto à comunicação estabelecida com o enfermeiro para o conforto ($\bar{X} = 5,50$, $\sigma=0,672$) e menor quanto à perceção do tempo de espera e de duração do exame ($\bar{X}=4,76$, $\sigma=1,394$).

É possível observar os valores médios de satisfação através do Gráfico 2.

Tabela 24 - Caraterização da amostra quanto à satisfação dos utentes face a fatores específicos

Satisfação	\bar{X}	Mo	σ	X_{Min}	X_{Max}	Nº
Explicação do procedimento	5,10	5	0,958	2	6	42
Respeito pela Privacidade	5,42	6	0,906	2	6	43
Relação estabelecida com o enfermeiro	5,43	6	0,846	2	6	44
Comunicação do Enfermeiro em resposta á Preocupação	5,46	6	0,711	4	6	41
Intervenção do Enfermeiro Para conforto	5,50	6	0,672	4	6	42
Resposta do Enfermeiro à sensação de dor	5,45	6	0,686	4	6	38
Resposta do Enfermeiro à sensação de ansiedade	5,39	6	0,703	4	6	41
Tempo de espera e duração do exame	4,76	6	1,394	1	6	42
Ambiente na sala de exames	5,27	6	0,923	3	6	41
Sensação de segurança	5,16	6	0,949	3	6	43
Sensação de abertura e confiança em relação aos profissionais	5,48	6	0,792	3	6	44

Gráfico 2: Valor médio da satisfação dos inquiridos quanto a diversos fatores



Níveis de satisfação em função do uso de sedação

Verificamos que não existem diferenças significativas na classificação da satisfação global do exame entre os grupos com e sem sedação ($p > 0,05$).

Tabela 25 – Estudo comparativo entre os níveis de ansiedade, dor, conforto e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia face à realização de exame com sedação.

	Sedação	Nº	Ordem das Médias	U de Man-Whitney	P
Satisfação Global	Com	23	23,02	229,500	0,767
	Sem	21	21,93		

3.6. INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE, DA DOR E DO CONFORTO NOS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DAS PESSOAS SUBMETIDAS A COLONOSCOPIA.

Através da análise da tabela seguinte, constatamos que, para as pessoas que realizam o exame com sedação, os níveis de dor influenciam negativamente a satisfação global com os cuidados ($\rho = -0,559$, $p = 0,006$). Assim, quanto maior a dor sentida num exame com sedação, menor é a satisfação com os cuidados, algo que não é surpreendente e que significa que as expectativas da pessoa relativamente à sedação não foram atingidas.

Nas duas formas de realização da colonoscopia, não se verificam relações estatisticamente significativas entre os níveis de ansiedade e de dor nem entre os níveis de ansiedade e satisfação ($p>0,05$). O conforto após o exame não está estatisticamente relacionado com a ansiedade, a dor ou a satisfação ($p>0,05$).

Tabela 26 – Correlações existentes entre os níveis de ansiedade antes do exame, a dor durante o mesmo, o conforto e a satisfação global das pessoas submetidas a colonoscopia

Correlação de Spearman	Sedação	STAI-Estado Antes		Dor durante		Conforto Após		Satisfação Global	
		ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
STAI-Estado Antes	Com	1,000	-	0,089	0,700	-0,066	0,782	-0,029	0,907
	Sem	1,000	-	-0,369	0,194	0,118	0,687	0,072	0,816
Dor Durante	Com	0,089	0,700	1,000	-	0,022	0,916	-0,559	0,006
	Sem	-0,369	0,194	1,000	-	-0,137	0,554	-0,392	0,088
Satisfação Global	Com	-0,029	0,907	-0,559	0,006	-0,056	0,801	1,000	-
	Sem	0,072	0,816	-0,392	0,088	-0,004	0,988	1,000	-

Testámos ainda a satisfação quanto aos diversos fatores de cuidados e a sua relação com a ansiedade, a dor e o conforto das pessoas submetidas a colonoscopia com e sem sedação.

Observamos que não existem correlações estatisticamente significativas para nenhum dos fatores com a ansiedade-estado antes do exame nem com o conforto ($p>0,05$).

Por outro lado, verifica-se que, nas pessoas que realizam o exame com sedação, a dor sentida durante o exame relaciona-se com relevância estatística, de forma inversa com a satisfação relativamente à relação estabelecida com o enfermeiro ($\rho = -0,547$; $p = 0,008$), à comunicação do enfermeiro em resposta às preocupações ($\rho = -0,502$; $p = 0,024$), à intervenção do enfermeiro para o conforto ($\rho = -0,473$; $p = 0,030$), à resposta do enfermeiro à dor ($\rho = -0,610$; $p = 0,009$) e à sensação de abertura e confiança em relação à equipa de profissionais ($\rho = -0,489$; $p = 0,018$). Assim, para o grupo de utentes que realiza o exame com sedação, quanto maior a dor sentida durante o exame menor é o grau de satisfação quanto aos cuidados referidos. Note-se que o nível de dor para os exames com sedação aproxima-se do zero, pelo que o grau de satisfação poderá manter-se elevado.

No que se refere aos exames sem sedação, um aumento do nível de dor durante o exame está relacionado com níveis de satisfação inferiores com o respeito pela privacidade ($\rho = -0,529$; $p = 0,016$), a relação estabelecida com o enfermeiro ($\rho = -0,463$; $p = 0,035$), o

ambiente na sala de exames ($\rho = -0,517$; $p=0,020$), a sensação de segurança ($\rho = -0,593$; $p=0,009$), e a sensação de abertura e confiança transmitida pela equipa multidisciplinar ($\rho = -0,522$; $p=0,018$). Encontram-se valores próximos da significância estatística entre o nível de dor durante o exame e a satisfação quanto à resposta do enfermeiro à sensação de ansiedade ($\rho = -0,436$; $p=0,054$).

A satisfação quanto à explicação do procedimento e quanto ao tempo de espera e de duração do exame não adquirem uma relação significativa com a ansiedade, a dor ou o conforto nos dois modos de realização do exame ($p>0,05$).

Tabela 27 - Correlações existentes entre os fatores de satisfação dos inquiridos e a dor sentida durante o exame

Correlação de Spearman	Sedação	STAI-Estado Antes		Dor durante		Conforto	
		ρ	p	ρ	p	ρ	p
Explicação do procedimento	Com	0,223	0,390	-0,013	0,954	-0,140	0,545
	Sem	0,293	0,331	-0,360	0,119	0,168	0,491
Respeito pela Privacidade	Com	0,388	0,112	-0,206	0,357	0,130	0,564
	Sem	0,109	0,724	-0,529	0,016	0,024	0,923
Relação estabelecida com o enfermeiro	Com	-0,022	0,931	-0,547	0,008	-0,013	0,953
	Sem	0,064	0,835	-0,463	0,035	0,129	0,588
Comunicação do Enfermeiro em resposta á Preocupação	Com	0,060	0,826	-0,502	0,024	0,259	0,271
	Sem	0,029	0,926	-0,307	0,189	0,100	0,682
Intervenção do Enfermeiro Para conforto	Com	0,064	0,806	-0,473	0,030	0,255	0,264
	Sem	-0,046	0,882	-0,227	0,336	0,034	0,891
Resposta do Enfermeiro à sensação de dor	Com	-0,194	0,488	-0,610	0,009	0,325	0,202
	Sem	-0,002	0,996	-0,398	0,082	-0,277	0,251
Resposta do Enfermeiro à sensação de ansiedade	Com	-0,232	0,370	-0,193	0,416	0,096	0,686
	Sem	0,177	0,564	-0,436	0,054	-0,168	0,492
Tempo de espera e duração do exame	Com	0,114	0,674	-0,200	0,385	-0,171	0,460
	Sem	0,098	0,750	-0,349	0,132	-0,051	0,836
Ambiente na sala de exames	Com	0,114	0,674	-0,166	0,484	0,089	0,709
	Sem	0,064	0,835	-0,517	0,020	0,015	0,951
Sensação de segurança	Com	0,146	0,564	-0,089	0,695	-0,217	0,331
	Sem	0,055	0,857	-0,593	0,006	-0,142	0,563
Sensação de abertura e confiança em relação aos profissionais	Com	0,172	0,481	-0,489	0,018	0,053	0,810
	Sem	0,075	0,807	-0,522	0,018	-0,104	0,671

Análise dos resultados face às hipóteses em estudo

Através dos resultados obtidos no nosso estudo, é possível agora analisar os resultados das hipóteses testadas.

Aceita-se como verdadeira parte da hipótese H1: As mulheres referem ter experienciado níveis de dor e de ansiedade superiores e níveis de conforto inferiores aos dos homens na última colonoscopia sem sedação/anestesia. Verificamos que efetivamente as mulheres recordam níveis de dor e de ansiedade superiores, embora para o conforto não existam diferenças estatisticamente significativas. Para as mulheres, o nível elevado de dor sentido no último exame, condiciona a realização do exame seguinte com sedação.

A análise dos resultados leva à não verificação das hipóteses complexas H2 e H4, uma vez que verificamos a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade, a dor e o conforto e alguns fatores sociodemográficos (género, idade) e clínicos (realização do exame pela primeira vez, dor sentida no último exame sem sedação).

Ainda assim, revelaram-se diferentes com significância estatística os níveis de ansiedade-traço, com níveis superiores nos homens. Para a ansiedade-estado antes e depois do exame não se verificam diferenças com significância estatística, acontecendo o mesmo com a dor e o conforto. Assim, constatamos que a realização de colonoscopia assume-se como um evento causador de ansiedade e de dor tanto para os homens como para as mulheres.

A rejeição das hipóteses referidas confirma a circunstância de realização do exame como causadora de ansiedade e de dor, não havendo aparentemente uma influência significativa de condições preexistentes.

Por outro lado, os resultados conduzem à aceitação da hipótese H3: Os níveis de ansiedade-estado dos utentes são significativamente maiores antes da colonoscopia do que após a mesma, o que comprova efetivamente a realização deste exame como causador de ansiedade e merecedor de atenção por parte dos prestadores de cuidados.

O mesmo acontece em relação à hipótese H5: Existem diferenças significativas entre os níveis de dor dos utentes submetidos a colonoscopia antes, durante e após a realização do exame, que se confirmou para os exames sem sedação ($p < 0,05$). Assim, quando não existe controlo farmacológico da dor através da sedação/anestesia, os níveis de dor antes,

durante e depois variam, confirmando o exame como causador de sensação dolorosa. Para os exames sem sedação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Analisando a hipótese H6, os resultados levam à aceitação de H6.2.: Os níveis de dor são superiores nas pessoas que realizam colonoscopia sem sedação do que nas que realizam com sedação, verificando-se tanto para a dor durante como após o exame.

Por outro lado, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, de conforto e de satisfação para as duas formas de realização do exame ($p > 0,05$), levando à não verificação das hipóteses H6.1, H6.3 E H6.4. Os resultados sugerem assim que as variáveis não são influenciadas pela possibilidade do controlo da dor que é conseguida com a sedação, podendo estar relacionados com outros fatores. Desta forma, para os utentes que realizam o exame com sedação, a ansiedade é também uma realidade, sendo possível obter uma experiência confortável e satisfatória para ambos os grupos de utentes.

Para os exames realizados com sedação, verificamos que quanto maior o nível de dor sentido, menor o nível de satisfação, pelo que aceitamos a hipótese H7.2 inicialmente definida. Não obstante, constata-se que a ansiedade dos utentes assim como o conforto após a realização do exame não influenciam os níveis de satisfação global, o que conduz à rejeição das hipóteses H7.1 e H7.2.

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

O programa de rastreio do cancro do cólon e do reto foi implementado em 2009 na Região Centro, revelando-se como um dos mais importantes (DGS, 2014b). A evidência científica atual é consensual sobre a existência de programas de rastreio que, no caso do cancro do cólon e do reto, conduzem a uma redução das taxas de mortalidade de 20%. Nele incluem-se não só as etapas de realização do exame de rastreio em si, que em Portugal se inicia com a pesquisa de sangue oculto nas fezes, como também a terapêutica e a vigilância após tratamento (DGS, 2014b).

Do total da amostra de 60 indivíduos, a maioria (43,30%) realizou o exame como um rastreio, 30% pela existência de queixas, de que são exemplo a presença de sangue nas fezes ou dor e ainda 21,70% no seguimento de colonoscopias anteriores ou outros exames complementares de diagnóstico.

Na sua norma mais recente sobre a prescrição da colonoscopia, a Direção-Geral da Saúde (2014a) refere também que a tortuosidade do cólon, associada à sua mobilidade e comprimento, dificultam a realização do exame e tornam-no doloroso, o que condiciona a adesão das pessoas à sua realização, motivo pelo qual refere que devem estar disponíveis os exames sob sedação/anestesia. No nosso estudo, a amostra dividiu-se na realização de exames com sedação, sendo que 53,30% dos indivíduos foram submetidos a exame com sedação e 46,70% realizaram o exame sem recurso a fármacos anestésicos.

No que se refere à informação, onde se inclui a explicação do exame e da preparação para o mesmo, a maior parte dos inquiridos respondeu que foi informado por escrito ou presencialmente, sendo que 75% dos inquiridos receberam a informação até 4 semanas antes do exame. As explicações foram maioritariamente fornecidas pelo médico e pelo pessoal do centro hospitalar (administrativas e assistentes operacionais) e apenas 5,80% das pessoas questionadas receberam a informação do exame através da equipa de enfermagem. Cotton et al. (2008) não especificam qual deve ser o profissional de saúde a dar as informações acerca do exame, nomeadamente a explicação sobre a preparação intestinal. Por outro lado, Yee et al. (2015), defendem que deve ser realizada uma sessão

de informação pré-endoscópica por enfermeiros, com fornecimento de informação oral e escrita, que permita uma adequada compreensão do que é necessário fazer e, assim, a otimização da preparação. Kutlutürkan et al. (2010) acrescentam ainda que o uso de material escrito, associado a explicações orais fornecidas pelos enfermeiros cerca de uma semana antes sobre a generalidade do exame (o que acontece, qual o circuito, quais as sensações) tem um impacto muito positivo no nível de ansiedade das pessoas, que diminui, e também na satisfação.

No que se refere às hipóteses testadas, tornou-se claro no nosso estudo que, relativamente às **memórias do exame anterior**, os homens têm experiências mais positivas do que as mulheres em relação à dor e à ansiedade sentidas na última colonoscopia sem sedação/anestesia, não se verificando diferenças significativas em relação ao conforto. Estes resultados, embora estejam condicionados por aquilo que é a memória da experiência, vão ao encontro da literatura (Ersöz et al., 2010; Ylinen, et al., 2009) que atestam que a dor e a ansiedade são superiores nas mulheres.

Verificámos ainda que, para as mulheres, a realização da colonoscopia atual com sedação está condicionada pela dor elevada no último exame sem sedação, o que nos indica que a sedação é uma opção importante para quem recorda experiências dolorosas anteriores. Estes resultados comprovam o que afirmam Chung et al. (2007) e Marsac (2008) relativamente à dor sentida em exames anteriores, realçando ainda a importância da existência de uma opção disponível para a população: na verdade, significa a hipótese de poder escolher ter uma experiência mais positiva e satisfatória, que deve estar disponível para a população (DGS, 2014a).

Também a **ansiedade** é um foco presente na realização deste exame. No nosso estudo, verificámos a existência de um nível moderado de ansiedade-traço (avaliada antes do exame), com a pontuação de 39,62 (o mínimo da escala é 20 e o máximo é 80). Já os valores de ansiedade-estado atestaram um nível moderado de ansiedade imediatamente antes do exame (40,33 no STAI), que foi reduzido para 33,33 após a realização da colonoscopia.

Comparando os exames com e sem sedação, constatámos ainda que não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade entre os dois grupos, em qualquer uma das três avaliações da escala, resultados que não são consistentes com os de Aljebreen et

al. (2014), mas que podem dever-se à utilização de uma escala diferente para a avaliação da ansiedade. Estes resultados sugerem que a utilização da sedação não é determinante no controlo dos níveis de ansiedade, podendo dever-se a outros fatores causais. Ainda assim, importa referir que, para os exames com sedação, o valor médio de ansiedade-estado antes do exame que obtivemos foi de 40,91, próximo ao obtido por Ersöz et al. (2010), onde se verificou a pontuação de 45,8. Relativamente aos exames sem sedação, obtivemos um valor médio de ansiedade-estado antes do exame de 39,58, sendo ligeiramente superior ao obtido por Ylinen et al. (2009b).

Analisando as **variações do nível de ansiedade**, os nossos resultados permitem afirmar que os níveis de ansiedade-estado são significativamente maiores antes da colonoscopia do que após a sua realização, tornando-se assim claro que a realização do exame representa um fator influenciador nos níveis de ansiedade das pessoas que a realizam e que, após o seu término, os indivíduos se encontram menos ansiosos. Estes resultados são consistentes com a evidência encontrada na literatura (Ersöz et al., 2010; McEntire et al., 2013; Ylinen, et al., 2009) e sugerem que a ansiedade está relacionada com os eventos que ocorrem durante o exame.

Vários são os **fatores influenciadores da ansiedade** nas pessoas. Relativamente à colonoscopia, verificámos que os fatores que mais justificam a ansiedade são a incerteza quanto ao resultado, o medo das complicações do exame, a preocupação com o que a equipa irá fazer durante o exame e o medo da dor e do desconforto.

Comparando os fatores causadores de ansiedade entre quem realiza o exame com e sem sedação, verificamos que existe coerência nos que causam maior ansiedade: a incerteza quanto ao resultado e o medo das complicações. Naturalmente, não são fatores que possam ser modificados pela realização do exame com sedação, podendo apenas ser desvendados no final do exame. Relativamente ao medo da dor e do desconforto, este é um fator que causa mais ansiedade em quem realiza o exame sem sedação. Contudo, é de notar que o valor médio para os exames com sedação é de 6,71, o que demonstra que mesmo quem será sedado, tem medo de sentir dor e desconforto. Os resultados obtidos vão ao encontro de McEntire et al. (2013) , Ersöz et al. (2010) e Ylinen (2010), ao demonstrarem que a ansiedade pode estar relacionada com as expectativas negativas, com o constrangimento e com o medo da dor e do desconforto.

Na nossa investigação, constatámos ainda que a ansiedade relacionada com a dificuldade na preparação e com a incerteza do resultado da colonoscopia está dependente do género, sendo estes fatores mais assinalados pelas mulheres do que pelos homens. Os restantes fatores de ansiedade em estudo são independentes do género, o que demonstra que tanto os homens como as mulheres lhe atribuem uma importância semelhante.

Comparando os exames com e sem sedação, verificámos ainda que não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade entre os dois grupos, em qualquer uma das três avaliações da escala, resultados que não são consistentes com os de Aljebreen et al. (2014), mas que podem dever-se à utilização de uma escala diferente para a avaliação da ansiedade. Estes resultados sugerem que a utilização da sedação não é determinante no controlo dos níveis de ansiedade, podendo dever-se a outros fatores causais.

Verificamos também que não existem **diferenças de género significativas na ansiedade**-estado antes e após o exame (embora com tendência a ser superior nos homens), existindo contudo para a ansiedade-traço, em que os homens são mais ansiosos do que as mulheres. Os resultados do nosso estudo contrariam a evidência existente neste campo, nomeadamente os resultados de Ylinen et al. (2009) e de Ersöz et al. (2010) que provaram que as mulheres têm níveis de ansiedade-traço e estado superiores aos dos homens quando avaliada no contexto de colonoscopia.

A pobreza de estudos publicados deste género realizados no nosso país não nos permite contudo perceber totalmente a contextualização dos resultados. Num estudo realizado em Portugal sobre as diferenças de género nos cuidados de saúde (Perelman, Fernandes, & Mateus, 2012) chegou-se à conclusão de que as mulheres acedem mais vezes aos cuidados de saúde e, efetivamente, sofrem de mais condições crónicas onde se inclui a ansiedade. As mulheres estão mais vezes doentes do que os homens, mas existe também um maior apoio e procura dos cuidados de saúde por parte delas (Perelman et al., 2012).

Por outro lado, um estudo canadiano sobre as atitudes face ao rastreio do cancro cólon-retal revelou que existem diferenças de género nos pensamentos e atitudes face aos exames. Para as mulheres, é mais relevante a invasão corporal, o medo da perfuração intestinal e o embaraço físico e para os homens verifica-se um adiamento constante do exame, assim como a visão de que são cuidados de saúde desnecessários, associados a vulnerabilidade. No estudo, os homens revelaram-se como menos experientes em exames

de rastreio, com relacionamentos médicos mais distantes e processos de decisão face aos exames vagos e emocionalmente distanciados (Ritvo et al., 2013).

É ainda importante ter em conta que o nosso estudo ficou limitado pela existência de um número considerável de respostas inválidas na escala de avaliação de ansiedade (devido ao rigor na pontuação total face ao número de ausências em cada uma das escalas, foram válidas 43 para o STAI-estado antes do exame, 42 para o STAI-Traço e 33 para o STAI-Estado depois), o que poderá também ter influenciado os nossos resultados. Numa sugestão para estudos futuros, o preenchimento total ou quase total da escala carece de especial atenção e pode ser conseguido se os participantes no estudo aceitarem responder sob a presença do investigador. Acreditamos que um dos motivos para o número de ausências verificado seja o tamanho da escala, a possível redução da disponibilidade para os utentes a preencherem tendo em conta sensações cognitivas e comportamentais relacionadas precisamente com a ansiedade e, no caso da ansiedade-estado depois, um resultado do exame desfavorável, condicionante da disposição e disponibilidade para continuar a responder a um questionário.

Observamos que não existe uma correlação significativa entre a ansiedade e o **nível de dor no exame anterior sem sedação**, assim como constatamos que os níveis de ansiedade-estado, quer antes do exame quer depois, não são significativamente diferentes entre os inquiridos que já tinham sido submetidos ao exame alguma vez e os que o realizavam pela **primeira vez**. Contudo, é importante lembrar que o nível de dor no exame anterior sem sedação está dependente da memória da dor e da importância que lhe é atribuída. Se por um lado isso significa uma limitação ao nosso estudo (resolver-se-ia realizando um estudo longitudinal), por outro está também revestido de verdade, isto é, os inquiridos relataram o nível de dor que se lembram que sentiram e essa memória é a que, na verdade, poderia ter alguma influência nos níveis de ansiedade relatados no momento do exame atual.

Os resultados que obtivemos vão ao encontro dos obtidos por Ylinen et al. (2009), quando afirmam que não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade relativamente à existência de uma colonoscopia anterior ou uma experiência dolorosa no exame. Por outro lado, McEntire et al. (2013) chegaram à conclusão de que uma experiência anterior de colonoscopia desconfortável e sem controlo da dor dá origem a um aumento marcado dos níveis de ansiedade antes de procedimentos futuros.

Observamos também que os valores de **ansiedade-estado e ansiedade-traço** não têm uma correlação estatisticamente significativa na amostra estudada. Estes resultados não vão ao encontro ao referido por McDowell (2006) onde refere, acerca do STAI, que os valores das escalas de ansiedade-traço e estado estão altamente correlacionados, nem com os resultados obtidos por Ylinen et al. (2009), que chegaram também a essa conclusão num estudo em colonoscopias.

Contudo, os nossos resultados no geral sugerem-nos que a ansiedade-estado, que foi avaliada imediatamente antes do exame, não é dependente da predisposição que os inquiridos têm para a sentir, mas principalmente da circunstância de realização da colonoscopia.

É consensual a referência a **dor e desconforto** na realização de colonoscopia, particularmente quando é realizada sem recurso a fármacos (Cotton et al., 2008; Ylinen (2010). Testando as **diferenças no nível de dor entre exames com e sem sedação**, é possível afirmar que existem e são estatisticamente significativas no **nível de dor durante e após** a colonoscopia, sendo claramente inferior nos exames realizados com sedação. Estes resultados vão de encontro à evidência atual, que reconhece a colonoscopia sem sedação como passível de provocar dor (Chung et al., 2007; Cotton et al., 2008; Ylinen, 2010) bem como a colonoscopia com sedação como inibidora dessa sensação (Aljebreen et al., 2014; Gaspar et al., 2011).

Para a colonoscopia em estudo, o nível médio de dor sentido pelos inquiridos durante o exame com sedação foi 0,54 (praticamente sem dor) e no exame sem sedação de 5,84 (dor moderada). No que se refere aos exames sem sedação, os nossos resultados não vão de encontro aos de Ylinen et al. (2009) e Chung et al. (2007), onde a dor no exame foi maioritariamente considerada como leve, embora não tenha sido utilizada uma escala numérica como a do nosso estudo, mas sim escalas ordinais com quatro opções de qualificação da dor.

Relativamente à dor após o exame, o nível médio para os exames com sedação é 0,88 (verificando-se um ligeiro aumento) e para os exames sem recurso a fármacos de 2,91, existindo também diferenças significativas entre os dois grupos de utentes. Allen et al. (2015) provaram também no seu estudo que após os exames realizados com

sedação/analgesia, 20% dos participantes referiu sentir dor imediatamente após o mesmo, algo que vai ao encontro dos nossos resultados.

Os resultados obtidos na nossa investigação, comprovam a colonoscopia enquanto fator causador de sensação dolorosa. Analisando as diferenças entre os níveis de dor sentidos antes, durante e após a realização do exame, observamos que essas existem e são significativas para os utentes que realizam o exame sem recurso a fármacos: a dor sentida durante o exame é superior à referida antes do mesmo (inexistente para a maioria dos casos). A dor após a realização da colonoscopia é também superior à dor previamente existente.

Nos exames com sedação não se verificam diferenças significativas entre nenhum dos momentos testados, sendo esta informação consonante com resultados já discutidos anteriormente e que indicaram que os valores de dor nos três momentos se aproximam do zero quando a execução da colonoscopia é com sedação.

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nos **níveis de dor durante e após a colonoscopia e também de conforto entre homens e mulheres**. Contudo, observando a estatística descritiva, constatamos que as mulheres referem níveis de dor durante o exame superiores aos dos homens, diferença essa que se acentua quando são realizados sem sedação. Relativamente ao conforto após o exame, existem valores próximos da significância estatística nas diferenças entre homens e mulheres, sendo o conforto superior nos utentes do género masculino. O facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas contrapõe os resultados dos estudos que analisam as diferenças de género e a sensação dolorosa no exame (Chung et al., 2007; Ylinen et al., 2009), embora seja necessário ter em conta a diferença nos métodos de avaliação da dor utilizados.

A dor sentida na colonoscopia não está significativamente relacionada com o facto de ser **a primeira colonoscopia** nem com **a ansiedade antes do exame, a dor sentida na última colonoscopia sem sedação e a idade**. Estes resultados são contrários ao encontrado na literatura (Chung et al., 2007; Marsac, 2008) e realçam a evidência de que são as circunstâncias no momento do exame que influenciam o nível de dor. Aqui podem incluir-se os fatores anatómicos e fisiológicos dos utentes, a condição clínica dos utentes, as diferenças nos médicos executantes da colonoscopia ou até as intervenções não

farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem (Ylinen, 2010), condições não controladas pelo nosso estudo.

As **expectativas** e atitudes dos utentes face aos cuidados de saúde contribuem largamente para o seu nível de satisfação, sendo um fator importante na qualidade em saúde (DGS, 2012; Pellisé et al., 2015). Ao avaliarmos as expectativas dos participantes no nosso estudo, verificámos que a maioria classificou o seu exame como igual ao que esperava (42,90) e melhor (31,90%) ou muito melhor do que esperava (17,00%), existindo apenas quatro indivíduos (7,50%) que classificaram o exame como pior ou muito pior do que as suas expectativas. Importa assim notar a existência de um excelente enquadramento do exame naquilo que eram as expectativas de quem o ia realizar.

No que se refere à **satisfação global** com a experiência de colonoscopia, avaliada numa escala cujo mínimo era 0 e o máximo 10, esta obteve uma classificação elevada (8,59), demonstrando assim que as pessoas se sentiram muito satisfeitas com os cuidados prestados, indo de encontro às suas expectativas. Não se verificaram diferenças significativas nos níveis de satisfação global entre os utentes que realizaram o exame com ou sem sedação, resultados opostos aos obtidos por Aljebreen et al. (2014).

Verificámos ainda que, para as pessoas que realizam o exame com sedação, **os níveis de dor influenciam negativamente a satisfação global com os cuidados**. Assim, quanto maior a dor sentida num exame com sedação, menor é a satisfação com os cuidados, algo que não é surpreendente e que significa que as expectativas da pessoa relativamente à sedação e à sensação dolorosa não foram atingidas. Não se verificaram relações significativas entre os níveis de dor e a satisfação global em quem realizou o exame sem sedação.

Nas duas formas de realização da colonoscopia, não se verificam relações estatisticamente significativas entre os níveis de ansiedade e de dor nem entre os níveis de ansiedade e satisfação. Os nossos resultados opõem-se à conclusão a que Ylinen (2010) chegou, ao afirmar que os níveis de ansiedade-estado são proporcionais à intensidade da dor e também aos de Leffler et al (2015), que demonstrou que a satisfação nos exames com sedação é influenciada, entre outras coisas, pela ansiedade antes do exame.

Desdobrando a **satisfação em diversas vertentes dos cuidados de saúde**, avaliada numa escala variável entre 1 (nada satisfeito) e 6 (extremamente satisfeito), chegámos à

conclusão que a população se encontra muito satisfeita quanto à maioria das afirmações, sendo a satisfação maior quanto à comunicação estabelecida com o enfermeiro para o conforto e menor quanto à percepção do tempo de espera e de duração do exame e explicação do procedimento. Estes resultados refletem, por um lado, necessidades de melhoria no serviço, mas podem também resultar da importância que é dada pelo utente a cada vertente. Deste ponto de vista, os resultados vão de encontro ao estudo de Leffler et al. (2015), que provou que a satisfação com o ato da colonoscopia está relacionada, entre outras coisas, com as explicações dadas antes do procedimento e com a percepção das competências da equipa de profissionais de saúde.

Verificámos que não existem relações estatisticamente significativas entre os itens de satisfação avaliados e a ansiedade-estado antes do exame e o conforto. Por outro lado, observamos que, nas pessoas que realizam o **exame com sedação, a dor sentida durante o exame relaciona-se de forma inversa com a satisfação** relativamente à relação estabelecida com o enfermeiro, à comunicação do enfermeiro em resposta às preocupações, à intervenção do enfermeiro para o conforto, à resposta do enfermeiro à dor e à sensação de abertura e confiança em relação à equipa de profissionais. Assim, para este grupo de pessoas, quanto maior a dor sentida durante o exame menor é o grau de satisfação quanto aos cuidados referidos. Importa ter também em conta que o nível de dor referido pelas pessoas nos exames com sedação é efetivamente baixo e, por isso, a satisfação mantém-se elevada.

A interpretação destes resultados demonstra que existe uma relação entre os níveis de dor sentidos e a satisfação, mas também nos diz que, por ser um exame com sedação, o relacionamento equipa-utente tende a tornar-se mais fraco. Emerge daqui a necessidade de dar valor às necessidades comunicacionais dos utentes, mesmo que estes realizem o exame com sedação. Os resultados do nosso estudo, embora aqui apresentados em relação com a dor, vão de encontro ao que é afirmado na literatura. Efetivamente, também Leffler et al. (2015) e Sewitch et al. (2013) demonstraram nos seus estudos que os utentes que realizam o exame desta forma veem a sua satisfação influenciada por fatores como o conforto geral no procedimento, o controlo do nível de sedação, as explicações antes do procedimento e a receção de instruções claras, a prestação da equipa de profissionais e ainda a percepção das competências da equipa de profissionais de saúde.

Numa compreensão alargada do nosso estudo, importa efetivamente constatar que os utentes que realizam o exame com sedação, não estão tão preocupados com a dor que vão sentir, mas esperam que esta seja adequadamente controlada. Referem, tal como os outros, preocupações que são legítimas e que influenciam a ansiedade (o medo de não acordar ou a incerteza do resultado) e esperam também que a equipa, nomeadamente a de enfermagem, faça a diferença na gestão dessas emoções e transmita segurança na prestação de cuidados.

No que se refere aos **exames sem sedação, um aumento do nível de dor durante o exame está relacionado com níveis de satisfação** inferiores com o respeito pela privacidade, a relação estabelecida com o enfermeiro, o ambiente na sala de exames, a sensação de segurança e a sensação de abertura e confiança transmitida pela equipa multidisciplinar.

Estes resultados contrapõem os de McEntire et al. (2013), quando, embora não relacionem a dor com a satisfação, afirmam que as pessoas dão pouca importância a aspetos como a privacidade, o barulho ou a limpeza. O facto de existir uma relação inversa entre a dor e a satisfação com os fatores ambientais e da sensação de segurança e abertura com os profissionais, sugere que os utentes que realizam o exame sem sedação estão mais atentos para estes aspetos dos cuidados e atribuem-lhes importância enquanto intervenções não farmacológicas para o controlo da sensação dolorosa (Ylinen, 2010). Por outro lado, a relação existente entre o nível de dor e a satisfação estabelecida com os enfermeiros e a sensação de abertura e confiança transmitida pela equipa é consonante com o que McEntire et al. (2013) concluíram, quando afirmam que os utentes dão importância ao estabelecimento de relações adequadas com a equipa (McEntire et al., 2013).

Por seu lado, Valori et al. (2010) afirmam que o *feedback* dado pela pessoa submetida ao exame relativamente ao conforto, dignidade e privacidade deve ser tido em conta enquanto medida da qualidade na colonoscopia, sendo também da opinião de que os exames com anestesia e sedação leve (ou sem sedação) são comparáveis em termos de qualidade e segurança.

A avaliação da **qualidade** na prática, bem como a implementação de programas de melhoria da qualidade fazem parte das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011). Os resultados que obtivemos com o nosso estudo permitem

orientar largamente a implementação de cuidados direcionados para a prática da qualidade. Se, por um lado, no âmbito da endoscopia digestiva existem diretrizes focadas na qualidade do procedimento técnico, que são relevantes por si só, existem também as que se direcionam para o conforto e a satisfação das pessoas que realizam o exame, áreas-chave da prestação dos cuidados de enfermagem e que podem ser modificadas por uma adequada atuação destes profissionais.

Sabemos que a satisfação dos pacientes tem uma natureza multifatorial e torna-se um parâmetro da saúde muito difícil de definir (Pellisé et al., 2015). Com base nos resultados deste estudo, obtemos alguns contributos para o que podem os enfermeiros, especialistas e não, fazer para melhorar a qualidade da experiência da colonoscopia e a satisfação dos utentes.

Constatamos que estes exames causam ansiedade que, consoante a forma de realização, pode ter causas diferentes. Compete ao enfermeiro compreender que estas diferenças existem e adaptar os cuidados, tendo sempre presente que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa (...)” (OE, 2001, p.10). Por um lado, a realização do exame com sedação é acompanhada de riscos cardiorrespiratórios e os utentes têm medo de não acordar e por outro, a dor causada num exame sem sedação, pode originar reações também desconfortáveis, com possíveis consequências futuras em termos de disponibilidade para a realização de novo exame. O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica tem o dever de identificar as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar nesta situação que é de risco, garantindo também a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor, bem como da ansiedade e do medo demonstrados (Regulamento nº 124/2011).

Alguns dos resultados do nosso estudo podem dever-se a limitações da investigação: a ansiedade no exame pode ter o foco na incerteza do resultado, não modificável pelos enfermeiros, assim como a dor em exames sem sedação pode não ter também uma causa apenas subjetiva, mas dependente de fatores anatómicos e historial clínico, às quais nem os médicos podem fazer face (Chung et al., 2007). Além disso, a resposta à segunda parte dos questionários, com uma diminuição acentuada de respondentes face à primeira parte da colheita de dados, pode ter sido também condicionada por acontecimentos alheios ao estudo, de que são exemplo, um diagnóstico desfavorável ou a dor forte após o exame.

A não existência de relações entre a ansiedade e a dor com condições anteriores ao exame (idade, género, realização do exame pela primeira vez) é indicativa do quanto especial é a realização deste exame, enquanto procedimento ansiogénico e doloroso. Aqui, e porque qualquer enfermeiro deve basear os seus cuidados tendo isto em conta, importa destacar a subjetividade associada à sensação de ansiedade e à sensação dolorosa. Se nenhuma destas condições por si só faz aumentar a ansiedade e a dor, então compete ao enfermeiro adequar os cuidados à pessoa de quem cuida, com as suas individualidades, medos e reações. Realça-se aqui a importância do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica iniciar a relação terapêutica com o utente, tendo em conta o impacto que esta tem no seu estado de saúde, selecionando e utilizando de forma adequada as habilidades da relação de ajuda (Regulamento nº 124/2011).

Como vimos, a dor relaciona-se de forma inversa com alguns aspetos da satisfação face aos cuidados, que, no caso dos exames com sedação, estão maioritariamente relacionados com a comunicação enfermeiro-utente. Estes resultados são um sinal para a necessidade de investimento nesse campo: mesmo com as pessoas sedadas, a relação é fulcral na diminuição da ansiedade e da dor e na satisfação com os cuidados.

A constatação de que a grande maioria da amostra classificou o exame como igual, melhor ou muito melhor do que as suas expectativas é um indicador positivo face aos cuidados mas sugere que muito provavelmente a população tem expectativas bastante negativas face ao exame. Assim, esses resultados fazem emergir uma necessidade cada vez mais premente: a de compreender e mudar ideias e conotações face ao exame, o que, no que compete aos enfermeiros pode ser mudado pela transmissão de informação, esclarecimento de dúvidas, acolhimento durante o exame, controlo da dor e da ansiedade e transmissão de segurança e confiança face aos cuidados.

Também a Ordem dos enfermeiros, nos enunciados descritivos para a qualidade dos cuidados de enfermagem, refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, sendo elementos importantes o respeito pelo quadro de valores e desejos individuais da pessoa, o envolvimento e a procura constante de empatia, assim como o empenho do enfermeiro na minimização do impacto negativo no cliente das mudanças de ambiente provocadas pelas necessidades de saúde (OE, 2001, p.14).

Face a estes resultados, verificamos que há a necessidade de compreender melhor o que torna a adesão a este exame ainda baixa no nosso país e mudar as práticas consoante as conclusões. Sabemos que a qualidade em endoscopia não está apenas dependente do que fazem os enfermeiros, mas de toda uma envolvente multifatorial e multiprofissional (OE, 2001; Pellisé et al., 2015). Ainda assim, e porque importa que os enfermeiros contribuam para a qualidade dos cuidados, sugerimos a realização de estudos direcionados para a população portuguesa que procurem compreender ainda melhor quais são os receios que os utentes têm face à realização de colonoscopia, bem como o que é valorizado pela população para que os exames sejam classificados de qualidade.

Será também importante que se desenvolvam e validem para a população portuguesa escalas de avaliação da qualidade da sedação e questionários de avaliação da satisfação dos utentes face aos cuidados, para que as instituições estejam motivadas a diariamente lutar pela qualidade dos cuidados e pela adesão dos utentes a programas de rastreio e seus exames de diagnóstico tão importantes como o do cancro coloretal (Sewitch et al., 2011).

5. CONCLUSÃO

A colonoscopia é um exame complementar de diagnóstico reconhecido como o mais importante na avaliação da patologia do cólon e do reto, adquirindo especial relevância na detecção de neoplasias. Contudo, a sua taxa de adesão é baixa, existindo diversos fatores que a influenciam. A qualidade na prestação de cuidados aos utentes que se submetem a colonoscopia deve portanto ser uma prioridade sendo fundamental que se dirija às expectativas do cidadão e aos determinantes que estes consideram relevantes.

A amostra do nosso estudo foi composta por 60 indivíduos submetidos a colonoscopia com uma média de idade de 57,80 anos ($\sigma=12,510$), dividindo-se em partes iguais na utilização de sedação/anestesia.

Verificámos a existência de um nível moderado de ansiedade-estado antes do exame, que diminui após a realização do mesmo, com relevância estatística. Concluímos que não existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade entre quem realiza o exame com e sem sedação, e portanto não é o recurso aos fármacos anestésicos que a poderá controlar, sendo até eventualmente um fator causal para a mesma.

Verificámos ainda que os fatores que mais influenciam a ansiedade face à realização da colonoscopia são a incerteza quanto ao resultado, o medo das complicações e a preocupação com o que a equipa irá fazer durante o exame. Os fatores menos importantes na causa de ansiedade dos utentes submetidos ao exame são a vergonha, o medo da tecnologia e a invasão da privacidade.

Concluímos no nosso estudo que os níveis de ansiedade-estado antes do exame não são influenciados pelos fatores sociodemográficos e clínicos estudados, como o género, a primeira vez na realização da colonoscopia ou a dor sentida no exame anterior sem sedação. O mesmo acontece com os níveis de dor e de conforto: não variam significativamente com o género, o facto de ser a primeira vez de realização com o exame nem com a ansiedade avaliada previamente. Estes resultados sugerem fortemente que

tanto a ansiedade como a dor e o conforto não são influenciados por circunstâncias preexistentes, mas sim pelo evento de realização da colonoscopia em si.

Comprovámos ainda com a nossa investigação que a colonoscopia é um exame que provoca dor. O nível médio de dor durante o exame com sedação foi 0,54 ($\sigma=1,816$), isto é, praticamente inexistente, e no exame sem sedação de 5,84 ($\sigma=2,343$), ou seja, dor moderada. Após a realização do procedimento verificamos um nível médio de dor de 0,88 ($\sigma=1,862$) nos exames com sedação e de 2,91 ($\sigma=2,245$) nos exames sem sedação, verificando-se portanto uma diminuição. Constatamos ainda que existem diferenças significativas na dor durante e na dor após o exame face à utilização da sedação, sendo claro que a utilização de fármacos sedativos/anestésicos é útil para o controlo da sensação dolorosa dos utentes.

Na nossa amostra, o conforto após o exame assume valores muito semelhantes entre os grupos com e sem sedação, sendo os valores médios 6,36 ($\sigma=3,534$) e 6,24 ($\sigma=6,24$), o que demonstra um nível moderadamente elevado de conforto, que não está relacionado com o nível de dor, mas que revela que as pessoas submetidas a colonoscopia não se encontram totalmente confortáveis. Os resultados confirmam ainda o conforto enquanto foco subjetivo e abrangente, que não depende apenas dos fatores fisiológicos como a dor.

A maioria dos utentes classifica o exame como igual, melhor ou muito melhor do que esperava. Além disso, o nível médio de satisfação global face à experiência de colonoscopia é de 8,59 ($\sigma=1,394$), sem que existam diferenças significativas face à realização do exame com e sem sedação. Os resultados demonstram que apesar da dor e do desconforto, a amostra se encontra muito satisfeita quanto à experiência de realização do exame.

Concluimos que não existem relações significativas entre a dor, a ansiedade, o conforto e a satisfação global nos exames sem sedação. Não obstante, concluimos que um nível superior de dor nos exames com sedação está relacionado com níveis de satisfação global inferiores, o que confirma portanto a influência do bom controlo da dor na satisfação.

Relativamente à satisfação quanto a fatores específicos dos cuidados, concluimos que esta é maior quanto à comunicação estabelecida com o enfermeiro para o conforto e menor quanto à perceção do tempo de espera e de duração do exame. A satisfação face aos

fatores avaliados não está correlacionada com a ansiedade antes do exame nem com o conforto, mas relaciona-se inversamente com a dor em vários aspetos modificáveis pela intervenção dos enfermeiros.

Com a demonstração no nosso estudo de que a colonoscopia é um exame causador de ansiedade, de dor e de desconforto, encontra-se estabelecida a ponte para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem neste âmbito no nosso país. Também o reconhecimento de alguns fatores como causadores de ansiedade é fundamental para que os enfermeiros de cuidados gerais e especialistas possam orientar a sua prática na gestão dos cuidados e na relação estabelecida com os utentes. A relação das determinantes estudadas com a satisfação face aos cuidados revela-se como um guia orientador para as equipas prestadoras de cuidados de saúde, para que possam modificar as práticas, tornando a experiência em colonoscopia positiva e satisfatória para os utentes.

Reconhecemos contudo a existência de algumas limitações ao nosso trabalho de investigação: por um lado, um número considerável de ausências nas respostas às escalas de ansiedade, que pode ser devido a diversos motivos, entre os quais o tamanho da mesma. A diminuição do número de respondentes à segunda parte do questionário tornou-se também limitativa, embora saibamos que possa estar relacionada com aspetos alheios ao investigador, como um diagnóstico desfavorável, dor ou desconforto. O nosso estudo não pretendia analisar a dor, desconforto e ansiedade face a causas técnicas ou anatómicas, fisiológicas ou diagnósticas. Contudo, sabendo que existem algumas determinantes que se enquadram neste âmbito que podem condicionar as variáveis em estudo, reconhecemos o facto como uma limitação.

Com a presente investigação foram dadas respostas às questões de investigação inicialmente colocadas e os objetivos do estudo foram alcançados. A pesquisa e a reflexão gerada em torno do tema revelou que existe espaço e potencial para a investigação, podendo ser estudadas as dimensões destas e de outras variáveis influenciadoras da satisfação. Sugerimos ainda a validação de escalas para a população portuguesa da qualidade da sedação em colonoscopia bem como da satisfação. A investigação neste âmbito permite assim a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes submetidos a colonoscopia, sendo o contributo dos enfermeiros uma parte fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aljebreen, A. M., Almadi, M. a., & Leung, F. W. (2014). Sedated vs unsedated colonoscopy: A prospective study. *World Journal of Gastroenterology*, 20(17), 5113–5118. <http://doi.org/10.3748/wjg.v20.i17.5113>
- 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. <http://doi.org/10.1111/jocn.12817>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos Comfort in nursing theories. Concept analysis and theoretical meaning. *Referência*, 9, 61–67.
- Boyd, M. A. (2008). Psychosocial Theoretic basis of Psychiatric Nursing. In *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice* (4^a ed., pp. 56–74). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: A fundamental human right. *Anesthesia and Analgesia*, 105(1), 205–221.
- Cao, B., Zhang, X., Yan, N., Chen, S., & Li, Y. (2012). Cholecystokinin enhances visceral pain-related affective memory via vagal afferent pathway in rats. *Molecular Brain*, 5(19), 1–12.
- Cervero, F., & Laird, J. M. (1999). Visceral pain. *The Lancet*, 353, 2145–2148.
- 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. <http://doi.org/10.1016/j.dld.2007.04.019>
- Cohen, L. B., Wechsler, J. S., Gaetano, J. N., Benson, A. a, Miller, K. M., Durkalski, V., & Aisenberg, J. (2006). Endoscopic sedation in the United States: results from a nationwide survey. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(5), 967–974.
- Cotton, P. B., & Williams, C. B. (2008). *Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals*. (Wiley-Blackwell, Ed.) *Practical Gastrointestinal Endoscopy: The Fundamentals* (Sixth edit). Oxford.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95–111. Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio : Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020. Diário da República II Série (15-05-27), 13550–13553.
- Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47–55.
- Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, Circular normativa: Ministério da Saúde 1–4 (2003).
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Eixo estratégico: Qualidade em Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa?de_2013-01-17_.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Prescrição de colonoscopia, 1–13.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. <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.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes - the state of the science* (2ª ed.). Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Lusociência (Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed., pp. 481–495).
- Ersöz, F., Toros, A. B., Aydoğan, G., Bektaş, H., Özcan, Ö., & Arıkan, S. (2010). Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 21(1), 29–33.
- Ferrel, B. (2005). Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Management Nursing*, 6(3), 83–90.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de Investigação: da conceção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gaspar, A., Medeiros, L., Serrano, N., & Armada, C. (2011). Sedação para colonoscopias: uma alternativa segura e eficaz. *Revista de Anestesia Regional E Terapêutica Da Dor*, (March), 15–18.
- Gross, J. B., Bailey, P. L., Connis, R. T., Coté, C. J., Davis, F. G., Epstein, B. S., ... Zuccaro, G. (2002). Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*, 96(4), 1004–1017. <http://doi.org/10.1097/00000542-199602000-00029>

- Hassan, C., Bretthauer, M., Kaminski, M. F., Polkowski, M., Rembacken, B., Saunders, B., ... Dumonceau, J. M. (2013). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*, 45, 142–150.
- Hu, P. H., Peng, Y. C., Lin, Y. T., Chang, C. Sen, & Ou, M. C. (2010). Aromatherapy for reducing colonoscopy related procedural anxiety and physiological parameters: A randomized controlled study. *Hepato-Gastroenterology*, 57(102-103), 1082–1086.
- Huffstutler, S. Y. (2003). Avaliação dos Sistemas Gastrintestinal, Biliar e Pâncreas Exócrino. In *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença, Vol. III* (Lusodidata, pp. 1197–1214). Loures.
- International Association for the Study of Pain, T. F. on T. (1994). *Classification of chronic pain. Australian Dental Journal*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Jardim, M. H. A. G. (2002). *Juventude! Que Futuro neste Mundo Imprevisível e de Incertezas? Ansiosa!?! Depressiva!?! Como Prevenir?* Universidad de Extremadura.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kutlutürkan, S., Görgülü, Ü., Fesci, H., & Karavelioglu, A. (2010). The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1066–1073.
- Leffler, D. a., Bukoye, B., Sawhney, M., Berzin, T., Sands, K., Chowdary, S., ... Barnett, S. (2015). Development and validation of the PROcedural Sedation Assessment Survey (PROSAS) for assessment of procedural sedation quality. *Gastrointestinal Endoscopy*, 81(1), 194–203.e1. <http://doi.org/10.1016/j.gie.2014.07.062>
- Longcroft-Wheaton, G., & Bhandari, P. (2011). Dynamic nursing in endoscopy. *Gastrointestinal Nursing*, 9(7), 34–39.
- Marsac, M. L. (2008). Relationships among psychological functioning, dental anxiety, pain perception, and coping in children and adolescents. *Journal of Dentistry for Children*, 75(3), 243–251.
- McDowell, I. (2006). The State-Trait Anxiety Inventory. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, (1).
- McEntire, J., Sahota, J., Hydes, T., & Trebble, T. M. (2013). An evaluation of patient attitudes to colonoscopy and the importance of endoscopist interaction and the

- endoscopy environment to satisfaction and value. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 48, 366–373.
- McGillion, M. H., & Watt-Watson, J. H. (2003). Dor. In Lusociência (Ed.), *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença* (pp. 343–368). Loures.
- Miranda, N., & Portugal, C. (2014). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - relatório 2013.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA*. Porto Alegre: Artmed.
- Neto, J. R. ., Silvino, C. J., Prudente, A. C. L., Teixeira, F. R., Torres, F. A. P., & Torres, J. A. P. (2010). Complicações da Sedação e Realização da Colonoscopia. *REvista Brasileira de Coloproctologia*, 30, 318–325.
- Okawa, K., Ichinohe, T., & Kaneko, Y. (2005). Anxiety may enhance pain during dental treatment. *The Bulletin of Tokyo Dental College*, 46(3), 51–58.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> \n<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0> \n<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. *Cadernos OE*, 1(1), 1–55.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*.
- Paggi, S., Radaelli, F., Amato, A., Meucci, G., Spinzi, G., Rondonotti, E., & Terruzzi, V. (2012). Unsedated colonoscopy: An option for some but not for all. *Gastrointestinal Endoscopy*, 75(2), 392–398.
- Pellisé, M., & Grau, J. (2015). Patient satisfaction: current and future effects on daily clinical (colonoscopy) practice. *Endoscopy*, 47, 1102–1103.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*, 18, 49–58. <http://doi.org/10.1177/1534765611426794>
- Perelman, J., Fernandes, A., & Mateus, C. (2012). Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey. *Disparidades de gênero na saúde e nos cuidados de saúde: resultados para Portugal com base no Inquérito Nacional de Saúde. Cadernos de Saúde Pública*, 28(12), 2339–2348.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. (M. Robalo, Ed.) (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). Comfort. In *Middle Range Theories* (2ª edition, pp. 254–272). United States of America: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- PNDO. (2015). Doenças Oncológicas em números – 2015. *Ministério Da Saúde - Direção-Geral de Saúde*, 11,41–48.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Define o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série N° 35 (11-02-18)*, 8648-8653.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Define o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República II Série N° 35 (11-02-18)*, 8656-8657.
- Rembacken, B., Hassan, C., Riemann, J. F., Chilton, A., Rutter, M., Dumonceau, J. M., ... Ponchon, T. (2012). Quality in screening colonoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy*, 44(10), 957–968.
- Richardson, P., & Mustard, L. (2009). The management of pain in the burns unit. *Burns*, 35, 921–936.
- Ritvo, P., Myers, R. E., Paszat, L., Serenity, M., Perez, D. F., & Rabeneck, L. (2013). Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening. *BMC Public Health*, 13(1), 500. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-500>
- Rocha, E. M., Marche, T. A., & Baeyer, C. L. von. (2009). Anxiety influences children's memory for procedural pain. *Pain Research and Management*, 14(3), 233–237.
- Santos, M. D. L., & Galdeano, L. E. (2009). Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. *Rev. Min. Enferm*, 13(1), 76–83.
- Serra, A. S. V. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93–104.
- Sewitch, M. J., Dubé, C., Brien, S., Jiang, M., Hilsden, R. J., Barkun, A. N., & Armstrong, D. (2013). Patient-identified quality indicators for colonoscopy services. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(1), 25–32.
- Sewitch, M. J., Gong, S., Dube, C., Barkun, a, Hilsden, R., & Armstrong, D. (2011). A literature review of quality in lower gastrointestinal endoscopy from the patient perspective. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 25(12), 681–685. Retrieved from <http://mcgill.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=OVID:medline&id=pmid:221750>

59&id=doi:&issn=08357900&isbn=&volume=25&issue=12&spage=681&pages=6815&date=2011&title=Canadian+Journal+of+Gastroenterology&atitle=A+literat
ure+review+of+quality+in+lower+gast

- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). (2009). Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal, 95.
- Society, E., Gastroenterology, O. F., & Nurses, E. (2004). EUROPEAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY AND European Job Profile for Endoscopy Nurses, 1–13.
- Stuart, G. W. (2001). Respostas de Ansiedade e Transtornos de Ansiedade. In Artmed (Ed.), *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (pp. 304–330). São Paulo.
- Tate, J. A. (2010). *A study of anxiety and agitation events in mechanically ventilated patients*. University of Pittsburgh.
- Umezawa, S., Higurashi, T., Uchiyama, S., Sakai, E., Ohkubo, H., Endo, H., & Nonaka, T. (2015). Visual distraction alone for the improvement of colonoscopy-related pain and satisfaction. *World Journal of Gastroenterology*, *21*(15), 4707–4714. <http://doi.org/10.3748/wjg.v21.i15.4707>
- Ussui, V. M., Silva, A. L. W. Da, Borges, L. V., Silva, J. G. N. Da, Zeitone, J. M. R., & Hashimoto, C. L. (2013). What are the most important factors regarding acceptance to the colonoscopy? Study of related tolerance parameters. *Arquivos de Gastroenterologia*, *50*(1), 23–30.
- Valori, R., Rey, J.-F., Atkin, W., Bretthauer, M., Senore, C., Hoff, G., ... Minoli, G. (2010). Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. In N. Segnan, J. Patnick, & L. von Karsa (Eds.), *European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* (first edit, pp. 145–178). Belgium. <http://doi.org/10.2772/15379>
- Wang, M. C., Zhang, L. Y., Zhang, Y. L., & Zhang, Y. W. (2014). Effect of music in endoscopy procedures: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine*, *15*(10), 1786–1794.
- 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*. Retrieved from http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0013-5/urn_isbn_978-952-61-0013-5.pdf
- Ylinen, E. R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. M. (2009). Effects of patients' anxiety, previous pain experience and non-drug interventions on the pain experience during colonoscopy. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1937–1944.

Ylinen, E. R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A. M., Hannila, M. L., & Heikkinen, M. (2009). Medication-free colonoscopy - Factors related to pain and its assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2597–2607.

Ylinen, E., Vehvilainen-Julkunen, K., & Pietila, A.-M. (2007). Nurses ' knowledge and skills in colonoscopy patients ' pain management. *October*, 1125–1133.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Colheita de Dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo (a) Sr. (a),

O meu nome é Sara Sequeira, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do mestrado estou a realizar uma dissertação intitulada: “Qualidade em endoscopia: ansiedade, dor e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia”, cujo objetivo principal é verificar a relação entre a ansiedade, a dor e a satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia, sob a orientação da professora Ana Querido. Gostaria de poder contar com a sua colaboração durante breves minutos para responder a algumas questões.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária, e as respostas ao questionário são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para a realização desta pesquisa. Pode, a qualquer momento, desistir da colaboração do estudo, sem prejuízo dos cuidados que lhe são prestados.

O questionário é constituído por quatro grupos de resposta: o primeiro onde constam os seus dados sociodemográficos, o segundo com os dados relativos à realização de colonoscopia, o terceiro constituído por um questionário de autoavaliação e o quarto a preencher no final do exame. É muito importante que responda honestamente a todas as questões. Demorará cerca de 10 minutos a responder.

Se tiver alguma dúvida, não hesite em colocá-la ao profissional que lhe entregou o questionário. Os meus cumprimentos e agradecimentos,

Sara Sequeira (sara.seq@hotmail.com)

.....

Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado, concordo em colaborar nesta investigação, tendo sido informado (a) sobre o sigilo do meu nome e de dados que me identifiquem perante terceiros, os quais estarão protegidos pelo investigador.

Fui alertado (a) para a natureza dos objetivos desta investigação e das questões presentes no questionário. Sei que a minha participação é voluntária e poderei a qualquer momento interromper a participação no estudo.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Contacto (se desejar receber cópia do estudo): _____

I - Dados Sociodemográficos

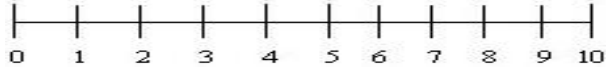
1. Qual é a sua idade? _____ anos.
2. Qual é o seu género?
 Masculino Feminino
3. Quais são as suas habilitações literárias? _____

II – Dados relativos à realização da colonoscopia

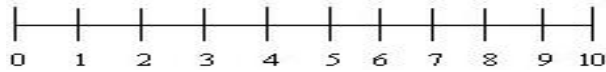
4. Em que contexto surge a realização da colonoscopia? Selecione a opção que mais se adequa à situação:
 Rastreio (exame a pedido do médico, fazendo parte de exames de rotina)
 Existência de queixas (por exemplo, dor ou presença de sangue nas fezes)
 Seguimento após colonoscopias anteriores/outros exames complementares de diagnóstico
 Por pedido meu
 Urgência
 Desconhecido
 Outro: _____
5. O exame que vem realizar é com ou sem anestesia?
 Com anestesia Sem anestesia
6. É a primeira vez que é submetido(a) à realização de colonoscopia? Se a sua resposta é **Sim**, responda de seguida à questão nº 7.
 Sim Não
- 6.1. Se não, alguma vez realizou uma colonoscopia **com** anestesia?
 Sim Não

6.2. Se não, como caracteriza a sua experiência na última colonoscopia **sem anestesia** que realizou:

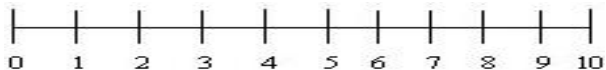
6.2.1. **Em relação à dor:** faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa ausência de dor e 10 representa a dor máxima, isto é, a pior dor que já sentiu.



6.2.2. **Em relação ao conforto:** faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa “totalmente desconfortável” e 10 “totalmente confortável”.



6.2.3. **Em relação à ansiedade:** faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa “não estava nada ansioso/a” e 10 “estava extremamente ansioso/a”.



7. Hoje vem acompanhado de algum familiar/amigo significativo para si?

- Sim Não

8. Relativamente à informação que recebeu acerca do exame:

8.1. Quem lhe deu a informação _____

8.2. Há quanto tempo recebeu a informação _____

8.3. De que forma foi informado sobre o exame _____

9. Como classifica o grau de dificuldade da preparação para o exame? (dieta nos dias anteriores e ingestão do produto). Selecione apenas uma opção.

- Foi muito difícil
- Foi difícil
- Foi tolerável
- Foi fácil
- Foi muito fácil

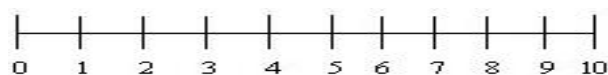
10. O que lhe causa maior ansiedade na execução da colonoscopia? Ordene de 1 a 12 conforme o grau de importância, sendo 1 o fator que lhe causa mais ansiedade e 12 o que lhe causa menos ansiedade.

- A preparação para o exame (dieta, ingestão do produto)
- A dor durante o procedimento
- O desconforto da situação
- A incerteza do resultado
- O preconceito do toque retal
- A vergonha
- A invasão da privacidade
- O medo das complicações do exame
- O medo da tecnologia
- A garantia das condições de higiene e esterilização
- O medo de não acordar
- A preocupação com o que lhe irão fazer durante o exame.

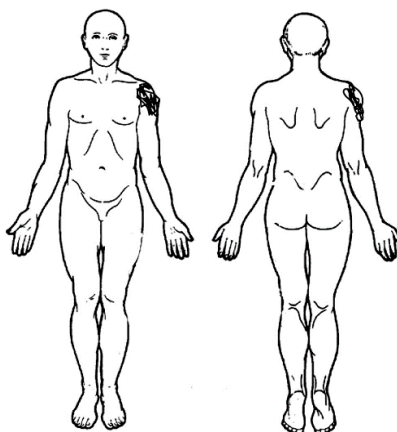
11. Neste momento, sente dor nalgum local do seu corpo?

- Sim Não

11.1. Se sim, como classifica o seu nível de dor neste momento? Faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa ausência de dor e 10 representa a dor máxima, isto é, a pior dor que já sentiu.



11.2. Se respondeu sim, assinale com (X) na figura seguinte o local do corpo onde neste momento sente dor:



III - Questionário de autoavaliação (Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores; Traduzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995

STAI Formulário Y-1

De seguida encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente **agora**.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1.Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me sob pressão	1	2	3	4
5.Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.Sinto-me irritado (a)	1	2	3	4
7.Atualmente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer.	1	2	3	4
8.Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
9.Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10.Sinto-me confortável	1	2	3	4
11.Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12.Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13.Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14.Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15.Sinto-me relaxado (a)	1	2	3	4
16.Sinto-me contente (a)	1	2	3	4
17.Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18.Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19.Sinto-me estável	1	2	3	4
20.Sinto-me bem	1	2	3	4

STAI Formulário Y-2

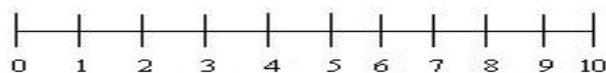
A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do tempo**.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente **geralmente**.

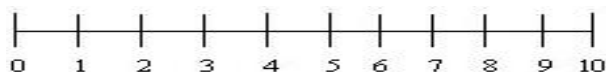
	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso (a) e inquieto	1	2	3	4
23. Estou satisfeito (a) comigo próprio (a)	1	2	3	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
26. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
27. Sinto-me calmo (a) e bem comigo mesmo (a)	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	1	2	3	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamento que me incomodam	1	2	3	4
32. Tenho falta de confiança em mim próprio (a)	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Sinto-me incapaz (a)	1	2	3	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	1	2	3	4
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso (a) ou transtornado (a) quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4

IV – Sensações após a realização do exame

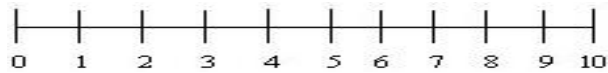
12. Qual o nível de dor máximo que sentiu durante o exame? Faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa ausência de dor e 10 representa a dor máxima, isto é, comparável com a pior dor que já sentiu.



13. Qual o nível de dor que sente neste momento? Faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa ausência de dor e 10 representa a dor máxima, isto é, comparável com a pior dor que já sentiu.



14. Como classifica o nível de conforto que sente neste momento? Faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa “totalmente desconfortável” e 10 “totalmente confortável”.



15. Como classifica a sua experiência na realização de colonoscopia em relação às expetativas que tinha acerca do exame?

- Muito pior do que esperava
- Pior do que esperava
- Igual ao que esperava
- Melhor do que esperava
- Muito melhor do que esperava

16. **Questionário de auto avaliação (STAI Formulário Y-1).**

De seguida encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**.

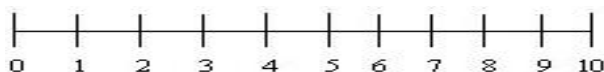
Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente **agora**.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1.Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me sob pressão	1	2	3	4
5.Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.Sinto-me irritado (a)	1	2	3	4
7.Atualmente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer.	1	2	3	4
8.Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
9.Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10.Sinto-me confortável	1	2	3	4
11.Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12.Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13.Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14.Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15.Sinto-me relaxado (a)	1	2	3	4
16.Sinto-me contente (a)	1	2	3	4
17.Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18.Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19.Sinto-me estável	1	2	3	4
20.Sinto-me bem	1	2	3	4

17. Classifique as seguintes afirmações quanto ao seu grau de satisfação em relação às mesmas, sendo que 1 significa “nada satisfeito” e 6 “extremamente satisfeito”.

	1	2	3	4	5	6
1. Explicação do procedimento						
2. Respeito pela privacidade						
3. Relação estabelecida com o(a) enfermeiro (a)						
4. Comunicação do enfermeiro (a) em resposta à minha preocupação						
5. Intervenção do enfermeiro (a) para o meu conforto						
6. Resposta do enfermeiro (a) à sensação de dor						
7. Resposta do enfermeiro (a) à minha sensação de ansiedade						
8. Perceção do tempo de espera e de duração do exame						
9. Ambiente na sala de exames (luz, som, aspeto acolhedor)						
10. Sensação de segurança						
11. Sensação de abertura e confiança em relação aos profissionais que colaboraram no exame						

18. Como classifica o grau de satisfação global em relação à experiência da realização da colonoscopia? Faça um círculo no valor que considera mais indicado, tendo em conta que 0 significa “nada satisfeito” e 10 “extremamente satisfeito”.



Muito Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II

Autorização para aplicação do STAI

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ENVIADO PARA TERESA MCINTYRE

From: sara.seq@hotmail.com

To: mcintyre@iep.uminho.pt

Subject: State Trait Anxiety Inventory - Versão de investigação

Date: Wed, 13 May 2015 18:21:41 +0100

Boa tarde Professora Dr^a Teresa McIntyre,

O meu nome é Sara Sequeira, sou enfermeira e frequento neste momento o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Encontro-me a realizar uma dissertação de mestrado intitulada "Qualidade em endoscopia: dor, ansiedade e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia", pretendendo, entre outros, avaliar a ansiedade das pessoas através do *State Trait Anxiety Inventory*, de Charles Spielberger.

Sabendo que existe uma versão traduzida por si, venho por este meio solicitar a autorização e o possível envio do questionário de auto-avaliação validado para a população portuguesa, tendo em conta a sua crucial importância para o meu trabalho.

Agradecendo desde já,

Cordiais Cumprimentos,

Sara Sequeira

015-06-23 8:13 GMT-05:00 Ana Querido <querido.ana@gmail.com>:

Boa tarde Dr.^aTeresa McIntyre

O meu nome é Ana Querido e estou a contactá-la na qualidade de orientadora da Sara Sequeira, estudante de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Na sequência da sua resposta ao pedido anterior, agradeço a sua disponibilidade em partilhar o seu conhecimento e a possibilidade para utilizarmos a versão portuguesa da STAI.

Agradecemos ainda a sua sugestão para utilização da HADS - versão portuguesa, o que pretendemos fazer nos estudos subsequentes, pelo que tencionamos voltar ao seu contacto.

Grata pela atenção demonstrada,

Com os melhores cumprimentos

Ana Querido

RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

From: **Teresa McIntyre** <teresamcintyreusa@gmail.com>

Date: 2015-06-23 21:34 GMT+01:00

Subject: Re: Pedido de autorização da Escala STAI

To: Ana Querido <querido.ana@gmail.com>

Cara Dra. Ana Querido

Aqui vão cópias das duas escalas. Há dados de validação sobre as duas em populações médicas, em teses de mestrado e doutoramento por todo o país.

Em relação ao STAI, foi usado num estudo alargado de veteranos de Guerra financiado pela FCT e dirigido pela Prof. Angela Maia (UM). Ela poderá dar-lhe mais dados. Há publicações minhas com a Prof. Vera Araujo Soares e Prof. Susana Fernandes, quando estava na UM que também usaram o STAI.

Temos usado mais o HADS pois é mais apropriado para populações com problemas de doença física. Penso que enviei a sua aluna referências para esta mas se ela não possuir que diga e eu enviarei mais informação.

Desejo bom sucesso com os vossos trabalhos.

Cumprimentos,

Teresa McIntyre

ANEXO III

Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ENVIADO

Exmo Senhor Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar de São Francisco

Quinta do Cabeço

2404-012 Leiria

Assunto: Pedido para aplicação de questionário para trabalho de investigação.

A Direção da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria vem solicitar a V. Ex^a. autorização para que a estudante Sara Raquel Fernandes Tavares Sequeira, do 2º ano do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica possa aplicar o questionário que se junta em anexo. O questionário surge no âmbito da dissertação de mestrado que está a desenvolver, orientada pela Professora Doutora Ana Querido, cujo tema é “Qualidade em endoscopia: relação entre ansiedade, dor e satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia”.

Este projeto tem como objetivos:

- Conhecer as características sociodemográficas e clínicas das pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco em Pombal e Leiria e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.
- Determinar os níveis de ansiedade nas pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.
- Identificar os fatores clínicos e sociodemográficos que interferem nos níveis de ansiedade e de dor nas pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.

- Avaliar o nível de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.
- Avaliar o conforto das pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.
- Verificar a relação entre os níveis de ansiedade, de dor e de satisfação das pessoas submetidas a colonoscopia no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.
- Comparar os níveis de ansiedade, de dor e satisfação nas pessoas submetidas a colonoscopia eletiva com os das pessoas submetidas a colonoscopia em contexto de urgência no Centro Hospitalar de São Francisco, em Pombal e Leiria, e no serviço de gastroenterologia do Centro Hospitalar de Leiria.

É assim, neste contexto, que a Direção da Escola Superior de Saúde de Leiria solicita a V. Ex^a. a aplicação do questionário entre os meses de junho a agosto, às pessoas submetidas a colonoscopia com e sem sedação anestésica, antes e após a realização do exame.

Informamos V. Ex^a. que os questionários serão aplicados pelos investigadores e que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Em caso de interesse enviaremos os resultados da investigação.

Aguardando a vossa confirmação e agradecendo a disponibilidade e colaboração, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

O Diretor,

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO RECEBIDO



SANFIL
MEDICINA

Quinta do Cabeço
2404-012 Leiria
PORTUGAL


T +351 244 819 300
F +351 244 819 380
leiria@chsf.pt

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, JOAQUIM MANUEL BERNARDES MIRA, Diretor Clínico do Centro Hospitalar de São Francisco - Leiria, autorizo a aplicação dos questionários do Projeto – *“Qualidade em Endoscopia – Ansiedade, Dor e Satisfação das Pessoas Submetidas a Colonoscopia”* da Sr.^a Enf.^a Sara Raquel Fernandes Tavares Sequeira, aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Por ser verdade e me ter sido solicitada passo a presente declaração que assino e dato.

Leiria, 24 de Setembro de 2015



Dr. Joaquim Mira
Diretor Clínico