

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## AGRADECIMENTOS

A Deus, Fonte de Toda a Ciência e Sabedoria, Criador e Mantenedor de minha vida.

À minha mãe, Neusa Rosa de Lima, por seu exemplo de ética e honestidade e por todo o sacrifício dispensado para prover os meios necessários à minha educação.

Ao meu esposo e companheiro, Bruno Campos Pessoa, por todo o incentivo para que eu iniciasse essa nova etapa na minha formação acadêmica e para que a conclusão deste trabalho acontecesse. Pelo auxílio durante as madrugadas de aflição diante do computador e por compreender cada lágrima vertida.

Ao meu amado filho, Rodrigo de Moraes Rego Pessoa, pela compreensão dos tantos momentos de minha ausência, sendo ainda tão pequenino. Pelos bilhetinhos deixados em cima da mesa antes de minha chegada e por confiar que eu ficaria momentos abraçadinha, enquanto ele já dormia.

À minha sogra e segunda mãe, Hulda Campos pessoa, pelas palavras de confiança e incentivo.

À minha orientadora, Professora Doutora Madalena Cunha Nunes, por dispensar seu precioso tempo às correções e sugestões para aprimorar o trabalho, pelas palavras motivadoras e pela paciência e compreensão diante das dificuldades.

Ao meu coorientador, PhD Professor Amauri Aluizio da Silva, por me oportunizar a participação no Curso e sempre me impulsionar à luta.

À Secretária do IPEA, Doutora Verônica Espíndola, pelas palavras de incentivo, acreditando sempre nesta vitória.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho no Setor de Endoscopia Digestiva do Hospital de Aeronáutica de Recife, Dra. Viviane de Santa Clara, Dra. Danielle Delgado, Sgto. Willian Gil e Sgto. Nascimento e em especial ao amigo Dr. Rodrigo Leitão, chefe do Serviço de Gastroenterologia, por compartilhar seus conhecimentos acerca do câncer colorretal e sobre o exame de rastreamento.

Ao Diretor do Hospital de Aeronáutica de Recife, Cel. Médico Jan Emídio Justi, pela autorização concedida para a realização da pesquisa com os utentes do Serviço que foram submetidos ao exame colorretal em 2015.

A todos os professores da Escola de Saúde de Viseu que ministraram as aulas, nos proporcionando a ampliação de nossos conhecimentos e nos impulsionando a percorrer a estrada da arte de pensar e questionar a realidade a fim de promover mudanças para a melhoria da saúde de nossos semelhantes.

A meus colegas do curso, por compartilhar o aprendizado e os momentos de alegria, de aflições e de vitórias. Em especial a meu amigo Wellington Alexandre de Melo, colega de trabalho e companheiro inseparável durante a longa jornada do Curso de Mestrado.

À querida Dr<sup>a</sup>. Laís Guimarães Vieira, por toda a disposição em ajudar, pelos laços de amizade desenvolvidos durante este processo e pela maneira singular e inesquecível de fazer parte de minha vida.

A todos os utentes que concordaram livremente em participar da pesquisa, disponibilizando um pouco de seu precioso tempo para responder ao formulário.

O meu muito obrigada!!

Que as outras pessoas e o medo nunca te vençam.  
Seja apenas tu a derrotar a ti mesmo, pela graça de  
teres superado todos os teus limites!

Augusto Branco



## **Resumo**

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal é a terceira causa de morte no mundo e requer diagnóstico precoce. **OBJETIVO:** Determinar a influência das variáveis sociodemográficas sobre o nível de conhecimento e sentimentos desencadeados nos utentes submetidos ao primeiro exame colonoscópico. **MÉTODOS:** Estudo transversal, observacional, primário, aberto em centro único realizado com 100 participantes, entre 1 e 24 de dezembro de 2015, utilizando instrumento de colheita dos dados composto por 22 perguntas para caracterização sociodemográfica dos pacientes, e determinação dos conhecimentos e sentimentos despertados pela colonoscopia. Após organização dos dados, procedeu-se à análise com o pacote estatístico Epi Info 7, na versão 7.1.5.2, empregando parâmetros da Estatística Descritiva. **RESULTADOS:** A maioria dos utentes (81%) afirmou ter pouco ou nenhum conhecimento sobre a colonoscopia, obtido junto a diversos agentes, dos quais o médico não era o mais frequente. O nível de conhecimento auto-perceptível não teve relação com a especificação de risco da colonoscopia, idade de rastreio e repetição do exame. As dificuldades mais frequentes foram o preparo do cólon, vergonha, medo de diagnóstico de câncer e da sedação. As variáveis sexo, escolaridade, estado civil e situação profissional mantiveram associação com sentimento de vergonha, angústica, segurança durante a colonoscopia e a percepção de repetir o exame caso necessário. **CONCLUSÃO:** Aumentar a adesão dos utentes à colonoscopia exige considerar suas características para contribuir com menor sofrimento, cabendo à enfermagem um papel relevante na melhoria dos cuidados.

**Palavras-chave:** Câncer colorretal. Colonoscopia. Conhecimento.





## **Abstract**

**INTRODUCTION:** Colorectal cancer is the third leading cause of death worldwide and requires early diagnosis. **OBJECTIVE:** To determine the influence of sociodemographic variables on the level of knowledge and feelings related to users submitted to the first colonoscopy. **METHODS:** Cross-sectional, observational, primary, opened study, in a single center, was conducted with 100 participants, from 1 to 24 December 2015, using an instrument for data collection with 22 questions, aiming to socio-demographic characterization of patients and determining their knowledge and feelings awakened by colonoscopy. After data organization, we proceeded to the analysis with Statistical Package Epi Info 7, version 7.1.5.2, using parameters of descriptive statistics. **RESULTS:** The majority of users (81%) said they had little or no knowledge about colonoscopy, obtained from the various agents, among them the doctor was not the most frequent. The level of knowledge self attributable was not related to the reference of colonoscopy risk, age for screening and re-examination. The most common difficulties were the preparation of the colon, shame and fear of cancer diagnosis and sedation. The variables sex, education, marital status and employment status kept association with feeling of shame, angusty, security during colonoscopy and the perception that they could repeat the examination if necessary **CONCLUSION:** The increasing of patients' adherence to colonoscopy requires considering their features to contribute to less suffering, and nursing has a relevant contribution to care improvement.

**Keywords:** Colorectal cancer. Colonoscopy. Knowledge.



# ÍNDICE GERAL

<b>CAPÍTULO 1 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 MÉTODO DA REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>1.3 DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>24</b>
1.3.1 Anatomofisiologia colorretal.....	24
1.3.2 Carcinogênese colorretal .....	28
1.3.3 O desafio do quadro clínico do câncer colorretal .....	30
1.3.4 Epidemiologia do câncer colorretal .....	32
1.3.5 O rastreio de câncer colorretal e os desafios.....	34
<b>1.4 Considerações finais da Revisão da Literatura .....</b>	<b>37</b>
<b>Parte II - ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO 2 METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Métodos .....</b>	<b>41</b>
2.1.1 Tipo de estudo .....	41
2.1.2 Questões específicas de investigação .....	42
2.1.3 Objetivos da investigação .....	43
2.1.4 Hipóteses.....	44
2.1.5 Esquema conceptual de base.....	45
<b>2.2 Participantes .....</b>	<b>46</b>
2.2.1 Tipo de amostra .....	46
2.2.2 Caracterização socioespacial e sociodemográfica da amostra .....	47
<b>2.3 Instrumentos de recolha de dados.....</b>	<b>48</b>
<b>2.4 Procedimentos .....</b>	<b>49</b>
2.4.1 Procedimentos éticos.....	49
2.4.2 Procedimentos na recolha de dados.....	50
<b>2.5 Análise dos dados .....</b>	<b>50</b>

<b>CAPÍTULO 3 RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Informações antecedendo a colonoscopia .....</b>	<b>53</b>
3.1.1 Conhecimento sobre colonoscopia.....	53
3.1.2 Sentimentos associados à solicitação da colonoscopia .....	61
3.1.3 Sentimentos após a preparação para a colonoscopia e imediatamente antes do exame.....	62
3.1.4 Sentimentos após o exame .....	64
3.1.5 Dados relativos à colonoscopia em função do gênero .....	65
3.1.6 Relação da idade do utente com a colonoscopia.....	67
3.1.7 Relação do estado civil do utente com a colonoscopia .....	68
3.1.8 Relação da escolaridade do utente com a colonoscopia .....	69
3.1.9 Relação da atividade profissional do utente com a colonoscopia .....	70
<b>CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>73</b>
4.1 Discussão dos aspectos metodológicos.....	73
4.2 Discussão dos resultados .....	76
<b>CAPÍTULO 5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>85</b>
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	95
APÊNDICE 2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	97
APÊNDICE 3. FOLHETO DE INSTRUÇÃO PARA UTENTES .....	103
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO D HOSPITAL PARA RECOLHA DOS DADOS .....	105
ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS .....	107

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES.....	48
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRÉVIAS À COLONOSCOPIA.....	54
TABELA 3 –CLASSIFICAÇÃO DOS CONCEITOS DE COLONOSCOPIA SEGUNDO O NÍVEL DE CONHECIMENTOS DOS UTENTES .....	56
TABELA 4 –FUNÇÕES DA COLONOSCOPIA SEGUNDO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS UTENTES.....	58
TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS ATINENTES A INFORMAÇÕES ANTECEDENDO À COLONOSCOPIA.....	59
TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS ATRIBUÍDOS À COLONOSCOPIA SENDO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS UTENTES ...	60
TABELA 7 – CONDIÇÕES DE TRIAGEM PARA A REALIZAÇÃO DO RASTREIO DE CÂNCER COLORRETAL.....	61
TABELA 8 –SINAIS E SINTOMAS ATRIBUÍDOS À PREPARAÇÃO APRA A COLONOSCOPIA .....	62
TABELA 9 –SINTOMAS E SINAIS REFERIDOS PELOS PACIENTES APÓS A COLONOSCOPIA .....	65
TABELA 10 – AVALIAÇÕES FEITAS PELOS PACIENTES APÓS A COLONOSCOPIA.....	65
TABELA 11 – RELAÇÃO ENTRE O GÊNERO DOS UTENTES E OS DADOS RELACIONADOS COM A COLONOSCOPIA.....	66
TABELA 12 – RELAÇÃO ENTRE CLASSE ETÁRIA DOS UTENTES E OS DADOS RELACIONADOS COM A COLONOSCOPIA .....	67
TABELA 13 – RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL DOS UTENTES E OS DADOS RELACIONADOS COM A COLONOSCOPIA.....	68
TABELA 14 – RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE DOS UTENTES E OS DADOS RELACIONADOS COM A COLONOSCOPIA.....	69
TABELA 15 – RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS UTENTES E OS DADOS RELACIONADOS COM A COLONOSCOPIA .	71

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS ELEMENTOS DE COLONOSCOPIA PRIORIZADOS PELOS UTENTES AO DEFINIR O EXAME.....	56
GRÁFICO 2 –MOTIVOS DE SOLICITAÇÃO DO EXAME DE COLONOSCOPIA REFERIDOS PELOS UTENTES .....	59
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS RISCOS RELATIVOS À COLONOSCOPIA, INFORMADOS POR UTENTES .....	60
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DOS SENTIMENTOS DESENCADEADOS NOS PACIENTES COM A SOLICITAÇÃO DE COLONOSCOPIA .....	61
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA INTENSIDADE DE ANSIEDADE NO DIA DA COLONOSCOPIA.....	63
GRÁFICO 6 –DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS PACIENTES ANTES DE SEREM SUBMETIDOS À COLONOSCOPIA.....	64

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – RESUMO DA TOPOGRAFIA ANATÔMICA, FUNÇÃO E VASCULARIZAÇÃO DAS PORÇÕES DO INTESTINO GROSSO ....	25
QUADRO 2 – TESTES DE RASTREIO PARA DIGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER COLORRETAL .....	34

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA .....	23
FIGURA 2 - TOPOGRAFIA ANATÔMICA DO INTESTINE GROSSO .....	25
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO ANATÔMICA DA REDE LINFÁTICA DO INTESTINE GROSSO.....	27
FIGURA 4 - CAMADA TISSULARES DO INTESTINE GROSSO.....	28
FIGURA 5 – ESQUEMA DA CARCINOGENESE COLORRETAL, DESDE POLIPOSE ADENOMATOSA A ADENOCARCINOMA, SOB INFLUÊNCIA GENÉTICA.....	30
FIGURA 6 – ESQUEMA CONCEITUAL DA PESQUISA .....	45

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APC	Polipose adenomatosa colônica
CCR	Câncer colorretal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
OMS	Organização Mundial da Saúde
ACS	American Cancer Society



## INTRODUÇÃO

Ainda que as taxas de incidência tenham sofrido redução nas últimas duas décadas, o câncer colorretal (CCR) é um problema de saúde pública. Nos Estados Unidos da América, responde por 8% dos novos casos de câncer, correspondendo ao acometimento de 69.090 homens e 63.610 mulheres, bem como a terceira causa de morte por neoplasia (American Cancer Society, 2015).

A redução da incidência e da mortalidade do câncer colorretal tem sido atribuída à mudança dos fatores de risco, bem como à maior frequência de rastreamento entre adultos a partir dos 50 anos de idade. Esse rastreamento tem permitido a detecção de pólipos colorretais cuja remoção é feita antes que o processo progrida para a malignização (Nishihara et al., 2013). A afirmação tem por base a evidência baseada nas taxas de incidência norte-americanas, demonstrando que, de 2007 a 2011, as taxas declinaram em 4,3% ao ano, em adultos a partir dos 50 anos de idade, mas aumentaram entre adultos mais jovens, não incluídos nas políticas públicas de rastreamento. Assim também houve redução anual de 2,5% na taxa de mortalidade, no mesmo período, corroborando a importância do rastreamento (American Cancer Society, 2015).

Diferente de outras neoplasias, o câncer colorretal não se acompanha de sintomas, quando se formam as lesões precursoras, o que confere maior relevância aos exames para seu rastreamento. Essas lesões, denominadas pólipos, são aglomerados celulares que se originam das glândulas responsáveis pela lubrificação intestinal, se multiplicam e podem ser observadas como dilatações no interior do cólon e do reto, mais frequentemente na forma de pólipos adenomatosos ou adenomas. Os adenomas estão presentes em aproximadamente 30% a 50% da população em geral, especialmente após os 50 anos de idade e tendem a sofrer resolução espontânea (American Cancer Society, 2014). No entanto cerca de 10% dos adenomas de cólon e reto sofrem processo de malignização, originando adenocarcinomas, os quais desencadeiam sinais e sintomas (Batista, Lima, Fonseca, Todinov, & Formiga, 2011).

Quando sintomas e sinais como sangramento retal, presença de sangue nas fezes, mudança nos hábitos intestinais, estreitamento fecal, sensação de plenitude abdominal, cólicas, dor localizada no baixo ventre, redução de apetite ou emagrecimento independente de dieta ou instituição de regime alimentar, usualmente o quadro de câncer já está instalado. Na medida em que a lesão aumenta de volume, pela multiplicação celular, células neoplásicas podem se destacar e penetrar vasos

sangüíneos e gânglios linfáticos, inicialmente regionais e, posteriormetne, à distância, originando as metástases hepática, pulmonar, de outros órgãos abdominais e do peritônio (Cordeiro et al., 2001).

No entanto deve-se atentar que o processo de malignização e metastatização ocorre em um período de 10 a 20 anos, desde a formação de lesões “*in situ*” até a invasão de outros tecidos ou órgãos. Dessa feita, os exames de rastreo são de fundamental importância por permitir diagnóstico precoce de pólipos adenomatosos e câncer em estadios localizados, denominados “*in situ*”, possibilitando melhor prognóstico e maior esperança de vida (Mizuno, Suzuki, Takeuchi, Kobayashi, & Aoyagi, 2014).

No entanto todos os métodos de rastreo de câncer colorretal envolvem barreiras para adesão dos pacientes. Os métodos são classificados em pesquisa de sangue oculto nas fezes e exames de imagem por visão direta e por radiografia. A pesquisa de sangue oculto nas fezes, independente do método empregado para detecção de moléculas de hemoglobina, tem como barreiras o desconforto da dieta que precede o exame e a necessidade de repetição do teste a cada um a dois anos, por longos períodos de tempo, como forma de contornar sua baixa sensibilidade diagnóstica (Winawer et al., 2007).

Os exames de imagem incluem a sigmoidoscopia flexível e a colonoscopia, as quais diferem pela extensão do cólon que pode ser inspecionada por visão direta. As barreiras para tais exames são o constrangimento de se deixar examinar em decorrência de uma construção cultural preconceituosa de feminilização do paciente por penetração do aparelho pelo orifício anal e o medo do exame, exacerbado por ser pouco divulgado, mormente nas camadas populacionais mais pobres e com menor escolarização (Maranhão, 2011).

Os exames radiográficos, como o enema baritado com duplo contraste e a colonografia tomográfica computadorizada têm como barreira os dois extremos de sensibilidade e disponibilidade para a população. Enquanto o enema baritado é um exame de baixo custo, portanto acessível mesmo em serviços de saúde de baixa complexidade, ele tem baixa sensibilidade quando comparado à colonoscopia. No outro extremo situa-se a colonografia, também denominada colonoscopia virtual, de altíssimo custo, porém com alta sensibilidade, mas inacessível para a maior parte da população brasileira (Maranhão, 2011).

Dessa feita, quando se consideram os exames de rastreo disponíveis na maior parte dos serviços de saúde especializados em Gastreenterologia, há consenso em

considerar a colonoscopia como a melhor opção, pois tem alta sensibilidade, alta especificidade na maior parte dos casos; pode ser realizada mesmo em serviços de baixa complexidade; tem custo compatível com a disponibilidade dos serviços de saúde brasileiros, assim como permite a um só tempo realizar o diagnóstico e o tratamento cirúrgico pela retirada dos pólipos ou de tecido para biópsia (American Cancer Society, 2015; Canadian Cancer Society, 2015; Miller et al., 2014). Todavia a barreira cultural que os pacientes precisam superar é enorme e merece toda atenção dos profissionais de saúde, para que se reduzam o diagnóstico tardio e a mortalidade do câncer colorretal (Gonzalez, Ziebarth, Wang, Noor, & Springer, 2012).

Tal como referido na literatura internacional, a vivência de Enfermagem no setor da colonoscopia possibilitou identificar peculiaridades no comportamento dos pacientes na sala de espera, que suscitaram questionamentos. Como explicar ansiedade, vergonha e medo do exame em níveis tão elevados que os pacientes chegam a enunciar a vontade de desistir, mesmo após terem aguardado períodos longos de espera pelo agendamento? Como se podem ajudar os pacientes a desconstruir a representação negativa sobre o exame? Poderão os sentimentos negativos acerca do exame estar associados ao desconhecimento do mesmo? Se assim for, qual o nível de conhecimento acerca do exame colonoscópico dos utentes quando são submetidos efetivamente a seu primeiro rastreio? Que sentimentos predominam nas pessoas submetidas ao primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal?

Dentre essas perguntas, priorizamos uma, qual seja: que fatores sociodemográficos contribuem para o conhecimento e os sentimentos favoráveis ao exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal? Buscar respostas a essa e às demais questões motivou-nos a optar por investigar o tema, considerando a possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que se irão submeter à colonoscopia pela primeira vez, pois aumentando a sua confiança, o seu conforto e a sua satisfação, podem-se aumentar os diagnósticos precoces de lesões ainda poliposas, portanto com alta probabilidade de cura, bem como facilitar a adesão do paciente às condutas terapêuticas.

O objetivo geral desta dissertação é identificar os fatores que influenciam o nível de conhecimento e os sentimentos desencadeados nos utentes submetidos ao primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal, no Hospital da Aeronáutica do Recife, Pernambuco, Brasil.

Para tanto, foram construídas duas partes nessa dissertação. A primeira, dedicada ao estado de arte da literatura a respeito do tema, consistiu de uma revisão integrativa para detalhamento da anatomofisiologia colorretal, os processos de carcinogênese e as dificuldades de firmar diagnóstico precoce da doença por rastreio.

A segunda parte contém o estudo empírico, com detalhamento da metodologia adotada, descrição da amostragem, dos instrumentos empregados para coleta dos dados e da proposta de análise dos resultados, compondo o capítulo primeiro.

No capítulo dos resultados da pesquisa empírica, original, incluem-se as análises descritiva e inferencial, que subsidiaram os capítulos de discussão e conclusões.

A fim de manter a fidelidade à ética de trabalhos científicos, a dissertação contém ainda as referências bibliográficas, bem como os apêndices e anexos.

**PARTE I - REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**



## **Capítulo 1 REVISÃO DA LITERATURA**

Todos os países têm apresentado aumento da longevidade populacional como reflexo da melhoria das condições de vida propiciada, pelo menos em parte, pelos avanços tecnológicos aplicados à assistência à saúde. Essa foi uma conquista importante da raça humana, que se acompanhou também de algumas necessidades sociais como o aprendizado do cuidado aos idosos e o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (World Health Organization, 2005).

No que tange ao cuidado aos idosos, foram instituídas políticas públicas para promoção da saúde e prevenção principalmente das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais estão as doenças neoplásicas, que constituem um problema de saúde pública devido a sua incidência maior após a sexta década de vida, à possibilidade de redução da mortalidade por meio do diagnóstico precoce e ao aumento de custo saúde que acarretam (Carneiro Neto, Barreto, Freitas, & Queiroz, 2006).

Dentre as doenças neoplásicas, o câncer colorretal tem sido um desafio por ocupar o terceiro lugar de incidência e de mortalidade em diversos países, apesar dos avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos (American Cancer Society, 2015; Ferreira, 2008; Silva & Barbinski, 2012). Para compreender a importância dessa enfermidade, é mister conhecer fundamentos da anatomia e da fisiologia intestinal, a carcinogênese nos órgãos integrantes do sistema digestório, os métodos diagnósticos e as barreiras envolvidas na educação de saúde para prevenção do câncer colorretal, os quais se constituem no objetivo desta revisão da literatura.

### **1.1 MÉTODO DA REVISÃO DA LITERATURA**

Esta revisão é classificada como integrativa, pois tem por objetivo agrupar as evidências sobre um tema, para nortear aplicações na prática clínica, possibilitando comparar condutas e definir as que apresentam as melhores evidências (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Os critérios de inclusão de artigos, livros e relatórios nacionais e internacionais foram ser publicados no período de 2000 a 2015, exceção feita a artigos clássicos com importância histórica no tema; discorrer sobre assuntos relacionados ao sistema digestório, com ênfase em cólon e reto; abordar o processo carcinogênico e metastático no sistema digestório; detalhar os métodos diagnósticos de câncer colorretal, assim como discorrer sobre os aspectos econômicos, sociais, culturais ou históricos que constituem barreiras para a prevenção do câncer colorretal.

Uma vez identificadas as publicações que preenchiam os critérios de inclusão, foram excluídas dissertações e teses, dada a fugacidade de sua disponibilização na rede de computadores; estudos clínicos, observacionais ou de intervenção que não contivessem descrição detalhada dos métodos empregados, impossibilitando aquilatar a qualidade da publicação.

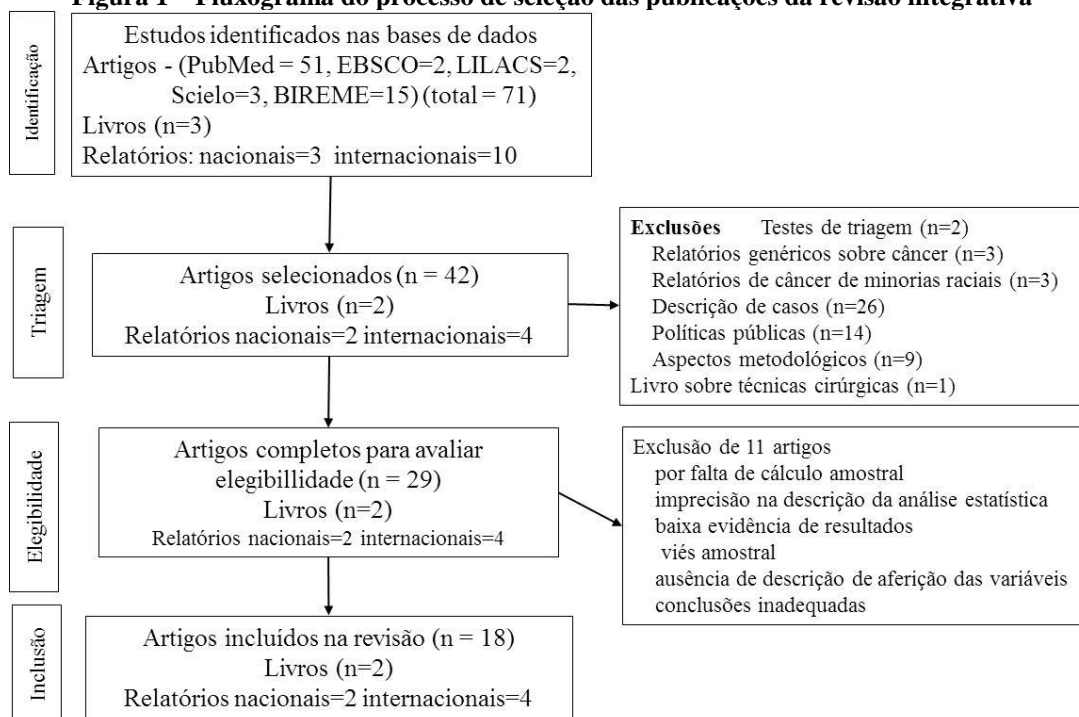
Empregando os descritores <cólon>, <reto>, <câncer>, <idosos>, <educação em saúde>, <prevenção>, <fisiologia>, <anatomia>, <carcinogênese>, <metastatização>, <preconceito>, <sentimentos>, <crenças>, <valores>, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, nas bases de dados Bireme, Web of Science, Scopus, EBSCO, Scielo, LILACS e Medline, em 14 de agosto de 2015, foram identificados por resumo 71 artigos, 10 relatórios internacionais, três relatórios nacionais e três livros.

Dois juízes independentes (D.T.M.R.P. e W.A.M) receberam os resumos e, após crítica baseada nos critérios de inclusão e de exclusão, excluíram 19 artigos, 5 relatórios internacionais, um relatório nacional e dois livros. As publicações na íntegra foram então disponibilizadas para os juízes com o objetivo de serem submetidas a nova crítica. Nessa fase, por consenso, foram excluídos 11 artigos, por falta de cálculo amostral, imprecisão na descrição da análise estatística, baixa evidência de resultados, viés amostral, ausência de descrição dos critérios de aferição das variáveis e por conclusões inadequadas aos resultados apresentados.

## **1.2 RESULTADOS**

Na Figura 1, estão resumidos os resultados de seleção do material que compôs essa revisão integrativa.



**Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção das publicações da revisão integrativa**

Dentre os relatórios que compõem essa revisão, estão: aqueles que apresentam as estatísticas de câncer colorretal nos Estados Unidos da América (American Cancer Society, 2014), o relatório norte-americano dos casos de câncer em 2015 (American Cancer Society, 2015), a diretriz de rastreamento de câncer colorretal da Organização Mundial de Gastroenterologia (Winawer et al., 2007), os indicadores de qualidade de procedimentos de endoscopia, incluindo colonoscopia, da Sociedade Americana de Gastroenterologia (Rex et al., 2015), a diretriz brasileira para diagnóstico, estadiamento e tratamento de câncer colorretal (Cordeiro et al., 2001) e o relatório de estimativas de câncer do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA, 2014).

Quanto aos livros, foram incluídos a Enciclopédia de Ciências (Yeatman & Florida, 2001), por abordar os aspectos fisiológicos, diagnósticos e de tratamento do câncer colorretal, bem como o livro de fisiologia do intestino grosso, que integra o sistema digestório (Joviliano, 2011). Para ilustrar os aspectos anatômicos mais relevantes do intestino grosso, empregaram-se imagens do Atlas de Anatomia Humana Netler (Netler, 2008).

### **1.3 DESENVOLVIMENTO**

Uma revisão sobre câncer, qualquer que seja o tipo, requer o conhecimento prévio dos órgãos ou sistemas acometidos, para ensejar melhor compreensão das alterações promovidas pela neoplasia maligna. Tal exigência é relevante por explicar, ainda que parcialmente, as manifestações clínicas do câncer e a indicação dos métodos diagnósticos (American Cancer Society, 2015).

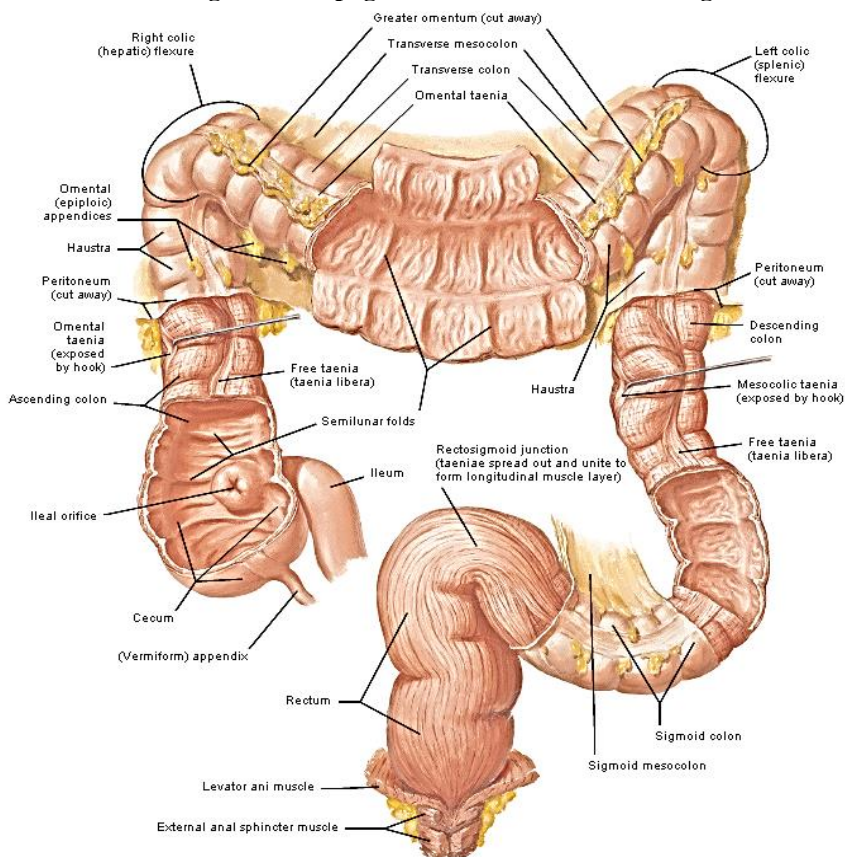
#### **1.3.1 Anatomofisiologia colorretal**

Anatomicamente, o cólon e o reto, juntamente com o ceco, integram o trecho do trajeto intestinal denominado intestino grosso, em cuja continuação está o canal anal. Quanto a sua anatomia, o intestino grosso é formado pelo ceco, cólon ascendente, flexura hepática, cólon transversal (também denominado cólon direito, até a metade dessa porção transversal), flexura esplênica, cólon descendente, sigmóide e reto (Bell, Sasaki, Sinclair, Chapuis, & Bokey, 2009) (Figura 2).

Macroscopicamente, se observam desde o apêndice vermiforme até o reto, três tências, sendo uma anterior, uma pósteromedial ou mesocólica e outra posterior ou omental, que correspondem ao espessamento da musculatura longitudinal do cólon. As tências confluem na porção cranial do reto, para formar a camada muscular longitudinal dessa porção anatômica (Netler, 2008) (Figura 2).

Dada a relevância da anatomia e da fisiologia do cólon e do reto na carcinogênese colorretal, no Quadro 1 estão resumidos os limites anatômicos de cada porção do intestino grosso, bem como sua vascularização arterial e venosa (Centre for Disease Control and Prevention, 2001; Szmulowicz & Hull, 2010).

**Figura 2 - Topografia anatômica do intestino grosso**



Fonte: Adaptado de Atlas Netler (2008)

**Quadro 1 – Resumo da topografia anatômica, função e vascularização das porções do intestino grosso**

Trecho	Topografia anatômica	Função	Vascularização arterial e venosa
Ceco	Fossa ílica direita, limitado pela válvula íleo-cecal (válvula de Bauhin), tendo na extremidade distal o apêndice vermiforme	Ação anti-refluxo e imunológica pelo apêndice vermiforme	Ramo ileocecólico da artéria (veia) mesentérica superior
Cólon ascendente	Transição do flanco direito e região lombar direita, com comprimento de $\pm 15$ cm	Absorção de água e eletrólitos, contidos no quimo, vindo do íleo. Síntese e secreção de muco	Ramo cólico direito e cólico médio da artéria (veia) mesentérica superior
Flexura hepática	Relaciona-se com o lobo direito do fígado, a vesícula biliar, o polo superior do rim direito e, anteriormente, à segunda porção do duodeno	Absorção de água e eletrólitos e fermentação bacteriana de carboidratos complexos produzindo ácidos graxos de cadeia curta	Artéria (veia) mesentérica média que é ramo da artéria (veia) mesentérica superior
Cólon transverso	Andar superior do abdômen, abaixo da curvatura gástrica, relacionando-se com o pâncreas e os grandes vasos. Mede cerca de 45 cm	Fermentação bacteriana de carboidratos complexos e absorção dos ácidos graxos de cadeia curta resultantes	Artéria (veia) mesentérica média que é ramo da artéria (veia) mesentérica superior

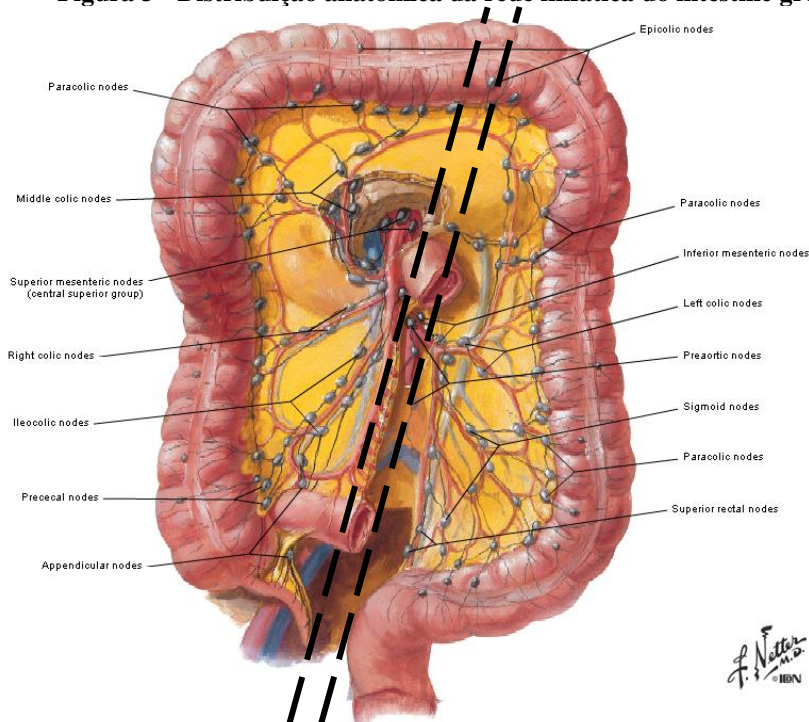
Trecho	Topografia anatômica	Função	Vascularização arterial e venosa
Flexura esplênica	É suspensa pelo ligamento frenocólico e se relaciona diretamente com o polo superior do rim esquerdo pela ausência de peritônio na porção posterior	Absorção de sódio e potássio e de lipídeos de cadeia curta liberados no cólon transverso Síntese e secreção de muco Determina volume, consistência e frequência de evacuações	Ramo ascendente da artéria (veia) cólica esquerda A porção arterial contém um ponto crítico de Griffith que pode ser sede de isquemia
Cólon descendente	Com cerca de 25 cm de comprimento, relaciona-se com o rim esquerdo, ureter, músculo psoas, quadrado lombar, e transverso abdominal	Final da absorção de eletrólitos e de lipídeos de cadeia curta, assim como armazenamento das fezes para evacuação	Ramo descendente da artéria (veia) cólica esquerda
Sigmóide	Extensão de 15 cm a 50 cm, relaciona-se com alças do intestino delgado, ureter esquerdo e órgãos pélvicos	Armazenam o conteúdo colônico a ser exonerado sob ação de movimentos voluntários	Artéria (veia) mesentérica inferior, ramo da artéria (veia) cólica esquerda
Reto	Relaciona-se com órgãos pélvicos		Artéria (veia) retal superior, ramo da mesentérica inferior, artéria (veia) retal média, ramo da artéria (veia) ilíaca interna, e artéria (veia) retal inferior, ramo da artéria (veia) ilíaca

Fonte: Adaptado de Centre for Disease Control and Prevention (2001) e Szmulowicz e Hull (2010)

Embriologicamente, o cólon não é um órgão único, do que deriva diferença no suprimento sanguíneo de cada porção, bem como os sítios de infiltração, quando ocorre malignização de lesão cólica. Assim, a porção transversa e a porção ascendente, denominadas genericamente de cólon proximal, derivam do intestino médio, daí serem irrigadas pela artéria mesentérica superior. O cólon descendente e o sigmóide, genericamente referidos como cólon distal, derivam do intestino posterior embrionário e são irrigados pela artéria mesentérica inferior (Netler, 2008). A representação das duas origens embriológicas pode ser observada na Figura 3.

Histologicamente, o intestino grosso é formado por quatro camadas tissulares, dispostas do exterior para o lúmen, em: serosa, muscular, submucosa e mucosa. A serosa reveste todo o intestino grosso, do ceco ao reto, e nesse trajeto apresenta saculações de pequeno tamanho, denominadas apêndices epiplóicos, ricos em tecido adiposo.

**Figura 3 - Distribuição anatômica da rede linfática do intestino grosso**



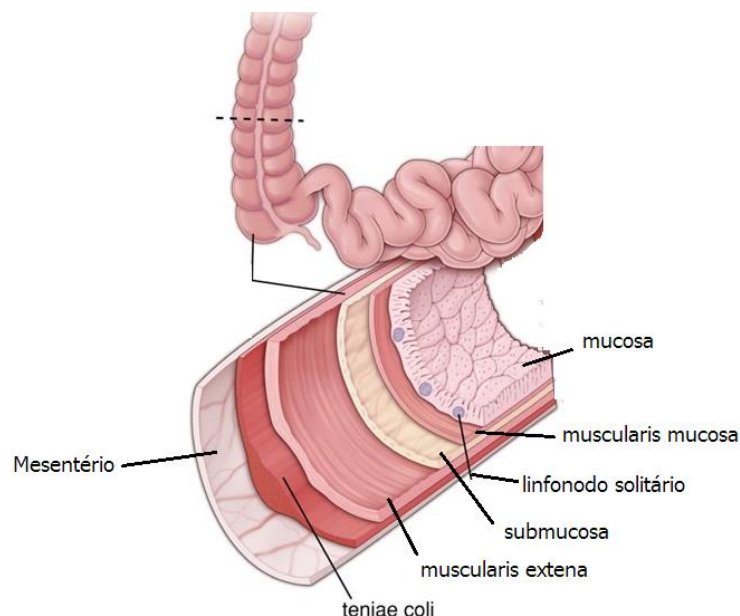
Fonte: Adaptado de Atlas Netler(2008)

Legenda: Linhas interrompidas delimitam as duas porções embriológicas do intestino grosso

Ressaltados os principais pontos da anatomofisiologia do intestino grosso. A camada muscular é lisa longitudinal, externamente, e circular, internamente. Tem como característica a formação de tênias, entre as quais há pontos de fraqueza nos quais se originam os divertículos, como evaginações (Batista et al., 2011).

A camada submucosa delimita-se inferiormente à muscularis mucosae e superiormente à camada muscular circular. Sua característica principal para esta dissertação é o fato de conter a rede linfática, constituída por gânglios e vasos intrínsecos e extrínsecos, distribuídos ao longo de todo o trecho anatômico. Assim também é a mucosa rica em glândulas mucosas, com função de lubrificar essa camada tissular, evitando os danos derivados de um trânsito intestinal rápido, tal como ocorre na diarreia, mas também de proteger a mucosa da ação de ácidos e bases presentes no quimo proveniente do íleo. Além das glândulas, estão presentes vasos linfáticos, distribuídos no tecido conjuntivo da lâmina própria, fibras nervosas e infiltrados linfocitários (Figura 4).

**Figura 4 - Camada tissulares do intestine grosso**



Fonte: Adaptado de Atlas Netler (2008)

A rede linfática da mucosa e submucosa é intrínseca, ou seja, tem por função drenagem de linfa entre as quatro camadas tissulares colônicas. No entanto há uma outra rede extrínseca de gânglios linfáticos a qual se divide em três grupos. A rede epicólica está situada acima da serosa; a rede paracólica localiza-se nas arcadas marginais do cólon e, finalmente, a rede intermediária acompanha o trajeto dos vasos mesentéricos principais (Skucas, 2006).

A característica de intensa renovação celular da mucosa favorece o processo de carcinogênese colorretal, que fundamenta as condutas de prevenção do câncer colorretal e a importância do diagnóstico precoce.

### **1.3.2 Carcinogênese colorretal**

Em um período de 10 a 20 anos, podem se formar no interior do intestino grosso, principalmente nas regiões colônicas, hiperplasias das células glandulares mucinosas, situadas na camada mucosa, originando os pólipos adenomatosos. Daí decorre afirmar que o câncer colorretal é uma doença mucosa, decorrente de modificações gênicas na

camada celular de frequente multiplicação, para renovação celular (American Cancer Society, 2015; Yeatman & Florida, 2001).

O processo hiperplásico ocorre em um terço até a metade dos adultos, em algum período de sua vida, o que não significa que essas pessoas desenvolverão câncer colorretal (Mizuno et al., 2014)

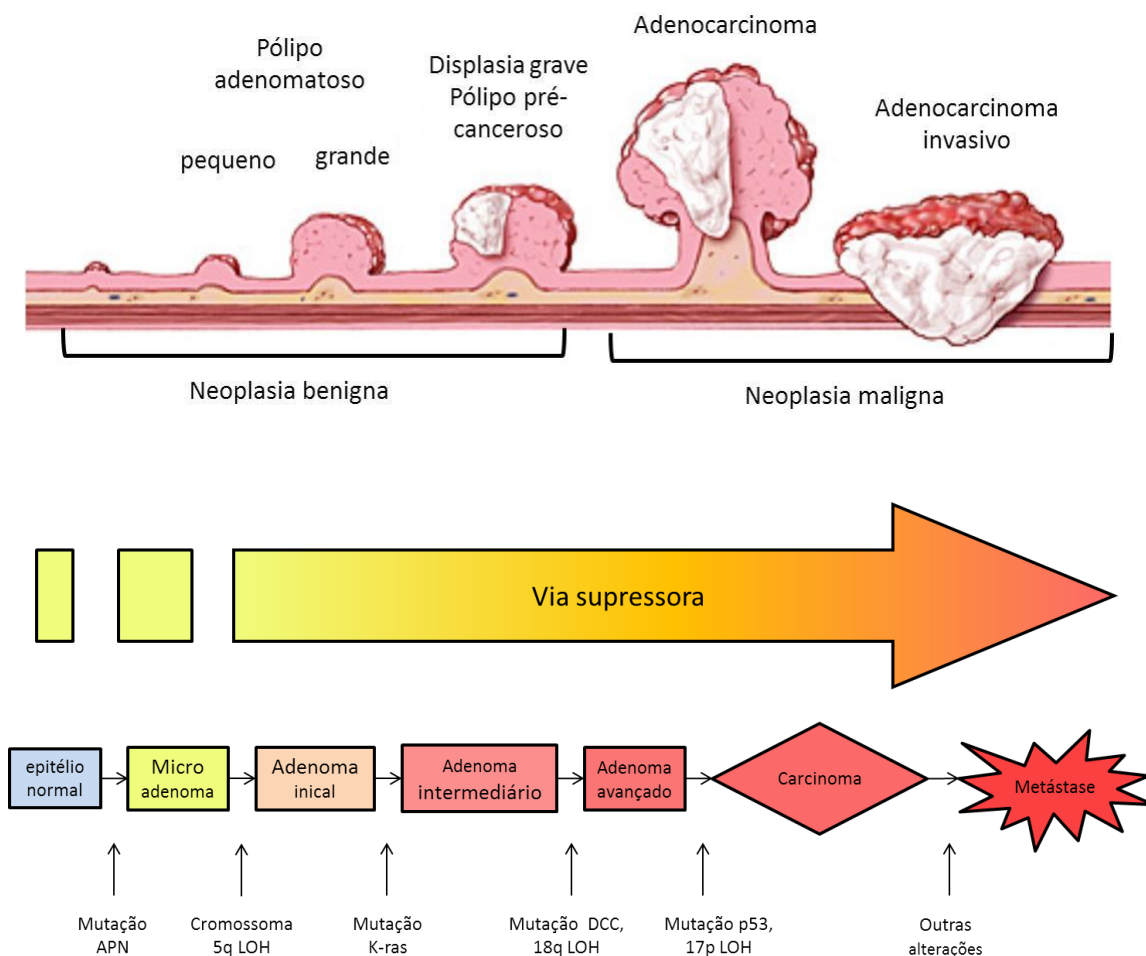
Apesar de todos os adenomas terem potencial de carcinogênese, menos de 10% progridem para câncer colorretal, posto que essa progressão depende de mutações gênicas esporádicas ou familiares (Fredericks, Dealtry, & Roux, 2015; Morán et al., 2010; Yeatman & Florida, 2001).

As mutações esporádicas originam câncer colorretal em pessoas sem história familiar de neoplasia maligna e correspondem a 80% a 85% dos casos de câncer colorretal, a partir da quinta década de vida, em decorrência de mutações no proto-oncogenes supressores, como o de polipose adenomatosa colônica (APC). Ao promoverem redução da enzima  $\beta$ -catepsina, desregulação da mitose, proliferação celular sem controle, multipotente e facilitação de destacamento dessas células, contribuem para a metastatização (Fredericks et al., 2015).

As mutações familiares são identificadas a partir da história de casos de câncer em parentes até terceiro grau. No entanto, hoje há evidências que mesmo os casos esporádicos de câncer colorretal podem ocorrer na presença de história de câncer familiar em linhagem genética mais distante que a terceira geração de antecedentes, como também se comprova que a história familiar por si só não determina o risco de desenvolver câncer colorretal (Morán et al., 2010; Schoen et al., 2015).

Na medida em que a hiperplasia aumenta, formam-se pólipos adenomatosas de maior volume, o que contribui para a malignização da lesão por facilitação da ativação dos proto-oncogenes. Quando um número de cinco a seis células sofre malignização, ou seja, desenvolve alteração mitótica ou metabólica de causa mutagênica, elas se difundem para os linfonodos locais, fenômeno que tem sido utilizado no diagnóstico precoce para planejamento cirúrgico dos casos de câncer, incluindo o do cólon e reto (Bell et al., 2009) (Figura 5).

**Figura 5 – Esquema da carcinogênese colorretal, desde polipose adenomatosa a adenocarcinoma, sob influência genética**



Fonte: Adaptado de John Hopkins Centre for Cancer Diagnosis (2008) e Mor n et al. (2010)

Prosseguindo a prolifera o alterada, as células podem cair na corrente sanguínea e promover metastatiza o   distância, usualmente para fígado e pulmão, ou ainda ficar restrito   pélvis, promovendo metástase peritoneal (American Cancer Society, 2015).

### 1.3.3 O desafio do quadro clínico do câncer colorretal

Na maior parte dos casos de câncer colorretal, não há sintomas, o que converte o rastreio em um procedimento ainda mais importante. Sem indica es de mal-estares, os indivíduos podem atribuir os sintomas mais simples   ingestão de alimentos danosos,



má digestão, ou mesmo estresse, ou seja, enfermidades de pequena relevância clínica, retardando a busca por diagnóstico. Esse comportamento resulta em tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico de dois meses a 10 meses (American Cancer Society, 2014).

A Organização Mundial de Gastreenterologia adiciona um alerta aos profissionais de saúde para que dediquem atenção ao rastreio de pacientes com menos de 30 anos de idade, para desmistificar que o câncer colorretal é condição clínica de idosos (Winawer et al., 2007).

Estudo retrospectivo incluindo 186 pacientes, com idade inferior a 40 anos, com adenocarcinoma colorretal primário, demonstrou maior agressividade na progressão em pacientes mais jovens, quando comparados àqueles com diagnóstico acima de 40 anos de idade. Os autores admitiram que esse achado pode explicar a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico em pacientes com idade abaixo de 40 anos (Carneiro Neto et al., 2006; Rojas-Puentes et al., 2014).

Os sintomas clínicos, quando presentes, mais frequentemente envolvem modificações do aspecto fecal, tais como presença de sangue vivo proveniente do reto; escurecimento das fezes e estreitamento do bolo fecal. Pode ainda ocorrer constipação intestinal ou diarreia com duração de várias semanas, desconforto com ou sem dor no baixo abdômen, perda de apetite e astenia (American Cancer Society, 2014; Cruz & Sarfaty, 2014; Gonzalez et al., 2012).

Em casos mais raros, pode haver anemia, decorrente do sangramento intestinal por invasão tumoral na camada tissular adventícia ou muscular, e fadiga excessiva. Nos casos avançados, com presença de metástase, os sintomas dependerão do órgão acometido, podendo estar presente diabetes de difícil controle, distúrbios de coagulação, hipoproteinemia, aumento das enzimas hepáticas, dentre outros (American Cancer Society, 2014).

Essa realidade oligossintomática do câncer colorretal o transforma em um desafio para os profissionais de saúde, em países em desenvolvimento, como o Brasil. A associação entre baixos níveis de escolarização e de letramento, escassez de programas de educação para a saúde, voltados para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer; baixa disponibilidade de serviços de saúde em nível secundário e terciário, reduzindo a oferta de métodos diagnósticos e desconhecimento dos profissionais de saúde atuando na atenção básica quanto às prevenções primária e

secundária de câncer colorretal, forma um panorama pouco promissor (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012).

A comprovação desse desafio se consubstancia na identificação de que, no estado de São Paulo, Brasil, maior metrópole da América Latina a qual também dispõe da maior rede de saúde, no período de 2009 a 2010, 51,4% dos diagnósticos de câncer colorretal foram firmados nos estadios III ou IV, ou seja, já como carcinoma. Adicionalmente, ao considerar o envelhecimento populacional, há que esperar aumento do número de casos com diagnóstico em estadio avançado devido à escassez de serviços diagnósticos (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012).

Para se compreender o porquê grande parte dos estudiosos aponta a necessidade de diagnóstico precoce de lesões colorretais, ainda no período pré-carcinogênico, e a considera um desafio a ser vencido, é necessário conhecer dados epidemiológicos de incidência e mortalidade de câncer colorretal.

#### **1.3.4 Epidemiologia do câncer colorretal**

A epidemiologia do câncer colorretal tem características próprias devido à localização tumoral. Sendo o cólon de topografia anatômica profunda no abdômen, os sintomas geralmente estão ausentes, o que acarreta identificação do problema sem rastreio exclusivamente quando ocorre sangramento ou obstrução do trânsito intestinal, casos em que a neoplasia já se encontra em estadio avançado (Rêgo, Borges, Valença, Teles, & Pinto, 2012; Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012; Yeatman & Florida, 2001).

Uma segunda característica desse tipo de câncer é sua incidência em todas as faixas etárias especialmente, na atualidade, em jovens em decorrência das modificações de estilo de vida e adoção de hábitos pouco saudáveis no que concerne aos intestinos (Rojas-Puentes et al., 2014; Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012).

Se essas características dificultam o diagnóstico, o câncer colorretal tem uma terceira característica que deveria auxiliar a redução de morbimortalidade – seu sojourn é longo, ou seja, o período em que o diagnóstico pode ser feito com a doença ainda em estadio pré-carcinogênico. Para o câncer colorretal, o sojourn é em média de cinco anos,

o que aponta para alta probabilidade de diagnóstico precoce (Bae, 2014; Szmulowicz & Hull, 2010).

Todavia, se o diagnóstico não é precoce, a mortalidade é alta. Nos Estados Unidos da América, em 2015, esse tipo de câncer deveria representar 8% dos casos novos de câncer em homens e mulheres, correspondendo a mais de 120.000 pessoas acometidas. Para o mesmo período, a taxa de mortalidade estimada igualava-se a 8% para o sexo masculino e 9% para o feminino (American Cancer Society, 2015)

No Brasil, a taxa de incidência ajustada por idade, para 2014, era maior em mulheres que em homens e variava de 10,0 a 24,7 para mulheres, e de 8,8 a 33,9, em homens. Ao considerar a mortalidade conforme localização primária do tumor, o do câncer colorretal correspondeu a 6,8% das mortes por neoplasias em homens e 8,6%, em mulheres (INCA, 2014). Os percentuais de mortalidade em São Paulo, em 2012, correspondiam a uma taxa bruta de 34,64 em homens e 35,34, em mulheres (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012).

O fato preocupante é a comprovação de tendência de aumento da incidência e da mortalidade por câncer colorretal no Brasil, as quais têm sido atribuídas à falta de programa de rastreio e de educação para a saúde (Instituto Nacional do Câncer, 2011; Mendonça, Valadão, Couto, & Koifman, 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer e a Organização Mundial de Saúde, a reversão das estatísticas epidemiológicas do câncer colorretal só é possível a partir de políticas públicas que priorizem: a) programas de educação para a saúde intestinal, alertando a população para os riscos da doença; b) campanhas de rastreio de câncer por meio de métodos diagnósticos; c) divulgação nos meios de comunicação dos benefícios desse rastreio, com conseqüente desmistificação de crenças e constructos culturais que dificultam a adesão dos pacientes a cumprir a prescrição de rastreio (Instituto Nacional do Câncer, 2011; Mendonça et al., 2012; Ussui et al., 2013).

Dados norte-americanos, concernentes a 2011, apresentaram a estimativa de aproximadamente 140 mil casos diagnosticados da doença e cerca de 50 mil óbitos, tornando o câncer colorretal o terceiro mais incidente e também o terceiro que mais mata. Constitui um importante problema de saúde nos países europeus, sendo o segundo mais diagnosticado e também a segunda causa de óbitos por câncer, fato este que aconselha a prática do rastreamento da população para a detecção precoce da doença (American Cancer Society, 2015; Winawer et al., 2007).

### 1.3.5 O rastreio de câncer colorretal e os desafios

Na medida em que os recursos para a saúde foram se tornando escassos, em decorrência do aumento da clientela a ser atendida e do custo de equipamentos, a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar rotinas de prevenção de doenças. Caracterizou a prevenção em estágios (primordial, primária, secundária e terciária), bem como estabeleceu as características da doença e dos testes diagnósticos para que se pudesse aquilatar a adequabilidade de sua inclusão como rastreio (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006).

Dentre essas características, o câncer colorretal preenche as condições de contar com testes diagnósticos capazes de produzir efeito significativo na qualidade e na duração de vida das pessoas; o diagnóstico e o tratamento poderem reduzir significativamente a morbidade e a mortalidade pela doença, bem como os testes terem custo compatível com o poder financeiro do Sistema de Saúde (Bonita et al., 2006).

Em relação aos testes diagnósticos, eles são sensíveis para detecção da doença na fase assintomática; específicos para diferenciação dos falsos negativos; confiáveis e podem ser disponibilizados à população (Cruz & Sarfaty, 2014; F. E. Silva & Barbinski, 2012).

No Quadro 2, estão resumidas vantagens e desvantagens dos testes reconhecidos nacional e internacionalmente como adequados para rastreio de câncer colorretal.

**Quadro 2 – Testes de rastreio para diagnóstico precoce de câncer colorretal**

<b>Método diagnóstico</b>	<b>Vantagem</b>	<b>Desvantagem</b>
Pesquisa de sangue oculto em fezes por guaiaco	Método não invasivo, custo médio. Detecta a partir de 0,3 mg de hemoglobina/grama de fezes	Requer dieta altamente restritiva (ausência de carne e de vegetais) Requer várias amostras e não identifica pólipos Alto risco de falsos positivos por hemorragia em órgãos digestórios altos
Pesquisa de sangue oculto em fezes por imunológica	Método não invasivo, Detecta a partir de 0,006 mg de hemoglobina/grama de fezes Não requer dieta e não é influenciado por hemorragia em órgãos altos	Alto custo Requer várias amostras e não identifica pólipos Indisponibilidade em países em desenvolvimento
Enema baritado	Indicado para investigação de lesões em intestino grosso	Execução de alta complexidade Requer preparo intestinal do doente Interferência do bário em algumas dosagens bioquímicas e urinárias Não permite biópsia e exérese de pólipos
Retossigmoidoscopia	Possibilita investigação de lesões em reto, sigmóide e colón descendente, biópsia, exérese de pólipos ou clipagem de vasos. Indicado a	Complexidade intermediária Requer preparo intestinal do doente Desconforto, constrangimento e medo Não permite remoção de pólipos grandes Risco de infecção e ruptura intestinal.

<b>Método diagnóstico</b>	<b>Vantagem</b>	<b>Desvantagem</b>
	cada 5 anos. Dispensa sedação	Poucas complicações.
Colonoscopia	Possibilita investigação de lesões em todo o intestino grosso e na válvula íleo-cecal, biópsia, exérese de pólipos ou clipagem de vasos. Realizar a cada 10 anos	Exercução de alta complexidade Requer preparo intestinal Exige sedação e pode exigir absenteísmo de um dia de trabalho Risco de infecção e ruptura intestinal
Colonoscopia virtual ou clonografia com tomografia computadorizada	Possibilita investigação de lesões em todo o intestino grosso e na válvula íleo-cecal. Não requer sedação	Complexidade intermediária Requer preparo intestinal do doente Não permite biópsia, exérese de pólipos ou clipagem de vasos Desconforto, constrangimento e medo

Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (2012), Yeatman & Florida (2001), American Cancer Society (2014)

Dentre todos os testes de rastreio, a colonoscopia tem sido apontada como método de escolha por sua versatilidade. Por meio da visualização direta da mucosa colorretal, pode-se, a um só tempo, diagnosticar lesões, fazer sua exérese e biopsiá-las. Frequentemente, o crescimento dos adenomas acontece de forma lenta podendo levar de 5 a 10 anos para que um pólipó com menos de 10 mm se transforme em câncer invasivo. Esta longa janela de tempo (sojourn) proporciona uma excelente oportunidade para a detecção precoce da doença, porque se assim se fizer, a lesão é removida na fase de adenoma e a transformação em tumor maligno pode ser impedida (Batista et al., 2011).

Apesar das vantagens dos testes de rastreio, os órgãos de aconselhamento técnico-científico alertam para a necessidade de os profissionais de saúde considerarem no rastreio as barreiras culturais, sociais e econômicas a serem vencidas, pois podem até mesmo inviabilizá-los.

Os exames endoscópicos, em função das peculiaridades, são considerados procedimentos invasivos, desconfortáveis e estressantes (Ussui et al., 2013). Dentre esses exames, o colorretal é, por si só, um desafio para o profissional de saúde por ser realizado numa área corporal bastante íntima, comumente tema de comentários pejorativos e jocosos por se referir a uma violação ou uma invasão à privacidade, em especial, para as pessoas de mais idade e do sexo masculino (Chung et al., 2013; Voiosu et al., 2014).

Em relação à vergonha expressa pelos homens, a construção cultural da masculinidade hegemônica, como modelo cultural ideal que exerce controle sobre os homens, pela incorporação da normatização das práticas sociais, atribuindo à região

anal uma conotação feminilizante, faz com que pacientes do sexo masculino não aceitem serem submetidos à colonoscopia (Dázio, Sonobe, & Zago, 2009).

Nesse sentido, interessante notar os achados de Dázio et al. (2009), em estudo de masculinidade de homens colostomizados por câncer colorretal, e de Gomes, Nascimento, Rebello, & Araújo (2008), sobre a resistência de homens se submeterem ao toque retal para diagnóstico de câncer de próstata. A similaridade das percepções dos pacientes dos dois grupos foi a valorização de uma masculinidade hegemônica, cujo valor social e cultural está construído com base na preservação da área anal, já que a manipulação dessa região pode despertar sentimentos relacionados à homossexualidade.

Assim, a colonoscopia, desde a necessidade de preparo do cólon com uso de laxantes com desconforto na região anal, antes do exame, associado ao constrangimento em virtude de maior exposição da pessoa por causa da área onde o exame é realizado, causa ansiedade, vergonha, medo, preocupação e preconceito (Chung et al., 2013; Dázio et al., 2009; Ussui et al., 2013; Voiosu et al., 2014).

Testemunhos semelhantes foram colhidos entre pacientes norte-americanos submetidos à colonoscopia. Ao examinarem barreiras para se deixarem submeter a esse exame, Ojinnaka et al. (2015) comprovaram que os pacientes mais frequentemente referiam medo de ter diagnóstico de câncer, impossibilidade de pagar pelo exame, medo do exame atribuído ao baixo letramento e pouca compreensão das explicações recebidas, além de referência ao constrangimento de exposição da região anal a um profissional.

O desconforto do paciente para se submeter à colonoscopia, derivado do fato de expor a região anal, motivou o desenvolvimento de calça dupla que possibilita desnudar exclusivamente a região anal. O índice de satisfação dos pacientes aumentou significativamente, assim como houve redução da ansiedade, da vergonha e a sugestão de uso da calça dupla para os outros pacientes que necessitassem fazer o exame (Chung et al., 2013).

Além dos sentimentos negativos desencadeados pelo exame, o preparo para o exame é outra barreira que dificulta a adesão à indicação médica para o rastreio. Para que se possa visualizar a mucosa intestinal, é necessário retirar todos os resíduos alimentares e fecais, desde o ceco até o canal anal, o que demanda o uso de laxantes que provocam defecação diarrêica intensa. Esse preparo impossibilita o paciente exercer qualquer atividade rotineira, assim como pode perturbar-lhe o sono, do que decorrem queixas (Cossio et al., 2012). Ainda que se considere que a preparação do cólon para a

colonoscopia não deve causar desconforto ou perda de líquidos e eletrólitos para o paciente, deve ser segura, conveniente, tolerável e de baixo custo, ainda não se dispõe de esquema com essas características (Saltzman et al., 2015).

No entanto atender a essa solicitação dos utentes é importante. Pacientes que apresentam maior tolerância no exame colonoscópico são os que mais aderem ao tratamento, sobretudo nos casos de câncer colorretal. Por isso é importante investigar o nível de tolerância das pessoas submetidas a esse procedimento, pois quanto mais conforto, confiança e satisfação da pessoa ao exame, maior a adesão ao tratamento (Trevisani, Zelante, & Sartori, 2014; Ussui et al., 2013).

#### **1.4 Considerações finais da Revisão da Literatura**

O conhecimento da anatomia, da fisiologia intestinal e da carcinogênese no intestino grosso confere importância ao diagnóstico precoce. A carcinogênese, além de ser de longa duração, não se acompanha por sintomatologia sugestiva de um comprometimento de tal gravidade.

Ao identificar as altas taxas de incidência e de mortalidade com que essa neoplasia se caracteriza, fica evidente a necessidade premente de os profissionais de saúde se dedicarem à prevenção primordial e primária dessa neoplasia maligna. Significa dizer que precisam dominar os conhecimentos aqui apresentados, além de manterem o respeito às peculiaridades dos pacientes, para os convencer a se submeterem aos exames de rastreio.

As peculiaridades são tão mais delicadas quanto menor o nível de escolaridade e o poder aquisitivo do paciente, o que se apresenta ao profissional de saúde como um desafio adicional. Essas realidades se associam, frequentemente, a um preconceito fundado na construção cultural e social de uma masculinidade hegemônica que submete o paciente a sofrimento psíquico, desde a prescrição do exame, até a sua conclusão.

Todavia profissionais de saúde, verdadeiramente engajados com o bem-estar de seus pacientes, precisam auxiliá-los a vencer barreiras culturais e sociais para que possam ser cuidados com sofrimento mínimo, do contrário não teremos perspectivas epidemiológicas de câncer colorretal mais promissoras.





## **Parte II - ESTUDO EMPÍRICO**



## **Capítulo 2 METODOLOGIA**

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma pesquisa. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenômeno em estudo foi desenvolvido com vistas a determinar as ações que consubstanciam a investigação (Richardson, 2009).

Definidas as perguntas condutoras, questões que motivaram a pesquisa, correspondentes à inquietação a ser respondida; formularam-se as hipóteses, das quais decorreu a definição dos objetivos da pesquisa. Esse conjunto, com lógica coesa, foi o elemento estruturante da definição do tipo e do tamanho amostral, de seus critérios de inclusão, de exclusão e de descontinuação; a definição das variáveis, sua categorização e sua operacionalização, para que se mantivesse a coerência entre as definições conceituais e os critérios de mensuração.

Essa estruturação possibilita a construção ou escolha dos instrumentos de recolha de dados e dos procedimentos adotados para tanto, bem como indica e justifica as técnicas e as medidas estatísticas mais adequadas (Richardson, 2009).

### **2.1 Métodos**

Os métodos e materiais empregues são descritos em seguida.

#### **2.1.1 Tipo de estudo**

Este estudo é primário, quanto à originalidade. Do ponto de vista de interferência na geração dos dados, é caracterizado como observacional, já que a pesquisadora recolheu as informações dos utentes, após terem sido submetidos a colonoscopia para rastreio de câncer colorretal, mas a intervenção foi realizada por

outro profissional de saúde. Dessa feita, a pesquisadora não entrevistou ou modificou qualquer aspecto das informações recolhidas (Hochman, Nahas, Oliveira Filho, & Ferreira, 2005).

Considerada a característica de direcionalidade do estudo no tempo, este estudo é prospectivo concorrente, já que a recolha dos dados foi feita a um só tempo em relação à intervenção que deu origem às informações que compõem as questões de investigação e as hipóteses.

Uma das vantagens dos estudos prospectivos é a aplicação dos questionários autoadministrados, método a que recorremos para a colheita de informação. Quanto ao seguimento do estudo, ou seja, das informações recolhidas, trata-se de um corte transversal, visto que os utentes foram submetidos à influência dos fatores investigados ao mesmo tempo em que a pesquisa ocorreu, ou seja, no mesmo recorte temporal (Hochman et al., 2005).

Quanto à característica de nível de mensuração dos dados, o estudo foi misto, já que foram investigadas características qualitativas, nos níveis de mensuração nominal e ordinal, bem como houve variáveis quantitativas, discretas e contínuas, nos níveis de mensuração de razões e intervalar.

### **2.1.2 Questões específicas de investigação**

Equacionam-se as seguintes questões específicas orientadoras de investigação:

- a) Qual o perfil sociodemográfico dos utentes submetidos a um primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal?
- b) Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão/situação profissional, prática de religião) no nível de conhecimento e nos sentimentos desencadeados no utente pelo primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal?
- c) Que parâmetros clínicos (sintomas atribuíveis a alterações colorretais, dor percebida ao exame pelo doente e risco a que a doença os expõe) têm influência nos sentimentos desencadeados nos utentes pelo primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal?

- d) Qual a relação entre o nível de conhecimento dos utentes sobre câncer colorretal e os sentimentos desencadeados neles por sua primeira colonoscopia de rastreio de câncer?

### **2.1.3 Objetivos da investigação**

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. Do ponto de vista operacional, consiste em um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Richardson, 2009).

Os objetivos gerais consistem em avaliar o nível de conhecimento acerca do exame colonoscópico dos utentes submetidos efetivamente a seu primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal e identificar os sentimentos predominantes nas pessoas submetidas ao primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal.

Na procura de abrangência da pesquisa, delinhou-se um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscitou, aqui denominados genericamente de objetivos específicos ou secundários da investigação.

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes submetidos a um primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal.
- b) Determinar a influência das variáveis sociodemográficas sobre o nível de conhecimento e os sentimentos desencadeados nos utentes submetidos ao primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal, no Hospital da Aeronáutica do Recife, Pernambuco, Brasil
- c) Caracterizar os parâmetros clínicos (sintomas atribuíveis a alterações colorretais, dor percebida ao exame pelo doente e risco a que a doença os expõe) que influenciam nos sentimentos desencadeados nos utentes pelo primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal
- d) Estabelecer a relação entre o nível de conhecimento dos utentes sobre câncer colorretal e os sentimentos desencadeados neles por sua primeira colonoscopia de rastreio de câncer.

### 2.1.4 Hipóteses

Provete, Silva e Souza (2011) referem que ao início de uma investigação científica, deve o pesquisador enunciar “explicações potenciais que podem ser retiradas de observações do mundo externo (processo indutivo) ou de componentes de uma teoria (processo dedutivo)”, a que denominam hipóteses biológicas. Estas são suposições despertadas a partir da revisão bibliográfica sobre um tema e que precisam ser submetidas à comprovação para determinar sua validade.

Esses autores oferecem uma distinção interessante entre as hipóteses biológicas e as hipóteses estatísticas, posto que as primeiras são fundadas na revisão bibliográfica, portanto em evidências de outras pesquisas, enquanto que as hipóteses estatísticas são as afirmações que vão a teste para diferenciação entre relação de causalidade e relação de acaso entre variáveis (Provete et al., 2011).

A formulação das hipóteses contidas neste trabalho teve a sua origem no método indutivo, ou seja, foram retiradas de observação do mundo externo, ou, mais precisamente, de nossa vivência profissional como enfermeira em unidade de colonoscopia, à qual se associaram as evidências recolhidas da literatura consultada.

Face aos objetivos e às questões de investigação, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

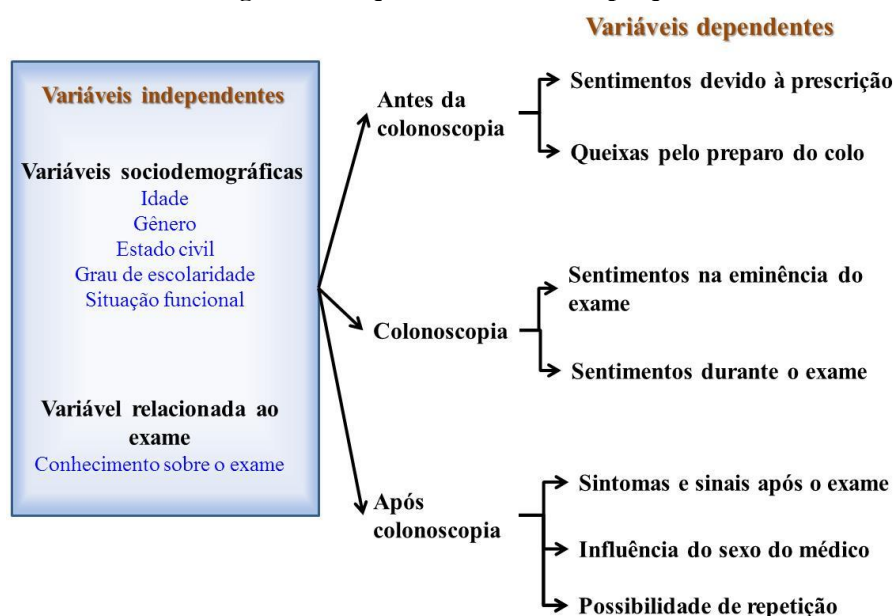
- **Hipótese 1** – O perfil sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão/situação profissional, prática de religião) dos utentes submetidos a um primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal influencia os sentimentos e o seu nível de conhecimento sobre o exame o rastreio
- **Hipótese 2** – Os parâmetros clínicos de sintomas atribuíveis a alterações colorretais, dor percebida ao exame pelo doente e risco a que a doença os expõe, têm influência nos sentimentos desencadeados nos utentes pelo primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal
- **Hipótese 3** – O nível de conhecimento dos utentes sobre câncer colorretal mantém relação direta com os sentimentos desencadeados neles por sua primeira colonoscopia de rastreio de câncer.

### 2.1.5 Esquema conceptual de base

O diagnóstico precoce das lesões que antecedem a carcinogênese colorretal depende da adesão do paciente, composta por agendamento do exame, obediência às instruções de preparo do cólon para o exame, comparecimento ao agendamento, e concordância em ser submetido à colonoscopia. Barreiras durante todo esse processo têm sido consideradas para explicar não se conseguir prevenir o câncer colorretal e reduzir o percentual de pacientes com diagnóstico tardio.

Conforme se observa na Figura 6, no esquema conceitual desta pesquisa consideraram-se as características sociodemográficas e de conhecimento do exame como variáveis independentes pela possibilidade de influenciarem a adesão ao diagnóstico em primeiro rastreio. Nesse grupo de variáveis estão idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade e situação funcional, bem como o que o paciente sabia sobre o exame e a forma pela qual obteve tais informações, antecedendo sua realização.

**Figura 6 – Esquema conceitual da pesquisa**



As variáveis dependentes, conceituadas como aquelas diretamente relacionadas a ser submetido ao exame, foram subdivididas segundo os momentos relacionados ao exame. A investigação dos fenômenos antecedendo o exame englobou as variáveis de

sentimento desencadeado pela prescrição do mesmo, bem como queixas motivadas pelo preparo do colo. Quanto aos sentimentos durante a execução do exame, foram considerados os sentimentos imediatamente antes da execução, quando o paciente já estava posicionado na maca de exame e durante a mesma. Por fim, admitimos as variáveis para investigar percepções e queixas após ter sido submetido, bem como a possibilidade de adesão a novo exame (Figura 6). O confronto de tais informações norteou a discussão dos resultados.

## **2.2 Participantes**

Foram considerados potenciais participantes do estudo todos os utentes submetidos ao primeiro exame de colonoscopia, no período de 2015, no Hospital da Aeronáutica do Recife, situado em Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil.

Foram elencados como critérios de inclusão, ser maior de idade (ter mais de 18 anos de idade), comprovados por meio de documento de identificação; ser componente ou dependente de componente da Força Aérea Brasileira, comprovado pela apresentação da carteria de identificação da Instituição; apresentação de prescrição de exame de colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal por médico da Instituição; ter sido efetivamente submetido ao referido exame e concordar em participar da pesquisa, após lhe terem sido explicados objetivos, riscos e benefícios da mesma.

O único critério de exclusão adotado nessa pesquisa foi diagnóstico de comprometimento do estado de saúde do utente, após a realização do exame, para o qual não houvesse resolução decorridas 24 horas do exame, requerendo internação hospitalar.

### **2.2.1 Tipo de amostra**

Foi adotada amostragem de conveniência, aleatorizada por meio do emprego de tábua de números aleatórios, a partir da apresentação do utente à enfermagem, antecedendo a realização do exame de colonoscopia.

Para cálculo do tamanho amostral, foram consideradas as estatísticas do Hospital de um total de 320 pacientes submetidos ao referido exame nos semestre



anterior à recolha dos dados, dos quais 192 tiveram o referido exame como inicial no registro de saúde. Adicionalmente, a estatística dava conta de percentual de 85% com variação de  $\pm 5\%$  de comparecimento dos pacientes ao exame, após agendamento.

Aplicando esses dados no programa estatístico Open Epi, de uso gratuito por concessão da Organização Mundial da Saúde, e considerando nível de confiança entre 90% e 95% associado a efeito de desenho igual a um, o tamanho amostral foi estimado entre 81 e 98 utentes. Foram incluídos no estudo 100 pacientes, cujas características estão detalhadas na seção a seguir.

### **2.2.2 Caracterização socioespacial e sociodemográfica da amostra**

Os participantes tinham média de idade igual a 58,34 anos e desvio-padrão de 13,05 anos, distribuída entre 18 e 86 anos, com moda entre 57 e 71 anos (conforme Tabela 1).

Tal como se mostra na observação da Tabela 1, houve predomínio do sexo feminino (63,0%), bem como do estado civil casado ou em união estável (65,0%).

Quanto ao nível de escolaridade, constatou-se predomínio de pacientes letrados, tendo cursado mais de oito anos no ensino formal brasileiro. Vinte e sete pacientes haviam cursado no mínimo o ensino superior.

Quanto à situação funcional, houve predomínio de utentes ativos. Seis utentes, dependentes de membro da Força Aérea Brasileira se declararam sem profissão e um informou estar desempregado.

O credo religioso professado predominante foi a religião católica, seguido pelo protestantismo e pelo credo espírita, conforme Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos pacientes**

Característica	Categorização	Frequência (%)
Gênero	Masculino	37 (37,0)
	Feminino	63 (63,0)
Classes de idade (anos)	≤ 25	2 (2,0)
	26 - 40	7 (7,0)
	41 - 56	35 (35,0)
	57 - 71	40 (40,0)
	≥ 72	16 (16,0)
Estado civil	Solteiro (a)	13 (13,0)
	Casado (a) ou em união estável	69 (69,0)
	Viúvo	13 (13,0)
	Divorciado	5 (5,0)
Grau de escolaridade	Iltrado	1 (1,0)
	Ensino Fundamental	16 (16,0)
	Ensino Médio	56 (56,0)
	Graduação	23 (23,0)
	Pós Graduação	4 (4,0)
Situação profissiona	ausente	6 (6,0)
	Ativo (a)	56 (56,0)
	Aposentado(a)	37 (37,0)
	Desempregado (a)	1 (1,0)
Religião/doutrina	Católica	56 (56,0)
	Protestante	26 (26,0)
	Espírita	10 (10,0)
	Nenhuma	5 (5,0)
	Outras	1 (1,0)
	Não declarada	2 (2,0)

### 2.3 Instrumentos de recolha de dados

As variáveis compuseram dois blocos categorizados como independente e dependente. As variáveis independentes, isto é, aquelas que são características do utente e podem, de alguma forma, influenciar a categoria ou a intensidade da variável dependente, foram relativas a gênero, idade, estado civil, grau de escolaridade e situação funcional. Considerou-se igualmente o conhecimento sobre o rastreio de câncer colorretal e o próprio exame, bem como o agente que deu ao utente tais informações como variáveis independentes, por antecederem a realização do exame e poderem influenciar nos sentimentos do utente. Optou-se por categorizar essas variáveis no questionário de recolha de dados, para evitar o viés de memória e, a um só tempo, conferir maior objetividade nas respostas.

O conjunto de variáveis dependentes, ou seja, que se hipotetiza sofrerem influência de peculiaridades de cada utente, foram sentimento desencadeado pelo exame

de colonoscopia. Essas informações foram recolhidas pela análise das informações constantes na parte III do questionário de investigação, nas questões 11 e seguintes. Essas variáveis são qualitativas, discretas e foram categorizadas como adequado ou inadequado, adotando-se o sistema binário de avaliação, com base nas evidências disponíveis na literatura (Cordeiro et al., 2004; Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação, 2012)

## **2.4 Procedimentos**

Os procedimentos relativos à obediência à ética em pesquisa com seres humanos, bem como na recolha e análise dos dados estão descritos a seguir.

### **2.4.1 Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Direção do Hospital da Aeronáutica do Recife, para concessão da anuência de recolha de dados (conforme Anexo A) e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Otávio de Freitas, conforme determina a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob registro CAAE: 51921815.1.0000.5200 (cf. Anexo B).

Todos os participantes da pesquisa receberam da pesquisadora explicações quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como tiveram assegurados os direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe fosse imputada qualquer sanção. Após os esclarecimentos, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (cf. Apêndice A).

Em caso de identificação de alteração de condição de saúde de qualquer dos participantes da pesquisa, que diferisse do que dizia respeito à colonoscopia e ao diagnóstico de câncer colorretal, a pesquisadora comunicou ao médico colonoscopista, responsável pelo Setor, para que fossem adotadas as condutas de assistência necessárias.

### **2.4.2 Procedimentos na recolha de dados**

A cada utente, após ter sido submetido ao exame de colonoscopia para rastreio de câncer colorretal, foi realizado o convite de participação da pesquisa, por meio da apresentação de seus objetivos, riscos e benefícios de tal participação, empregando para tanto uma linguagem, ainda que figurativa, que possibilitasse melhor compreensão do utente.

No caso de aceitação de participar, foi-lhe solicitada assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (cf. Apêndice A) e a pesquisadora iniciou a recolha dos dados, respeitando as características de letramento e de compreensão do participante, já que grande parte dessa clientela era composta por pessoas com mais de 50 anos e com baixo letramento.

Ao final do questionário, a pesquisadora entregou ao utente um folheto de explicação sobre câncer colorretal e sua prevenção primordial e primária, como forma de beneficiar a sociedade em geral, já que cada utente pode ser um porta-voz de condutas preventivas em sua comunidade.

## **2.5 Análise dos dados**

Os dados obtidos a partir do questionário foram organizados em programa construído com o pacote estatístico Epi Info 7, na versão 7.1.5.2, de setembro de 2015. Ao final da digitação dos dados, procedeu-se à crítica de digitação, para identificação de possíveis erros, utilizando o mesmo programa para construção de distribuições de frequências absolutas e relativas de todas as variáveis.

A variável idade foi resumida sob forma de média e desvio-padrão uma vez que a distribuição amostral era normal.

Para análise de relação entre as variáveis independentes e dependentes, foram empregados o teste de qui quadrado de Pearson ou U de Mann-Whitney, no caso de as regras de Cochran não terem sido obedecidas. Também foram empregados os testes de

Kruskal-Wallis para relação entre variáveis não paramétricas. Todos os testes foram analisados com nível de significância de 5% para descartar a hipótese nula na qual se admitiu que a variável independente não exercesse influência sobre a variável dependente.



## **Capítulo 3 RESULTADOS**

Para possibilitar melhor compreensão dos resultados, os dados foram subdivididos em três momentos do exame colonoscópico, marcantes para o paciente, quais sejam: desde a prescrição para que a colonoscopia fosse realizada até o preparo do cólon; desde a chegada à sala de espera do Hospital até a realização da colonoscopia e, finalmente, após a conclusão do exame.

### **3.1 Informações antecedendo a colonoscopia**

Em seguida procede-se ao detalhamento dos conhecimentos sobre colonoscopia que os utentes apresentavam, bem como os sentimentos que vivenciaram antes e durante a realização do exame.

#### **3.1.1 Conhecimento sobre colonoscopia**

Os 66 pacientes, que declararam algum nível de conhecimento sobre o exame, obtiveram essas informações primordialmente com familiares ou conhecidos e, menos frequentemente com médicos ou enfermeiros. No entanto o total de pacientes que referiu ter recebido informação sobre o exame com médicos igualou-se a 19 (19,0%).

Questionados quanto a ter recebido informações sobre o exame a que seria submetido, fornecidas pelo médico solicitante, 41,0% responderam afirmativamente, dentre os quais 10 (24,4%) informaram ter sido esse profissional a sua única fonte de informação sobre o exame (Tabela 2).

**Tabela 2 – Caracterização das informações prévias à colonoscopia**

Variáveis	Categorias	N	%
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	Muito	7	7,0
	Razoável	12	12,0
	Pouco	47	47,0
	Nenhum	34	34,0
Agente de informação sobre o exame	Familiares ou conhecidos	37	37,0
	Médicos	19	19,0
	Através da mídia e Internet	8	8,0
	Enfermeiro	3	3,0
	Consulta a livros e outras literaturas	1	1,0
	Nenhum	32	32,0
Recebeu informação do médico solicitante	Não	47	47,0
	Sim	41	41,0
	Não lembro	11	11,0
	Omitiu a informação	1	1,0

Na Tabela 3, estão apresentadas as classificações dos conceitos de colonoscopia enunciados pelos utentes. Observe-se o predomínio de pouco conhecimento sobre o exame porém não associado ao conceito enunciado sobre a colonoscopia.

Oito utentes ofereceram um conceito excelente, afirmando ser um exame preventivo de câncer colorretal e ter como órgão-alvo o intestino (independente de o utente especificar que deve ser o trecho colorretal), tal como exemplificado abaixo:

“É um exame do intestino que é capaz de detectar o câncer em estágio tratável. É feito com a introdução de uma mangueira com uma câmara na ponta que filma o intestino. O exame é feito sob sedação.”

“É um exame preventivo para pessoas com histórico familiar de câncer de intestino.”

A resposta de 17% dos utentes foi considerada ótima porque identificava corretamente o órgão-alvo do exame, porém não fazia referência à prevenção de câncer. Esse grupo de utentes priorizou descrever o exame pela visualização do interior do intestino, a sedação e o preparo do intestino para limpeza e visualização, como se observa nos exemplos a seguir:

“É um exame do reto, onde se introduz uma mangueira sob sedação, após preparo do intestino e a mangueira vai filmando o intestino.”

“É um exame feito no intestino grosso, com um preparo, e coloca um aparelho pelo reto para visualizar o intestino por dentro.”



“É um exame do ânus até o intestino através de uma sonda com uma câmera na ponta, que vai mostrando o intestino.”

Um percentual maior, igual a 38,0% dos participantes forneceu resposta classificada apenas como boa, por identificar somente que o órgão-alvo do exame é o intestino. Na definição, entenderam ser mais importante considerar que o aparelho é introduzido pelo canal anal, como se pode identificar nos exemplos a seguir:

“É um exame para ver a área interna do intestino.”

“É um exame que busca descobrir algum problema no intestino através de uma câmera que filma dentro do intestino.”

“É um exame para ver o intestino por dentro mas toma um remédio para dormir.”

“É um exame para ver o intestino por uma câmera introduzida pelo reto. “

Um percentual menor (27,0%) citou apenas o órgão-alvo do exame ou apenas a via de entrada do aparelho, tendo sua resposta classificada como insuficiente. Alguns exemplos de tais informações são:

“É um exame importante, feito sob sedação e com um preparo, através de uma endoscopia via baixa.”

“É um exame para ver o intestino.”

“É um exame parecido com o ginecológico, só que é feito pelo ânus.”

“É uma viagem através do intestino.”

“É um tratamento rigoroso e vergonhoso que pode descobrir coisas importantes para a saúde.”

Houve 7,0% de respostas evasivas ou mesmo incorretas, seja por referir apenas que colonoscopia é um exame, sem identificar o órgão-alvo, o caráter preventivo ou mesmo a via de entrada do aparelho, como se observa a seguir:

“É um exame do ânus, da parte de dentro.”

“É um exame para olhar o estômago.”

“É um exame para ver o estômago.”

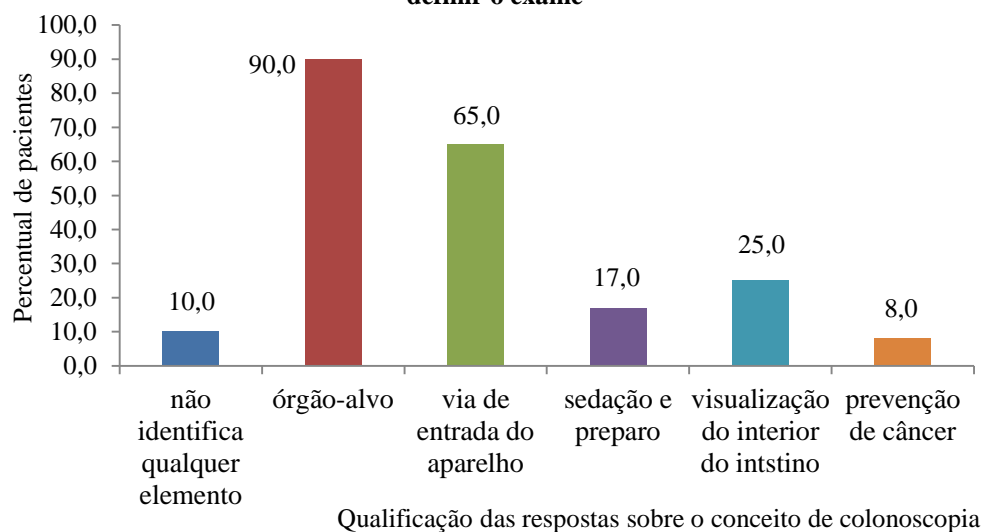
“É um exame que eu não sei.”

**Tabela 3 – Classificação dos conceitos de colonoscopia segundo o nível de conhecimentos dos utentes**

Conceito de colonoscopia	Nível de conhecimento				Total	
	muito/razoável		pouco/nenhum		n	5
	n	%	n	%		
Excelente	3	15,8	5	6,2	8	8,0
Ótimo	4	21,1	13	16,0	17	17,0
Bom	6	31,6	31	38,3	37	37,0
Insuficiente	5	26,3	23	28,4	28	28,0
Errado ou ausente	1	5,3	9	11,1	10	10,0

A identificação do intestino como órgão-alvo foi o elemento mais frequentemente citado, seguido pela referência do canal anal como via de entrada do aparelho. Identificou-se que 8,0% dos pacientes referiu o caráter de prevenção de câncer do exame (cf. Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Distribuição de frequência dos elementos de colonoscopia priorizados pelos utentes ao definir o exame**



Em relação ao objetivo do exame, cujos resultados estão apresentados na Tabela 4, constatou-se que 37,0% dos pacientes expressaram-se adequadamente pelo emprego de verbos como detectar, descobrir, diagnosticar ou ver no intestino, especificando como objeto: presença de lesões, de ferimento, de doença, de algo ou coisa errada, de infecção, de inflamação, de anomalia, de anormalidade, de sangramento ou de câncer. Alguns exemplos dessas informações estão a seguir:

“Para diagnosticar anormalidades no intestino.”

“Para ver se tem algo no intestino.”

“Para ver se os intestinos estão bem ou se tem alguma doença.”

“Para diagnosticar se há alguma doença.”

“Serve para identificar alguma anomalia no intestino e/ou reto.”

“Para saber se tem alguma doença ou tumor no intestino.”

“Para saber se tem alguma doença no intestino.”

“Para investigar suspeitas diagnósticas de problemas no intestino.”

Trinta e cinco utentes restringiram o número de verbos utilizados, para detectar, descobrir ou diagnosticar no intestino, bem como os objetos referindo exclusivamente tumor, câncer ou lesão maligna. Dezessete por cento dos pacientes foram ainda mais específicos ao empregar os verbos prevenir ou descobrir, com os objetos câncer de intestino, doenças intestinais e tumor no intestino, associados a precocemente ou na forma tratável, com se observa a seguir:

“Para prevenção do câncer de reto e intestino através da retirada de pólipos.”

“Para prevenir doenças no intestino.”

“Para detectar o câncer de intestino precocemente e tratá-lo, evitando a morte do paciente.”

“É um exame de grande valor para prevenção de doenças do intestino como diverticulite, pólipos e câncer.”

“Para detectar o câncer de intestino, mas serve também para prevení-lo.”

“Para verificar se há algum tipo de doença no intestino e prevenir o câncer.”

Outro objetivo referido por 4,0% dos utentes, porém mais incompleto, incluiu os verbos achar, detectar, tirar ou retirar do intestino, com os objetos pólipos, nódulos ou caroços, como exemplificado a seguir:

“Para diagnosticar possíveis problemas no intestino, como pólipos e tumores.”

“Para descobrir algum tipo de doença no intestino, como caroços e nódulos.”

“Para ver se tem nódulo ou câncer.”

“Para saber se a pessoa tem algum problema no intestino e tirar nódulos.”.

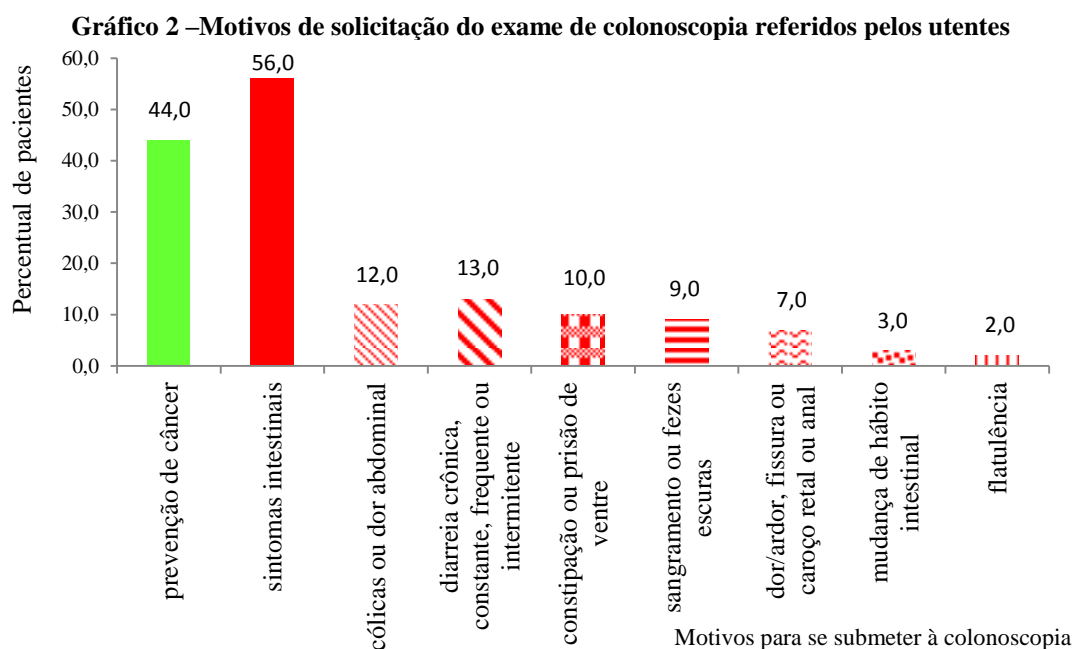
Conceitos ainda mais imprecisos incluíram 3,0% dos participantes empregando os verbos detectar, descobrir ou diagnosticar no reto, em ânus ou no canal anal, associados com os objetos pólipos, nódulo ou caroço. Dois pacientes informaram a possibilidade de a colonoscopia diagnosticar diverticulite e um enunciou a possibilidade de diagnóstico de alguma doença venérea. Três por cento dos utentes admitiu desconhecer qualquer objetivo da colonoscopia.

**Tabela 4 –Funções da colonoscopia segundo nível de conhecimento dos utentes**

Função da colonoscopia	Nível de conhecimento				Total	
	muito/razoável		pouco/nenhum		N	5
	N	%	N	%		
detectar problemas no intestino	11	57,9	26	32,1	37	37,0
detectar câncer no intestino	4	21,1	31	38,3	35	35,0
prevenir câncer intestinal	1	5,3	15	18,5	16	16,0
diagnosticar e tratar pólipos, caroço ou nódulo pólipos	1	5,3	3	3,7	4	4,0
detectar câncer no reto	1	5,3	2	2,5	3	3,0
errou ou não sabia	1	5,3	4	4,9	5	5,0

No Gráfico 2, observa-se a distribuição de frequência dos motivos pelos quais os utentes entenderam lhes ter sido solicitado submeter-se à colonoscopia. Para 44,0% dos pacientes o exame foi solicitado especificamente para prevenção do câncer colorretal, pela presença de fatores de risco, já que não havia queixas relacionadas às funções emunctórias fecais. Nesses casos, os fatores de risco foram idade maior que 60 anos, rastreio de câncer e lesões intestinais como parte do programa de prevenção oncológica, antecedente pessoal de câncer ou história familiar de câncer de intestino ou reto.

Para 56,0% dos utentes, a solicitação foi motivada pela presença de queixas intestinais identificadas por sintomas ou sinais. Note-se que 9,0% dos pacientes relataram apresentar sangue nas fezes, como se observa detalhamento no Gráfico 2.



Ao distribuir as frequências ds respostas segundo nível de conhecimento que os utentes entendiam ter sobre colonoscopia, identificou-se que não houve relação qualquer dessa avaliação com a adequação de respostas oferecidas (cf. Tabela 5).

**Tabela 5 – Caracterização das variáveis atinentes a informações antecedendo à colonoscopia**

Motivo de prescrição do exame	Nível de conhecimento				Total	
	muito/razoável		pouco/nenhum		N	5
	N	%	N	%		
cólica ou dor abdoinal	3	15,8	21	25,9	24	24,0
diarreia frequente ou intermitente	2	10,5	7	8,6	9	9,0
prevenção de câncer intestinal	-	-	10	12,3	10	10,0
estar na faixa etária de rastreio	2	10,5	11	13,6	13	13,0
constipação ou prisão de ventre	1	5,3	7	8,6	8	8,0
história de câncer familiar	5	26,3	12	14,8	17	17,0
sangramento ou sintoma compatível	1	5,3	7	8,6	8	8,0
outros sintomas	5	26,3	6	7,4	11	11,0

Ainda investigando o conhecimento dos utentes sobre a colonoscopia, foram questionados sobre os riscos do exame, cujos resultados estão apresentados na Tabela 6.

Trinta e oito por cento dos utentes referiram entre uma (31,0%), duas (6,0%) ou até cinco (1,0%) complicações, detalhando serem trauma, alergia à sedação, perfuração intestinal, sangrametno, morte, infecção, hipóxia, parada cardiorrespiratória ou queda pela desorientação ao final do exame devido à recuperação incompleta da sedação. Deve-se ressaltar que 48,0% dos pacientes informaram que o exame não os expunha a

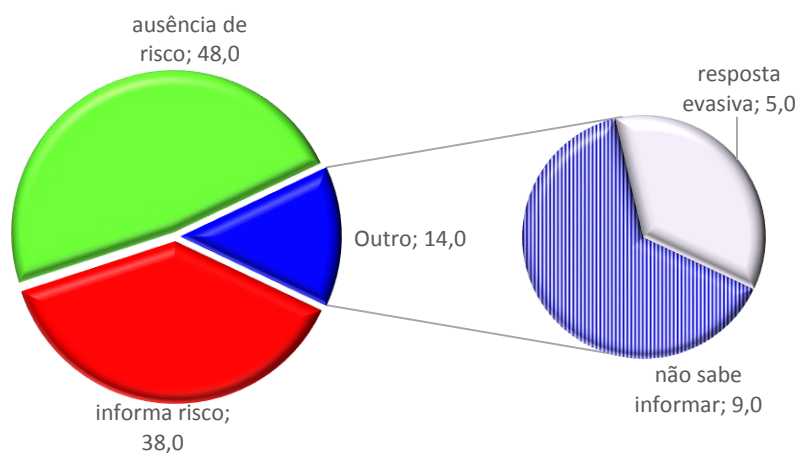
qualquer risco e 5,0% alegaram que devia haver risco porque haviam assinado um termo de consentimento para ser submetido ao exame (cf. Tabela 6).

**Tabela 6 – Caracterização dos riscos atribuídos à colonoscopia sendo nível de conhecimento dos utentes**

Risco de colonoscopia	Nível de conhecimento				Total	
	muito/razoável		pouco/nenhum		N	5
	N	%	N	%		
Não há risco	9	47,4	39	48,1	48	48,0
Não sabia informar	1	5,3	13	16,0	14	14,0
Uma complicação	7	36,8	24	29,6	31	31,0
Duas complicações	1	5,3	5	6,2	6	6,0
Cinco complicações	1	5,3	-	,-	1	1,0

Observe-se ainda na Tabela 6 que o nível de conhecimento que cada utente atribuiu a si não teve qualquer relação com as informações oferecidas sobre risco da colonoscopia.

**Gráfico 3 – Distribuição de frequência dos riscos relativos à colonoscopia, informados por utentes**



Questionados quanto à época da vida em que as pessoas deveriam ser submetidas à colonoscopia para rastreio de câncer colorretal, 72,0% informaram na fase adulta e para 16,0% essa condição deveria estar relacionada à presença de queixas ou fator de risco, condições de triagem de câncer colorretal. Quanto às condições em que estaria indicada repetição da colonoscopia, 53,0% dos utentes entenderam que sempre haveria indicação, independente do resultado de exame anterior, mas 28,0% entenderam que a repetição estaria condicionada a anormalidade em exame anterior, com ou sem queixas intestinais (cf. Tabela 7).

**Tabela 7 – Condições de triagem para a realização do rastreio de câncer colorretal**

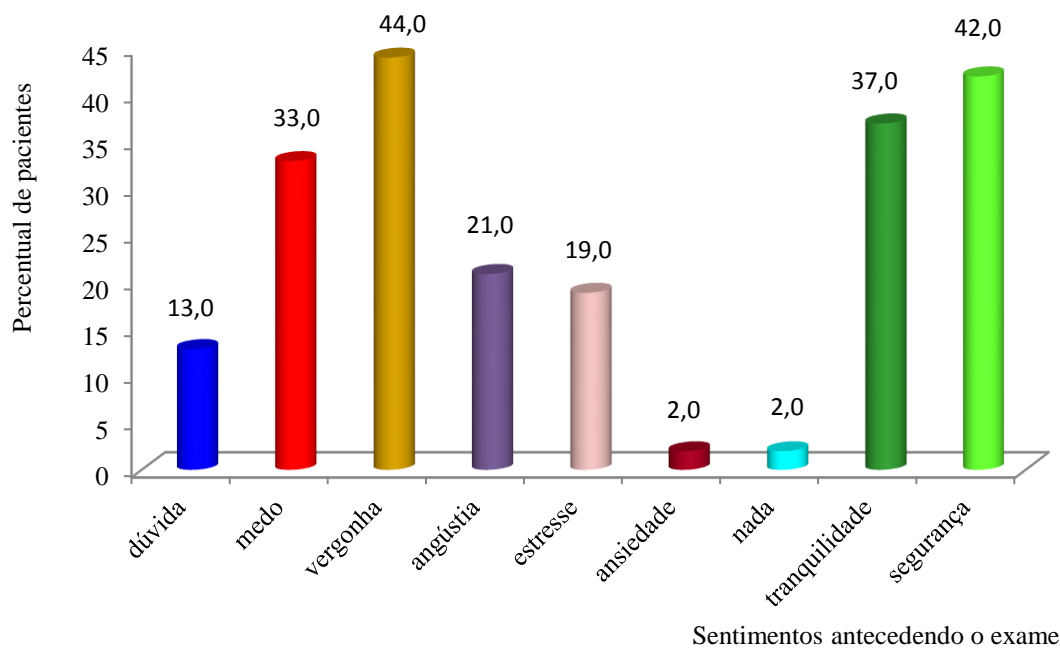
Variáveis de colonoscopia	Categorização	N	%
Época de rastreio	na fase adulta	72	72,0
	desde a infância	3	3,0
	desde a adolescência	2	2,0
	na presença de queixa retal ou intestinal, em qualquer idade	15	15,0
	com historia familiar de câncer de reto e/ou intestino	1	1,0
	Não sei	4	4,0
Necessidade de repetição periódica	Sim, mesmo com o exame anterior normal	53	53,0
	Apenas se houver alteração no exame anterior ou novas queixas	27	27,0
	Apenas se houver alteração no exame anterior	1	1,0
	Não sabe informar	13	13,0

### 3.1.2 Sentimentos associados à solicitação da colonoscopia

Na segunda etapa de informações sobre colonoscopia, admitiram-se como focos de atenção os sentimentos desencadeados pela solicitação do exame e durante o preparo.

Ao receberem a indicação médica para serem submetidos ao exame, os utentes declararam mais frequentemente terem vivenciado seis diferentes sentimentos negativos, dentre os quais predominaram vergonha e medo. Tranquilidade e segurança foram os dois sentimentos positivos citados, cujas frequências percentuais se assemelharam às referidas para os sentimentos negativos predominantes (cf. Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Distribuição das frequências dos sentimentos desencadeados nos pacientes com a solicitação de colonoscopia**



O preparo do cólon foi realizado por 72,0% dos pacientes na sua residência, após terem recebido instruções por escrito e verbais (Anexos C e D). Uma parte dos pacientes, ou seja, 10,0 % declararam ausência de qualquer percepção desagradável composta por sinal ou sintoma. Todavia 53,0% tiveram um ou mais sintomas ou sinais, dentre os quais predominaram dor ou ardor retal (94,0%), sudorese ou tontura, e menos frequentemente náusea e vômitos. Nove por cento dos pacientes perceberam distensão abdominal e flatulência. 8,0 % perceberam fraqueza e os demais referiram sintomas como mal-estar, assadura perianal e impossibilidade de conciliar sono devido à diarreia osmótica provocada pela medicação empregada no preparo do cólon (cf. Tabela 8).

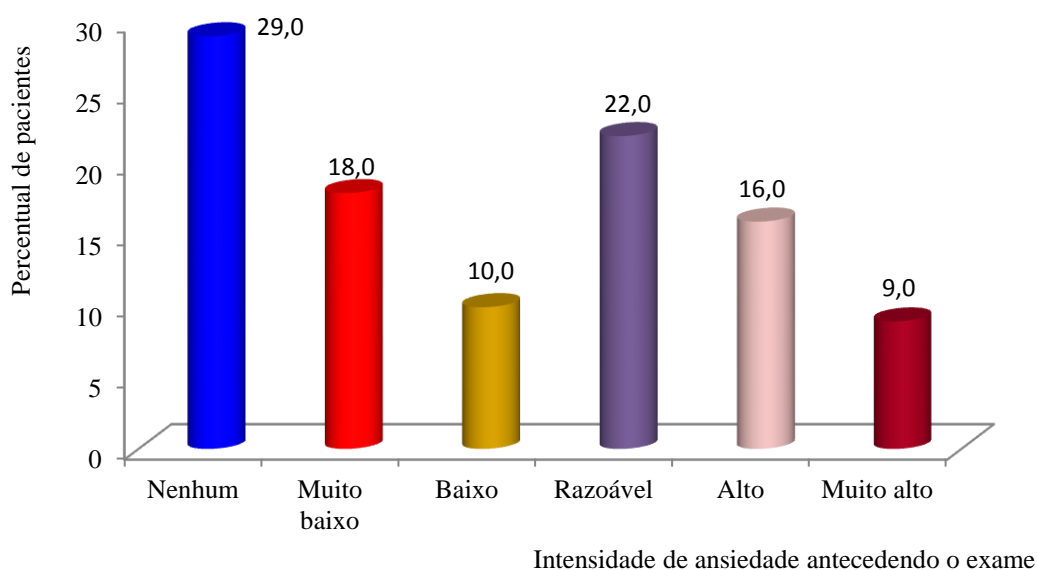
**Tabela 8 –Sinais e sintomas atribuídos à preparação para a colonoscopia**

Sinais e sintomas ao preparo	Presença		Ausência	
	n	%	n	%
Náusea	61	61,0	39	39,0
Vômito	53	53,0	47	47,0
Dor ou ardor retal	94	94,0	6	6,0
Sudorese	85	85,0	15	15,0
Tontura	81	81,0	19	19,0
Nenhum	10	10,0	90	90,0

### **3.1.3 Sentimentos após a preparação para a colonoscopia e imediatamente antes do exame**

Questionados quanto aos sentimentos vivenciados quando se apresentaram à enfermeira, no dia e horário agendado, para serem submetidos à colonoscopia, 57,0% dos pacientes referiram intensidade ausente ou no máximo de nível baixo; 25,0% deles perceberam ansiedade de intensidade alta ou muito alta (cf. Gráfico 5).

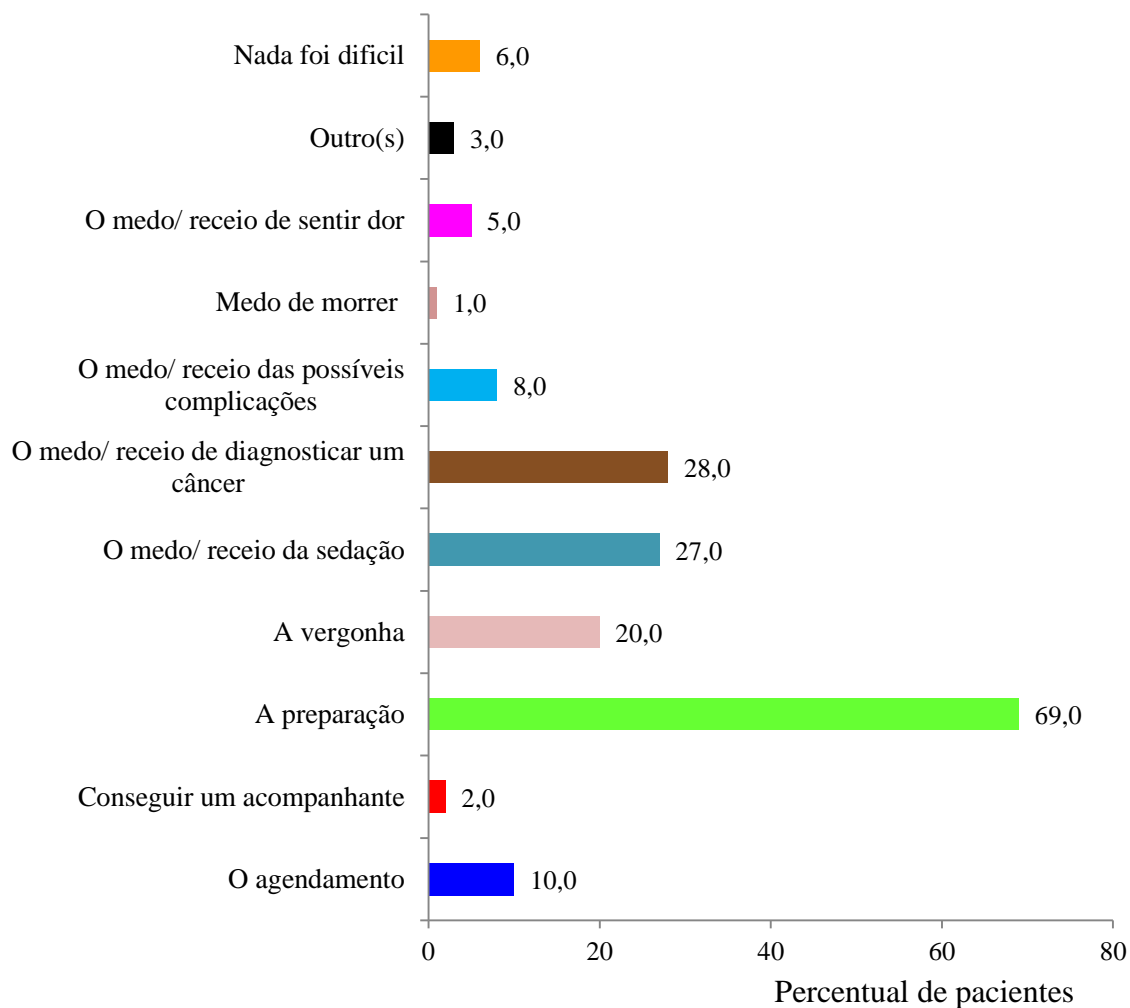


**Gráfico 5 – Distribuição de frequência da intensidade de ansiedade no dia da colonoscopia**

Buscou-se também determinar as maiores dificuldades que os pacientes enfrentaram em cada um dos momentos até serem submetidos à colonoscopia, conforme se observa no Gráfico 6.

Dez por cento dos pacientes julgaram difícil decidir agendar o exame; 2,0% tiveram dificuldade de conseguir uma pessoa disposta a acompanhá-los no dia do exame por ser essa uma condição *sine qua non* para ser submetido à colonoscopia; 69,0% relataram dificuldade para realizar o preparo do cólon. A vergonha de se submeter ao exame foi considerada uma dificuldade por 20,0% dos pacientes. As demais dificuldades estiveram afeitas ao exame propriamente dito e incluíram medo da sedação, de diagnóstico de câncer, de complicações do exame, de sentir dor e de morrer durante o exame. Constatou-se também que 6,0% dos pacientes não vivenciaram qualquer dificuldade antecedendo a colonoscopia.

**Gráfico 6 –Dificuldades vivenciadas pelos pacientes antes de serem submetidos à colonoscopia**



### 3.1.4 Sentimentos após o exame

Uma vez submetidos ao exame, 71% dos pacientes afirmaram não ter percebido qualquer sintoma durante a sua realização. A distensão abdominal foi referida por 14,0%, a dor ou cólica abdominal esteve presente em 7,0% e a dor ou ardor retal foi referido por outros 5,0%. Um paciente relatou estar com sangramento retal posterior à recolha dos dados, logo após o exame e dois pacientes referiram desconforto sem especificá-los (cf. Tabela 9).

**Tabela 9 – Sintomas e sinais referidos pelos pacientes após a colonoscopia**

Sinais e sintomas após o exame	n	%
Nenhum	71	71,0
Distensão abdominal	14	14,0
Dor/Cólica	7	7,0
Dor/Ardor retal	5	5,0
Outros	2	2,0
Sangramento retal	1	1,0

Solicitados a comparar os sentimentos despertados ao exame com as suas expectativas, 76,0% dos pacientes avaliaram-nos melhores do que haviam imaginado, dentre os quais 39,0% expressaram não ter percebido sequer a conclusão do mesmo por “não lembrarem de nada”. Para 15,0% dos pacientes, os sentimentos foram iguais aos esperados. Cinco por cento dos pacientes julgaram o exame pior que o esperado e para 4,0% não foi tão ruim. Mesmo assim, 88,0% dos pacientes afirmaram que concordariam em se submeter a nova colonoscopia, quando necessário, ao passo que 12,0% negaram ou não tinham certeza. Setenta e um por cento dos pacientes julgaram que os sentimentos vivenciados antes e durante o exame não estavam relacionados com o sexo do médico e 6,0% não estavam certos disso (cf. Tabela 10).

**Tabela 10 – Avaliações feitas pelos pacientes após a colonoscopia**

Fator avaliado	Categorias	n	%
Sentimentos despertados após exame	o exame foi melhor do que eu imaginava	37	37,0
	já terminou ? não lembro de nada	39	39,0
	o exame foi como eu imaginava	15	15,0
	o exame não foi tão ruim como imaginava	4	4,0
	o exame foi pior do que eu imaginava	5	5,0
Repetiria o exame se necessário	sim	88	88,0
	não/ não tenho certeza	12	12,0
Influência do sexo do médico para a adesão	não	71	71,0
	sim	23	23,0
	não tenho certeza	6	6,0

### 3.1.5 Dados relativos à colonoscopia em função do gênero

Conforme se observa na Tabela 11, os utentes do sexo masculino, comparados aos do sexo feminino, perceberam ter maior nível de conhecimento sobre colonoscopia, assim como mais frequentemente afirmaram haver risco na colonoscopia, perceberam-se tranquilos enquanto esperavam ser chamados para o exame e consideraram que o exame tinha sido pior que suas expectativas, mas nenhum alcançou significância estatística.

Utentes do sexo feminino com maior frequência afirmaram ter recebido do médico assistente informações sobre o exame; identificaram a população alvo para colonoscopia e necessidade de repetição periódica do exame; experimentaram com medo, vergonha, angústia, stress, ansiedade, influência do sexo do médico para adesão ao exame, bem como perceberam a colonoscopia melhor do que as suas expectativas prévias. Houve significância na lembrança de ter recebido esclarecimentos sobre o exame dados pelo médico solicitante e experimentar vergonha ao exame, mostrando as mulheres com maior frequência (cf. Tabela 11).

**Tabela 11 – Relação entre o gênero dos utentes e os dados relacionados com a colonoscopia**

Variável	Categoria	Gênero		Valor de p
		Masculino	Feminino	
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	Muito Razoável	8 (21,6)	11 (17,5)	0,804
	Pouco Nenhum	29 (78,4)	52 (82,5)	
Informação do médico solicitante	Sim	12 (32,4)	60 (95,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Não/Não lembro	25 (67,6)	3 (4,8)	
População alvo para esse exame	correto	31 (83,8)	57 (90,5)	0,495
	errado	6 (16,2)	6 (9,5)	
Necessidade de repetição periódica	correto	19 (51,4)	34 (54,0)	0,963
	errado	18 (48,6)	29 (46,0)	
Risco do exame	Sim	18 (48,6)	25 (39,7)	0,506
	Não/Não sei	19 (51,4)	38 (60,3)	
Medo	não	26 (70,3)	41 (65,1)	0,594
	sim	11 (29,7)	22 (34,9)	
Vergonha	não	26 (70,3)	30 (47,6)	<b>0,028</b>
	sim	11 (29,7)	33 (52,4)	
Tranquilidade	não	20 (60,6)	43 (68,2)	0,156
	sim	17 (39,4)	20 (31,8)	
Segurança	não	20 (60,6)	38 (60,3)	0,540
	sim	17 (39,4)	25 (39,7)	
Angústia	não	33 (89,2)	46 (73,0)	0,055
	sim	4 (10,8)	17 (27,0)	
Stress	não	30 (81,1)	51 (81,0)	0,987
	sim	7 (18,9)	12 (19,0)	
Nível de ansiedade antecedendo exame	nenhum/muito baixo/baixo	24 (64,9)	37 (58,7)	0,692
	razoável alto/muito alto	13 (35,1)	26 (41,3)	
Repetiria o exame se necessário	Sim	34 (91,9)	54 (85,7)	0,280
	Não; não tenho certeza	3 (8,1)	9 (14,3)	
Influência do sexo do médico para a adesão	Sim	7 (18,9)	16 (25,4)	0,619
	Não; não tenho certeza	30 (81,1)	47 (74,6)	
Sentimentos despertados após o exame	Pior do que esperado	4 (10,8)	5 (7,9)	0,902
	Melhor ou igual ao esperado	33 (89,2)	58 (92,1)	

Nota: valores de p calculados com o teste U de Mann-Whitney  
Associações significantes estão grafadas em negrito

### 3.1.6 Relação da idade do utente com a colonoscopia

Ao relacionar a idade dos utentes com os dados de colonoscopia, constatou-se que os participantes com mais de 55 anos, comparados aos participantes mais jovens, com maior frequência perceberam ter pouco ou nenhum conhecimento sobre colonoscopia, embora lembrassem ter recebido informações do médico solicitante da colonoscopia. Os pacientes mais velhos reconheceram a população-alvo de rastreio de câncer colorretal, mas mais raramente relataram necessidade de repetição do exame. Antecedendo ao exame, sofreram mais sentimentos negativos de medo, vergonha, ansiedade, stress, assim como entenderam que o exame fora mais desagradável do que as suas expectativas. No entanto, nenhuma dessas diferenças de frequência alcançou significância estatística.

**Tabela 12 – Relação entre classe etária dos utentes e os dados relacionados com a colonoscopia**

Variável	Categoria	Classe de idade		Valor de p
		≤ 55 anos	>56 anos	
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	muito/razoável	11 (30,6)	8 (12,5)	0,052
	pouco/nenhum	25 (69,4)	56 (87,5)	
Informação do médico solicitante	sim	16 (27,8)	26 (40,6)	0,435
	não/não lembro	20 (72,2)	38 (59,4)	
População alvo para esse exame	correto	30 (83,3)	58 (90,6)	0,222
	errado	6 (16,7)	6 (9,4)	
Necessidade de repetição periódica	correto	23 (63,9)	30 (46,9)	0,076
	errado	13 (36,1)	34 (53,1)	
Risco do exame	Sim	16 (27,8)	27 (42,2)	0,141
	Não/Não sei	20 (72,2)	37 (57,8)	
Medo	não	22 (61,1)	45 (70,3)	0,236
	sim	14 (38,9)	19 (29,7)	
Vergonha	não	23 (63,9)	33 (51,6)	0,613
	sim	13 (36,1)	31 (48,4)	
Tranquilidade	não	23 (63,9)	40 (62,5)	0,533
	sim	13 (36,1)	24 (37,5)	
Segurança	não	22 (61,1)	36 (56,2)	0,636
	sim	14 (38,9)	28 (43,8)	
Angústia	não	32 (88,9)	47 (73,4)	0,069
	sim	4 (11,1)	17 (26,6)	
Stress	não	32 (88,9)	49 (76,6)	0,132
	sim	4 (11,1)	15 (23,4)	
Nível de ansiedade antecedendo exame	nenhum/muito baixo/baixo	12 (33,3)	27 (42,2)	0,256
	razoável/ alto/muito alto	24 (66,7)	37 (57,8)	
Repetiria o exame se necessário	Sim	34 (94,4)	54 (84,4)	0,119
	Não; não tenho certeza	2 (5,6)	10 (15,6)	
Influência do sexo do médico para a adesão	Sim	7 (19,4)	16 (25,0)	0,442
	Não; não tenho certeza	27 (80,6)	48 (75,0)	
Sentimentos despertados após o exame	Pior do que esperado	1 (2,8)	8 (12,6)	0,098
	Melhor ou igual ao esperado	35 (97,3)	56 (87,5)	

Nota: valores de p calculados com o teste U de Mann-Whitney  
Associações significantes estão grafadas em negrito

### 3.1.7 Relação do estado civil do utente com a colonoscopia

Ao investigar a relação entre o estado civil do utente e os sentimentos desencadeados desde a prescrição de colonoscopia de rastreio para câncer colorretal até a conclusão do exame, conforme se observa na Tabela 13, identificou-se que solteiros, viúvos e divorciados mais frequentemente perceberam sentimentos negativos, quando comparados aos casados ou em união estável.

Utentes não casados ou em união estável mais frequentemente perceberam medo, inquietude, insegurança, angústia e incerteza de concordar em se submeter a novo exame se necessário, característica que atingiu significância estatística (cf. Tabela 13).

**Tabela 13 – Relação entre estado civil dos utentes e os dados relacionados com a colonoscopia**

Variável	Categoria	Estado civil		Valor de p*
		Casado/União estável	Outros estados civis	
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	Muito/Razoável	15 (21,7)	4 (12,9)	0,298
	Pouco/Nenhum	54 (78,3)	27 (81,1)	
Informação do médico solicitante	Sim	29 (42,0)	12 (38,7)	0,755
	Não/Não lembro	40 (58,0)	19 (61,3)	
População alvo para esse exame	correto	61 (88,4)	27 (87,1)	0,545
	errado	8 (11,6)	4 (12,9)	
Necessidade de repetição periódica	correto	38 (55,1)	15 (48,4)	0,343
	errado	31 (44,9)	16 (51,6)	
Risco do exame	Sim	28 (40,6)	15 (48,4)	0,304
	Não/Não sei	41 (59,4)	16 (51,6)	
Medo	não	49 (71,0)	18 (58,1)	0,203
	sim	20 (29,0)	13 (41,9)	
Vergonha	não	40 (58,0)	16 (51,6)	0,554
	sim	29 (42,0)	15 (48,4)	
Tranquilidade	não	40 (58,0)	23 (74,2)	0,120
	sim	29 (42,0)	8 (25,8)	
Segurança	não	36 (52,2)	22 (71,0)	0,078
	sim	33 (47,8)	9 (29,0)	
Angústia	não	58 (81,2)	21 (67,7)	0,064
	sim	11 (18,8)	10 (32,3)	
Stress	não	56 (81,2)	25 (80,6)	0,952
	sim	13 (18,8)	6 (19,4)	
Nível de ansiedade antecedendo exame	nenhum/muito baixo/baixo	34 (49,3)	16 (51,6)	0,500
	razoável alto/muito alto	35 (50,7)	15 (48,4)	
Repetiria o exame se necessário	Sim	66 (95,6)	22 (71,0)	<b>0,021</b>
	Não; não tenho certeza	3 (4,4)	9 (29,0)	
Influência do sexo do médico para a adesão	Sim	14 (20,3)	9 (29,0)	0,238
	Não; não tenho certeza	55 (79,7)	22 (71,0)	
Sentimentos despertados após o exame	Pior do que esperado	4 (5,8)	5 (16,1)	0,101
	Melhor ou igual ao esperado	65 (94,2)	26 (83,9)	

Nota: valores de p calculados com o teste U de Mann-Whitney

Associações significantes estão grafadas em negrito

### 3.1.8 Relação da escolaridade do utente com a colonoscopia

Na Tabela 14, são apresentados os resultados da associação entre percepções, sintomas e sinais atribuídos à colonoscopia e escolaridade dos participantes. A escolaridade não interferiu na avaliação subjetiva do nível de conhecimento sobre colonoscopia, pois a maioria dos utentes de ambos os grupos o avaliou como pouco ou nenhum; informou corretamente a população-alvo para rastreio de câncer colorretal por colonoscopia; não sabia ou entendeu não haver qualquer risco em se submeter à colonoscopia, como também avaliou o exame melhor do que as suas expectativas prévias.

**Tabela 14 – Relação entre escolaridade dos utentes e os dados relacionados com a colonoscopia**

Variável	Categoria	Escolaridade		Valor de p*
		Até fundamental	Médio e superior	
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	Muito/Razoável	6 (28,6)	13 (16,4)	0,179
	Pouco/Nenhum	15 (71,4)	66 (83,6)	
Informação do médico solicitante	Sim	13 (61,9)	45 (57,0)	0,440
	Não/Não lembro	8 (28,1)	34 (43,0)	
População alvo para esse exame	correto	18 (85,7)	70 (88,6)	0,482
	errado	3(14,3)	9 (11,4)	
Necessidade de repetição periódica	correto	10 (47,6)	43 (54,4)	0,378
	errado	11 (52,4)	36 (45,6)	
Risco do exame	Sim	9 (42,8)	34 (43,0)	0,594
	Não/Não sei	12 (57,2)	45 (57,0)	
Medo	não	12 (57,2)	55 (69,6)	0,205
	sim	9 (42,8)	24 (30,4)	
Vergonha	não	8 (28,1)	48 (60,8)	0,054
	sim	13 (61,9)	31 (39,2)	
Tranquilidade	não	17 (81,0)	46 (58,2)	<b>0,045</b>
	sim	4 (19,0)	33 (41,8)	
Segurança	não	14 (66,7)	44 (55,7)	0,258
	sim	7 (33,3)	35 (44,3)	
Angústia	não	12 (57,2)	67 (84,8)	<b>0,009</b>
	sim	9 (42,8)	12 (15,2)	
Stress	não	16 (76,2)	65 (82,3)	0,362
	sim	5 (23,8)	14 (17,7)	
Nível de ansiedade antecedendo exame	nenhum/muito baixo/baixo	11 (52,4)	39 (49,4)	0,500
	razoável alto/muito alto	10 (47,6)	40 (50,6)	
Repetiria o exame se necessário	Sim	16 (76,2)	72 (91,1)	<b>0,003</b>
	Não; não tenho certeza	5 (23,8)	7 (8,9)	
Influência do sexo do médico para a adesão	Sim	5 (23,8)	18 (22,8)	0,564
	Não; não tenho certeza	16 (76,2)	61 (77,2)	
Sentimentos despertados após o exame	Pior do que esperado	3 (14,3)	6 (7,6)	0,296
	Melhor ou igual ao esperado	18 (85,7)	73 (92,4)	

Nota: valores de p calculados com o teste U de Mann-Whitney  
Associações significantes estão grafadas em negrito

No entanto a escolaridade manteve relação com os sentimentos vivenciados antes e durante a colonoscopia. Utentes com menor escolaridade mais frequentemente perceberam medo do exame, vergonha em expor seu corpo, inquietude, insegurança, angústia, stress, comparados àqueles com maior escolarização, entretanto só alcançaram significância as associações da escolaridade com inquietude e angústia desencadeadas pelo exame, bem como a incerteza de aquiescer em se submeter a novo exame, caso necessário (cf. Tabela 14).

### **3.1.9 Relação da atividade profissional do utente com a colonoscopia**

O exercício de atividade profissional não interferiu na autoavaliação dos participantes sobre nível de conhecimento, população-alvo de rastreio para câncer colorretal, fixação de ter recebido informação sobre o exame pelo médico solicitante, necessidade de repetição periódica ou risco a que estava exposto em decorrência do exame. Em relação aos sentimentos desencadeados pela colonoscopia, houve associação estatística entre segurança e atividade profissional, sendo que os utentes com atividade profissional que mais frequentemente vivenciaram insegurança que os inativos por aposentadoria ou desemprego (Tabela 15).



**Tabela 15 – Relação entre atividade profissional dos utentes e os dados relacionados com a colonoscopia**

Variável	Categoria	Atividade profissional		Valor de p*
		presente	aisente	
Nível de conhecimento sobre colonoscopia	Muito/Razoável	9 (16,1)	10 (22,7)	0,278*
	Pouco/Nenhum	47 (83,9)	34 (77,3)	
Informação do médico solicitante	Sim	24 (42,8)	18 (40,9)	0,504
	Não/Não lembro	32 (57,2)	26 (59,1)	
População alvo para esse exame	correto	5 (8,9)	7 (15,9)	0,224
	errado	51 (91,1)	37 (84,1)	
Necessidade de repetição periódica	correto	32 (57,1)	21 (47,7)	0,231
	errado	24 (42,9)	23 (52,3)	
Risco do exame	Sim	24 (42,8)	19 (43,2)	0,567
	Não/Não sei	32 (57,2)	25 (56,8)	
Medo	não	35 (62,5)	32 (72,7)	0,194
	sim	21 (37,5)	12 (27,3)	
Vergonha	não	29 (51,8)	27 (61,4)	0,225
	sim	27 (48,2)	17 (38,6)	
Tranquilidade	não	39 (69,6)	24 (54,5)	0,090
	sim	17 (20,4)	20 (45,5)	
Segurança	não	37 (66,1)	21 (47,7)	<b>0,050</b>
	sim	19 (33,3)	23 (52,3)	
Angústia	não	42 (75,0)	37 (84,1)	0,195
	sim	14 (25,0)	7 (15,9)	
Stress	não	46 (82,1)	35 (79,5)	0,469
	sim	10 (17,9)	9 (20,5)	
Nível de ansiedade antecedendo exame	nenhum/muito baixo/baixo	19 (33,9)	20 (45,4)	0,167
	razoável alto/muito alto	37 (66,1)	24 (54,5)	
Repetiria o exame se necessário	Sim	48 (85,7)	40 (90,9)	0,318
	Não; não tenho certeza	8 (14,3)	4 (9,1)	
Influência do sexo do médico para a adesão	Sim	15 (26,8)	8 (18,2)	0,220
	Não; não tenho certeza	41 (73,2)	36 (81,8)	
Sentimentos despertados após o exame	Pior do que esperado	5 (8,9)	4 (9,1)	0,622
	Melhor ou igual ao esperado	51 (91,1)	40 (90,1)	

Nota: valores de p calculados com o teste U de Mann-Whitney  
Associações significantes estão grafadas em negrito



## Capítulo 4 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados, segundo Pereira (2013, p. 537), é o local do artigo em que deve ser apresentado o significado dos resultados, pela comparação com outros autores, assim como “a posição do autor sobre o assunto”.

A distribuição da discussão em tópicos possibilita abordar as diversas facetas dos resultados, de tal forma que “o conjunto fornece os subsídios para se julgar a adequação dos argumentos, da conclusão e de todo o texto” (Pereira, 2013, p. 537).

Ao fazer referência a questões empíricas ou hipóteses, bem como a consideração da sua validade e legitimidade de possíveis generalizações, é possível auxiliar o leitor a enunciar outras generalizações ou identificar os conhecimentos desvendados pela pesquisa (Pereira, 2013).

Assim, optou-se por dividir este capítulo na discussão dos aspectos metodológicos, com o intuito de referir as limitações e dificuldades sentidas durante o planejamento e a execução da pesquisa, e na discussão dos resultados propriamente dita.

### 4.1 Discussão dos aspectos metodológicos

Apesar de a escolha do tema desta pesquisa ter sido ditada pelo grande interesse em: entender o sofrimento que presenciávamos entre os utentes, desde o agendamento da colonoscopia até a conclusão do exame; desenvolver ações de acolhimento dos utentes como Enfermeira em serviço de colonoscopia, minimizando-lhes os desconfortos, as incertezas e o medo e aprimorando as nossas atividades; tínhamos consciência de que haveria que enfrentar dificuldades.

A primeira delas foi a obtenção de anuência da Direção do Hospital para a recolha de dados, que pareceu estar relacionada com as características próprias da instituição. O hospital tem clientela fechada, cujo desempenho profissional é altamente competitivo e exige preparo técnico constante, em decorrência da atividade aeronáutica. Estarem expostos a altos níveis de estresse, necessidade de raciocínio rápido e decisões corretas no menor tempo possível, expõe esses profissionais a risco aumentado de doenças do sistema digestivo. O estresse profissional e o rigoroso regime de caserna na

maior parte dos casos é extrapolado para os familiares, os quais, igualmente, ficam expostos a maior risco de adoecimento. Todavia pesquisas que revelem comprometimento de saúde desses profissionais podem expor a Corporação a críticas da sociedade, do que decorre um cuidado redobrado da direção do Hospital para autorizar pesquisas com esses utentes.

A esse retardo de anuência, dedicado à explicação do método que seria utilizado na pesquisa, somou-se dificuldade de aprovação do projeto pelo Sistema Unificado Brasileiro de autorização de pesquisas envolvendo seres humanos, denominado Plataforma Brasil, que passou a vigorar a partir de 2009, em substituição ao Sistema Nacional de Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Ainda que a Plataforma Brasil seja um sistema informatizado de registro, distribuição e julgamento de pesquisas em todo o Brasil, pelos diversos Comitês de Ética, com a definição de um prazo máximo de 30 dias para Parecer, esse prazo não é cumprido.

O sistema eletrônico é lento e sofre constantes descontinuações de transmissão, o que obriga editar a mesma pesquisa mais de uma vez, até que o sistema informe ter efetuado o registro. A falta de conhecimento metodológico dos membros dos Comitês de Ética retarda o julgamento das pesquisas, bem como gera solicitações e exigências inadequadas, chegando mesmo a decorrerem 90 dias até que o Comitê de Ética se pronuncie. Tal retardo gera demandas como mudança do cronograma da pesquisa, em um ciclo vicioso difícil de romper.

Adicionalmente, os membros dos Comitês de Ética ainda resistem em julgar os projetos de pesquisa *on line*, estabelecendo exigências que retroagem o processo de julgamento ao período em que todos os projetos deviam ser entregues impressos em meio físico. Dessa feita, cabe ao pesquisador identificar o Comitê de Ética mais ágil, tecnicamente mais competente, para registrar seu projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, sob pena de até mesmo perder os prazos de cumprimento das exigências acadêmicas.

Essas dificuldades fizeram com que o planejamento de recolha dos dados sofresse diversas modificações, para que se obtivesse o tamanho amostral estimado. Em verdade, conseguimos um total satisfatório de utentes, porém ainda menor que nosso objetivo, reduzindo o poder de prova dos resultados.

Interessante registrar o efeito positivo de tais retardos. Por termos entabulado conversa com os utentes sobre a importância de uma pesquisa que possibilitasse

conhecer melhor as dificuldades que enfrentavam quando precisavam ser submetidos à colonoscopia, eles se interessaram e constantemente questionavam quando a pesquisa teria início, o que resultou em alta adesão deles à pesquisa.

Podemos classificar tal adesão como alta, ao identificar que os utentes buscaram sempre detalhar sentimentos, percepções, sintomas e sinais, bem como expor possíveis explicações para essas vivências. Podemos atribuir tal conduta ao fato de ser Enfermeira do setor de colonoscopia há muitos anos, facilitando o surgimento de familiaridade e facilidade de exposição de assuntos que usualmente não abordavam com outros profissionais da equipe de colonoscopia do hospital.

No referente à construção do instrumento de recolha dos dados, identificamos, tal como referiram Winawer et al. (2007), inexistência de um protocolo dedicado à investigação de percepções, sentimentos e aflições vivenciadas pelos pacientes submetidos à colonoscopia. A investigação das barreiras para adesão do paciente à colonoscopia é recente em relação às investigações sobre a carcinogénese colorretal e seu tratamento. Foram os estudos da Organização Mundial de Gastroenterologia sobre a impossibilidade de diagnóstico precoce de câncer colorretal que, nos últimos 10 anos, tem motivado investigação das barreiras para adesão dos utentes.

Atribuímos a inexistência de um protocolo de investigação das barreiras sociais, económicas e psicológicas à colonoscopia ser ainda um tema pouco explorado, comparativamente aos estudos voltados à neoplasia maligna. Daí decorreu termos elencado variáveis deste estudo com base na literatura que nos serviu de base para a construção do referencial teórico.

Considera-se que as opções metodológicas foram adequadas para esta investigação, uma vez que os resultados permitiram comprovar as hipóteses, caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes submetidos ao primeiro rastreio de câncer colorretal por colonoscopia, determinar a influência das variáveis sociodemográficas sobre o nível de conhecimento e os sentimentos vivenciados nesse exame; caracterizar os sintomas atribuíveis a alterações colorretais, dor percebida ao exame e risco a que estava exposto pela doença, bem como estabelecer a relação entre o nível de conhecimento dos utentes sobre câncer colorretal e os sentimentos desencadeados neles por sua primeira colonoscopia de rastreio de câncer.

Atendendo à pesquisa realizada e às características dos dados obtidos, considera-se adequado proceder à reflexão sobre os resultados, confrontando-os os dados de autores cujas pesquisas compuseram a revisão integrativa da literatura.

## **4.2 Discussão dos resultados**

Mantendo a lógica que norteou a construção dos resultados, optamos por discutí-los com o mesmo ordenamento.

Sobre às características amostrais, apurou-se uma faixa etária ampla, dos 18 aos 86 anos, o que está de acordo com a recomendação da American Academy of Gastroenterology, ao alertar que o exame deve ser solicitado para jovens, desmistificando que o rastreio do câncer colorretal deve ser priorizado para idosos. As estatísticas mundiais têm indicado aumento da incidência e da mortalidade de adultos na faixa etária dos 20 aos 49 anos por câncer colorretal (American Cancer Society, 2014, 2015; Canadian Cancer Society, 2015; Rêgo et al., 2012).

O predomínio de utentes do sexo feminino nesta pesquisa esteve relacionado à maior frequência com que as mulheres buscam por assistência médica (Organização Mundial de Saúde, 2011), não parecendo relacionar-se com as características epidemiológicas do câncer colorretal. As estatísticas mundiais dessa neoplasia apontam maior incidência no sexo masculino (Canadian Cancer Society, 2015; Siegel, Desantis, & Jemal, 2014). Pesquisa realizada em centro de referência para oncologia, no estado do Piauí, região Nordeste do Brasil, não identificou predomínio segundo gênero (Rêgo et al., 2012), mas as estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) apontam maior número de casos novos em mulheres (INCA, 2014).

A distribuição dos utentes quanto à escolaridade reflete a característica da clientela do Hospital local de estudo. Pertencer aos quadros da Força Aérea Brasileira requer ter completado no mínimo o ensino médio, o que explica 83,0% dos participantes terem mais de 11 anos de educação formal (Brasil. Ministério da Defesa, 2015). Analogamente, a distribuição de situação funcional refletiu a característica da clientela do hospital – eram militares no exercício de funções ou inativos. Todavia não se utilizou a denominação inativo, porque havia dentre os utentes mulheres aposentadas, não militares.

## **Conhecimentos sobre colonoscopia**

Admitindo que o conhecimento sobre um exame diagnóstico contribui positivamente para a adesão do paciente, buscou-se identificar objetivamente o nível de conhecimento dos utentes sobre colonoscopia, o que possibilitou apurar ser baixo e não perceber o profissional de saúde como agente de comunicação.

Houve incoerência de informações acerca de o médico solicitante da colonoscopia ter informado o utente sobre o exame, já que 41,0% dos pacientes afirmaram ter recebido informação do médico, mas apenas 19,0% afirmaram ter sido ele o agente informante sobre o exame; mais frequentemente os utentes reconheceram um vizinho, um familiar ou um amigo como fonte de informação. Essa constatação pareceu indicar que a existência de um laço de confiança com o agente informante facilita a fixação da mensagem ou do ensinamento, assim como o diálogo de dúvidas e temores, rompendo a barreira que dificulta a adesão à colonoscopia.

Os pacientes, dessa pesquisa, terem sido submetidos ao primeiro rastreio de câncer colorretal pode ter contribuído para a dispersão de atenção às informações oferecidas pelo médico solicitante. Trevisani et al. (2014), questionando a associação de ansiedade e dor com colonoscopia, afirmam que pacientes sem experiência prévia com um procedimento invasivo, como a colonoscopia, tendem a ser menos aderentes às informações e aos exames. Adicionalmente esses autores relatam a conotação indigna de ser submetido à colonoscopia como fator que dificulta até mesmo a recepção da informação. A exposição da região anal a uma pessoa “estranha” pode contribuir para rejeição do exame e desencadeamento de condutas negativas, como a negação de atenção (Trevisani et al., 2014).

Comparar a avaliação subjetiva do nível de conhecimento sobre colonoscopia com aquela realizada a partir das respostas verbalizadas sobre conceito, função e riscos desse exame acarreta concordar com o alerta da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil e das Academias de Gastrenterologia quanto à necessidade urgente de ações voltadas para a população, os médicos e os gestores de saúde.

A hipótese de que os utentes se apresentavam para o agendamento com pouco ou nenhum conhecimento sobre colonoscopia foi confirmada ao se identificar muito baixo percentual de pacientes que enunciavam um conceito do qual constavam o órgão-alvo, o

objetivo de visualização e a função de diagnosticar câncer ou lesões. Decorre afirmar que, para a população em geral, é necessária educação para a saúde abordando prevenção primária e secundária do câncer colorretal.

O desconhecimento dos utentes após lhes ter sido solicitada colonoscopia, aponta para a necessidade de ação direcionada à capacitação dos médicos sobre os métodos diagnósticos dessa neoplasia e a necessidade de sua solicitação. Para os gestores de saúde, a ação indicada é a conscientização da necessidade de disponibilização da colonoscopia para a população em geral (American Cancer Society, 2015; Brasil, 2010; Cordeiro et al., 2001; Cruz & Sarfaty, 2014).

Este estudo tal como os achados de Chung et al. (2013), Voiosu et al.(2014), Ussui e Estudo (2010), Kiviniemi, Jandorf, e Erwin (2013) também mostrou que a falta de conhecimento é uma barreira importante para a não adesão e sofrimento dos utentes que serão submetidos a colonoscopia. Um percentual oito vezes maior de pacientes que conhecem a via de entrada do aparelho em relação àqueles que enunciam a prevenção de câncer ao conceituar colonoscopia aponta para uma barreira importante na adesão do exame.

É inquestionável que uma das barreiras para adesão dos pacientes ao exame de triagem de câncer colorretal é o fato de dedicar-se à análise topográfica dos intestinos, órgão nobilíssimo, que conta com uma mistificação jocosa por parte da população.

É preciso reconhecer que informar a familiares ou amigos a necessidade de se submeter a uma endoscopia digestiva alta não tem a mesma conotação que a informação de uma colonoscopia, embora os equipamentos para o exame seja semelhantes e ambos investiguem neoplasia no trato digestório. Dessa feita parece a barreira de adesão e difusão da importância da colonoscopia é tratar-se da via anal para introdução do aparelho (Miller et al., 2014).

Na presente pesquisa, houve um achado que merece reflexão. A maioria dos utentes não enunciou um conceito de colonoscopia e associou a função do exame ao diagnóstico de câncer, atribuindo menor importância à possibilidade de prevenção do câncer. Esta foi a segunda barreira identificada nesta pesquisa que corroborou achados de Kiviniemi et al. (2013), ao relatarem que sentimentos negativos, como o medo de câncer, atuam como barreiras para que as pessoas percebam os benefícios da colonoscopia e, como consequência, retardem o exame e sofram.



Parece pertinente admitir essa hipótese entre os utentes de nossa pesquisa posto que identificavam a época de rastreio, os motivos da solicitação do exame, mas não se recordavam dos riscos de serem submetidos ao exame. Adicionalmente identificar que a maioria dos pacientes já apresentava sintomas ou sinais compatíveis com doença intestinal, portanto teve indicação diagnóstica, confere maior importância ao treinamento dos médicos para que forneçam informação aos pacientes, com propriedade respeitando suas necessidades de compreensão, bem como considerando o impacto que a própria solicitação pode exercer sobre o utente. Silva et al. (2015), em estudo descritivo envolvendo 144 pessoas em quimioterapia para câncer colorretal a 100 pacientes em período pré-colonoscópico, comprovaram que o stress percebido do grupo não diagnosticado era maior que daquele em terapia medicamentosa.

### **Sentimentos associados à solicitação do exame**

Os utentes investigados vivenciaram maior número e com maior frequência sentimentos negativos a partir da solicitação da colonoscopia, corroborando os achados de Silva et al. (2015) e de Kiviniemi et al. (2013), ao relatarem altos níveis de stress, tristeza, medo, vergonha, inquietude, que constituem barreiras para se submeter ao exame.

Durante a recolha dos dados, alguns participantes relatam ter ouvido de vizinhos e amigos, histórias de morte durante o exame; perfuração intestinal, de pessoas que perceberam reação de mal-estar. Essas informações que os utentes traziam, podem ter contribuído para a construção do medo do exame.

A indignidade, a que Trevisani et al. (2014) se referem, de ter colonoscopia solicitada por um médico assistente, pôde ser identificada durante a recolha dos dados. Alguns utentes choravam durante o agendamento do exame e enquanto ouviam as informações de preparo do intestino; apresentavam suor frio quando aguardavam para serem chamados à sala de exame e enunciavam desejo de desistir do exame, mesmo após ter realizado o preparo intestinal, alegando medo e vergonha, especialmente as mulheres.

Esses pacientes foram submetidos a altas doses de laxante isosmótico composto por associação de polietilenoglicol de alto peso molecular e eletrólitos, não absorvível no trato digestório, que promove diarreia profusa durante 12 a 16 horas consecutivas,

para limpeza completa do trato digestivo. Ao laxante, associam-se drogas que reduzem a formação de gases intestinais e evitam náusea e vômitos. Para que um paciente desista do exame após ter completado o preparo é necessário que vivencie sentimentos de grande intensidade, o que reafirma a necessidade de auxiliar o paciente a construir seus conceitos de colonoscopia ressaltando os benefícios da prevenção.

### **Sentimentos após o preparo do cólon e imediatamente antes do exame**

O preparo do intestino para o exame é, mundialmente, o maior empecilho para que os pacientes concordem em se submeter à colonoscopia, porque ainda não se dispõe de um método de limpeza intestinal confortável, indolor e agradável (Chung et al., 2013; Dázio et al., 2009; Oliveira & Zuccaro, 1999; Ussui et al., 2013).

Essa etapa, que precede o exame, infringe grande sofrimento aos pacientes. Uma vez concluída, a atenção deles fica voltada para a sedação. Durante o exame, são administrados sedativos que promovem amnésia retrógrada e analgesia, permitindo “ao paciente tolerar um procedimento desagradável ao aliviar a ansiedade, o desconforto ou a dor” (Azevedo, 2006, p. 715). A sedação tem as funções de acalmar o paciente durante o exame e mantê-lo imóvel na posição anatômica necessária, para que o procedimento seja realizado com segurança.

A administração desses medicamentos pode, pelo menos em parte, explicar as opiniões favoráveis que os pacientes expressaram de que o exame foi melhor que sua expectativa, ou ainda que foi tão rápido que não deu para perceber sua duração. Uma vez concluído o procedimento, se necessário, administra-se medicação que reduz o efeito sedativo, para que o paciente possa recobrar seu estado de alerta para que receba alta (Azevedo, 2006).

O procedimento de sedação/analgesia requer que o paciente se apresente ao exame acompanhado de uma pessoa de quem dependerá após a alta, já que seu estado de atenção ainda está comprometido, facilitando queda da própria altura, o que constituiu uma barreira para 2,0% dos utentes de nossa pesquisa.

A estrutura da sociedade atual é marcada pela desvalorização do idoso e pelo afastamento de filhos e netos. Dessa feita, o idoso com indicação de colonoscopia pode se ver privado do exame pela indisponibilidade dos parentes, ou mesmo pelo baixo poder aquisitivo, que o impossibilita de contratar serviço de terceiros para acompanhá-

lo em uma colonoscopia. Durante a recolha dos dados, foi possível presenciar cancelamento do agendamento para o exame sob a alegação de que a idosa só tinha filho homem e ele era muito ocupado. Pacientes, nessa condição, vivenciam uma relação de angústia que os leva às lágrimas; porque sem acompanhante o exame é suspenso pelo médico, devido ao risco de queda pós-exame. Essa identificação aponta para a presença de barreira social e socioeconômica à prevenção do câncer, que precisam constar da pauta do médico solicitante, para que busque uma solução com o paciente.

É relevante assinalar que a barreira social à prevenção do câncer colorretal pela ausência de acompanhante não foi relatada por qualquer dos autores consultados, incluindo artigos e guias de conduta, constituindo assim um diferencial desta pesquisa. A importância do acompanhante para o idoso desenvolver atividades de vida diária e atender a suas necessidades, tal como comparecer a consultas médicas, é referida nas políticas brasileiras, incluindo aquela voltada para a humanização na atenção à saúde do idoso, porém “existem inúmeros obstáculos impedindo que essas políticas possam, de fato, ser concretizadas, o que também impede a equidade, integralidade e universalidade, diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde” (Lima, Arcieri, Garbin, & Moimaz, 2010, p. 874).

Com relação ao sentimento de vergonha, durante a recolha dos dados, observou-se que o acanhamento vivenciado com a solicitação do exame, durante o agendamento ou à recepção das instruções de preparo do cólon eram fruto de uma construção social de constrangimento do sujeito com doença na região anal. Para as mulheres é “vergonhoso” saberem que terão que expor essa região ao médico, já que essa situação as expõe a constrangimento (Lenardt, Hammerschmidt, Pívaro, & Borghi, 2007). Para os homens, como ressalta Maranhão (2011), a vergonha está na construção social da feminilização da pessoa ao se submeter a um exame que penetra a região anal, semelhante à resistência de adesão ao exame preventivo de câncer de próstata, em decorrência de o toque retal integrar o exame de rastreio (Miller et al., 2014).

### **Sentimentos após o exame**

A análise dos sentimentos referidos pelos participantes após a conclusão da colonoscopia requer cautela, uma vez que a sedação/analgesia, sem dúvida, contribui para o relato de ausência de qualquer sintoma, como também para a avaliação de que o exame fora melhor do que a expectativa do idoso.

Ressalte-se que os medicamentos administrados na sedação/analgesia têm ação de promover amnésia retrógrada, para que o paciente submetido a procedimento não se recorde dos sentimentos vivenciados durante a realização do mesmo (Azevedo, 2006).

Nas respostas sobre a influência do sexo do médico para a adesão à colonoscopia, identificou-se, durante a recolha dos dados, constrangimento do paciente em enunciar sua restrição, no dia em que o colonoscopista era do sexo masculino, como também quanto esse profissional era do sexo feminino.

### **Relações entre características sociodemográficas e dados da colonoscopia**

Para enriquecer os conhecimentos sobre as características dos utentes que podem influenciar sobre os dados atinentes à colonoscopia as quais podem ser úteis para se programar ações de humanização de atenção aos utentes com indicação de colonoscopia, foram consideradas sexo, idade, estado civil, escolaridade e atividade profissional, o que nos permitiu identificar associações relevantes.

A retenção da informação sobre o exame fornecida pelo médico solicitante mais frequente das utentes do sexo feminino possivelmente por buscarem mais frequentemente que os homens a assistência médica, o que lhes facilita a criação do hábito de prestar atenção às instruções.

Em relação aos sentimentos vivenciados em qualquer das etapas da colonoscopia, desde a recepção das instruções de preparo do cólon até a conclusão da colonoscopia, identificou-se que a vergonha se associou a pertencer ao sexo feminino, em decorrência do pudor a que se referem Lenardt et al. (2007).

A associação da tranquilidade com maior escolaridade e de a angústia ter sido mais frequente em utentes com menor nível de escolarização encontra explicação no alerta da Organização Mundial de Saúde ao referir que a escolaridade é uma

característica relevante na assistência à saúde por interferir sobre a percepção do utente sobre a assistência que lhe é prestada e por diminuir a sua própria vulnerabilidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

A identificação de associação entre não estar seguro de concordar em repetir a colonoscopia se necessário mais frequente dentre utentes solteiros, viúvos ou desquitados, ou seja, sem companheiro(a) fixo, pode estar relacionada à dificuldade em conseguir acompanhante para o exame, conforme discutido anteriormente.



## Capítulo 5 CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo permitem considerar que os objetivos da pesquisa foram alcançados já que se determinou o perfil sociodemográfico dos utentes submetidos a um primeiro exame colonoscópico para rastreio de câncer colorretal; apurou-se que as variáveis sociodemográficas não interferiram no nível de conhecimento dos utentes sobre a colonoscopia, mas estiveram presentes em relação a sentimentos desencadeados pelo exame.

Admitiu-se igualmente ter alcançado o objetivo de identificar que os sintomas atribuíveis a alterações colorretais, dor percebida ao exame pelo doente e risco a que a doença os expõe não influenciaram os sentimentos desencadeados nos utentes pelo primeiro exame colonoscópico, uma vez que o processo de sedação/analgesia bloqueou tais percepções.

Em relação ao nível de conhecimento sobre câncer colorretal influenciar os sentimentos desencadeados pela colonoscopia, não se pôde fazer tal afirmação pelo predomínio de utentes com baixo nível de conhecimento sobre o exame.

Uma das hipóteses enunciadas no início deste estudo foi aceita dado que o sexo, o estado civil, as habilitações literárias se relacionaram com os sentimentos desencadeados pela colonoscopia o mesmo não se podendo afirmar com relação à segunda e terceira hipóteses, em decorrência do baixo nível de conhecimento dos utentes sobre o exame.

Em nosso entender, este estudo contribuiu para enriquecer o conhecimento sobre as particularidades sobre os utentes que se submetem à colonoscopia, reforçando as premissas que alertam para a necessidade de humanizar todas as ações que precedem o exame, valorizando a percepção do utente, para fazer com que o processo de diagnóstico se transforme numa ação que também auxilie a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, os sujeitando ao menor sofrimento possível.





## Referências Bibliográficas

- American Cancer Society. (2014). *Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016. Colorectal Cancer Facts and Figures*. New York.
- American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts and Figures 2015*. New York. doi:10.3322/caac.21254
- Azevedo, M. P. De. (2006). Sedação e Anestesia em Endoscopia Digestiva. In I. L. Cavalcanti, F. A. de F. Cantinho, & A. Assad (Eds.), *Medicina Perioperatória* (pp. 709–724). Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.
- Bae, J. (2014). Methodological issues for determining intervals of subsequent cancer screening. *Epidemiology and Health*, 36, 1–5.
- Batista, R. R., Lima, R. F. C., Fonseca, M. F. M., Todinov, L. R., & Formiga, G. J. S. (2011). Indicações de colonoscopia versus achado de pólipos e neoplasias colorretais. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 31(1), 64–70.
- Bell, S., Sasaki, J., Sinclair, G., Chapuis, P. H., & Bokey, E. L. (2009). Understanding the anatomy of lymphatic drainage and the use of blue-dye mapping to determine the extent of lymphadenectomy in rectal cancer surgery: unresolved issues. *Colorectal Disease*, 11(5), 443–9. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.01769.x
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Brasil, M. da S. (2010). *Plano Nacional De Prevenção E Controle Das Doenças Oncológicas 2007 / 2010*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Defesa. (2015). Admissão e seleção - Instruções específicas para o exame de admissão (modalidade B) ao Curso de Formação de Sargentos da Aeronáutica. Brasília: Comando da Aeronáutica.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. doi:10.1590/S0103-73312007000100006

- Canadian Cancer Society. (2015). *Canadian Cancer Statistics Special topic : Predictions of the future burden of cancer in Canada*. Public Health Agency of Canada. Toronto.
- Carneiro Neto, J. D., Barreto, J. B. P., Freitas, N. S., & Queiroz, M. A. (2006). Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 26, 430–435. doi:10.1590/S0101-98802006000400009
- Centre for Disease Control and Prevention. (2001). *How to Collect High Quality Cancer Surveillance Data*. New York, New York, USA.
- Chung, S. H., Park, S. J., Hong, J. S., Hwang, J. Y., Lee, S. A., Kim, K. R., ... Kim, W. H. (2013). Comparison of double pants with single pants on satisfaction with colonoscopy. *World Journal of Gastroenterology*, 19(26), 4177–4184. doi:10.3748/wjg.v19.i26.4177
- Cordeiro, F., Yamaguch, N., Habr-Gama, A., Cutait, R., Reinan, R., Abramoff, R., ... Moraes, A. (2001). Diretrizes para diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 10–11. doi:10.1590/S0104-42302004000100017
- Cordeiro, F., Yamaguchi, N., Habr-Gama, A., Cutait, R., Reinan, R., Abramoff, R., ... Moraes, A. (2004). Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 10–11. doi:10.1590/S0104-42302004000100017
- Cossio, M. L. T., Giesen, L. F., Araya, G., Pérez-Cotapos, M. L. S., Vergara, R. L., Manca, M., ... Héritier, F. (2012). Quem tem medo da colonoscopia? *Uma ética Para Quantos?*, XXXIII(2), 81–87. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Cruz, M. S. D. de la, & Sarfaty, M. (2014). *Steps for Increasing Colorectal Cancer Screening Rates : A Manual for Community Health Centers*. New York.
- Dázio, E. M. R., Sonobe, H. M., & Zago, M. M. F. (2009). Os Sentidos De Ser Homem Com Estoma Intestinal Por Câncer Colorretal : Uma Abordagem Na Antropologia Das Masculinidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 1–8.
- Ferreira, J. D. (2008). Cancer de cólon e do recto pode ser curável. *Vida Saudável, Primavera*, 42–43.

- Fredericks, E., Dealtry, G., & Roux, S. (2015). Molecular aspects of Colorectal Carcinogenesis : A Review. *Journal of Cancer Biology & Research*, 3(1), 1057–1062.
- Gomes, R., Nascimento, E. F. Do, Rebello, L. E. F. D. S., & Araújo, F. C. De. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1975–1984. doi:10.1590/S1413-81232008000600033
- Gonzalez, S. a., Ziebarth, T. H., Wang, J., Noor, A. B., & Springer, D. L. (2012). Interventions Promoting Colorectal Cancer Screening in the Hispanic Population: A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 332–340. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01474.x
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 1–8.
- INCA. (2014). *Estimativa Incidência de câncer no Brasil - 2014*. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Ed.). Brasília: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. doi:978-85-7318-194-4
- Instituto Nacional do Câncer. (2011). *ABC do câncer: abordagem básicas para o controle do câncer. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer da mama no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca. Retrieved from [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
- John Hopkins Centre for Cancer Diagnosis. (2008). Learning about colorectal cancer. London: John Hopkins Centre for Cancer Diagnosis.
- Joviliano, O. F. D. (2011). Anatomofisiologia Anorretal. In Jj. J. R. da Rocha (Ed.), *Coloproctologia - princípios e práticas* (2nd ed., pp. 1–18). São Paulo: Editora Atheneu.
- Kiviniemi, M. T., Jandorf, L., & Erwin, D. O. (2013). Disgusted, Embarrassed, Annoyed: Affective Associations Relate to Uptake of Colonoscopy Screening. *Annals of Behavioral Medicine*, (January 2016), 1–8. doi:10.1007/s12160-013-9580-9
- Lenardt, M. H., Hammerschmidt, K. S. D. A., Pívaro, A. B. R., & Borghi, Â. C. S. (2007). Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 737–745. doi:10.1590/S0104-

07072007000400019

- Lima, T. J. V., Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., & Moimaz, S. A. S. (2010). Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saude E Sociedade*, 19(4), 866–877. doi:10.1590/S0104-12902010000400013
- Maranhão, E. (2011). Preconceito dificulta o combate ao câncer. *O Estado Do Maranhão*, 1.
- Mendonça, R., Valadão, M., Couto, A. C., & Koifman, S. (2012). Tendência de mortalidade por câncer colorretal em cinco capitais brasileiras de 1980 a 2009. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 20(3), 329–35.
- Miller, S. J., Izkowitz, S. H., Redd, W. H., Thompson, H. S., Valdimarsdottir, H. B., & Jandorf, L. (2014). Colonoscopy-Specific Fears in African Americans and Hispanics. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 4289(November), 1–8. doi:10.1080/08964289.2014.897930
- Mizuno, K.-I., Suzuki, Y., Takeuchi, M., Kobayashi, M., & Aoyagi, Y. (2014). Natural history of diminutive colorectal polyps: long-term prospective observation by colonoscopy. *Digestive Endoscopy*, 26 Suppl 2, 84–89. doi:10.1111/den.12263
- Morán, A., Ortega, P., de Juan, C., Fernández-Marcelo, T., Frías, C., Sánchez-Pernaute, A., ... Benito, M. (2010). Differential colorectal carcinogenesis: Molecular basis and clinical relevance. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2(3), 151–8. doi:10.4251/wjgo.v2.i3.151
- Netler, F. H. (2008). Atlas de Anatomia Humana. New York: Elsevier Inc.
- Nishihara, R., Wu, K., Lochhead, P., Morikawa, T., Liao, X., Qian, Z. R., ... Chan, A. T. (2013). Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *The New England Journal of Medicine*, 369(12), 1095–105. doi:10.1056/NEJMoa1301969
- Ojinnaka, C., Vuong, A., Helduser, J., Nash, P., Ory, M., McClellan, D., & Bolin, J. (2015). Determinants of Variations in Self-reported Barriers to Colonoscopy Among Uninsured Patients in a Primary Care Setting. *Journal of Community Health*, 40(2), 260–270. doi:10.1007/s10900-014-9925-8
- Oliveira, L. C. C., & Zuccaro, A. M. (1999). Estudo prospectivo e randomizado comparando solução de fosfato de sódio oral e manitl, para o preparo de cólon para

- colonoscopia. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, XXVI(6), 353–358.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Mulhres e saúde - evidências de hoje agenda de amanhã*. São Paulo: Organização Mundial de Saúde-WONCA.
- Pereira, M. G. (2013). A seção de discussão de um artigo científico. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 22(3), 537–538. doi:10.5123/S1679-49742013000300020
- Provete, D. B., Silva, F. R. Da, & Souza, T. G. (2011). *Estatística aplicada à ecologia usando o R. Unesp* (1st ed.). São Paulo: Universidade EStadual Paulista.
- Rêgo, A. G. S., Borges, I. C. V., Valença, R. J. D. V., Teles, J. B. M., & Pinto, L. S. S. (2012). Câncer Colorretal em Pacientes Jovens. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(2), 173–180.
- Rex, D. K., Schoenfeld, P. S., Cohen, J., Pike, I. M., Adler, D. G., Fennerty, M. B., ... Weinberg, D. S. (2015). Quality indicators for colonoscopy. *Gastrintestinal Endoscopy*, 81(4), 873–885. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00673.x
- Richardson, R. J. (2009). *Pesquisa Social: métodos e técnicas* (3<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Atlas.
- Rojas-Puentes, L., Garza-Salazar, J. G. de la, Carderillo-Ruiz, G., Lino-Silva, L. S., Millan, S. V., Noverón, N. R., ... Ruiz, E. B. (2014). Increased Incidence of Colorectal Cancer in Young People (Less Than 40 Years Old) Over the Last Ten Years. *Journal of Cancerology*, 1, 16–22. Retrieved from [http://www.journalofcancerology.com/pdf/JCancer2014\\_01\\_016-022.pdf](http://www.journalofcancerology.com/pdf/JCancer2014_01_016-022.pdf)
- Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., Early, D. S., Muthusamy, V. R., Khashab, M. a., ... Acosta, R. D. (2015). Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 81(4), 781–794. doi:10.1016/j.gie.2014.09.048
- Schoen, R. E., Razzak, A., Yu, K. J., Berndt, S. I., Firl, K., Riley, T. L., & Pinsky, P. F. (2015). Incidence and Mortality of Colorectal Cancer in Individuals With a Family History of Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 149(6), 1438–1445.e1. doi:10.1053/j.gastro.2015.07.055
- Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. (2012). *Rastreamento do Câncer colorretal: um desafio a ser enfrentado. Boletim CEInfo Análise* (Vol. 6). São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde.
- Siegel, R., Desantis, C., & Jemal, A. (2014). *Colorectal Cancer Statistics, 2014*. CA:

- Cancer Journal for Clinicians*, 64(1), 104–17. doi:10.3322/caac.21220.
- Silva, F. E., & Barbinski, M. A. (2012). A importância do estudo anatômico do reto e mesorreto na prática. *Acta Scientia Medica*, 5(2), 73–84.
- Silva, G. S. A., Silva, G. A. V., Antonietti, C. C., Benavente, S. B. T., Silva, R. M., & Costa, A. L. S. (2015). Stress perception among patients in pre-colonoscopy period and those undergoing chemotherapy treatment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(2), 233–241. doi:10.15253/2175-6783.2015000200013
- Skucas, J. (2006). Colon and Rectum. In *Advanced Imaging of the Abdomen* (pp. 107–117). New York: American Joint Committee on Cancer. doi:10.1007/1-84628-169-5\_5
- Souza, M. T., Silva, M. D. da, & Carvalho, R. De. (2010). Revisão integrativa : o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106.
- Szmulowicz, U. M., & Hull, T. L. (2010). Colonic Physiology. In D. Beck, P. Roberts, T. Saciandes, A. Senagore, M. Stramos, & Y. Nassari (Eds.), *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery* (Second., Vol. 10, p. 48). London: Springer Science+Business Media. doi:10.1007/DCR.0b013e3181f5b27d
- Trevisani, L., Zelante, A., & Sartori, S. (2014). Colonoscopy, pain and fears: Is it an indissoluble trinomial? *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 6(6), 227–233. doi:10.4253/wjge.v6.i6.227
- Ussui, V. M., & Estudo. (2010). *Estudo dos parâmetros de tolerância relacionados à colonoscopia*. Universidade de São Paulo.
- Ussui, V. M., Silva, A. L. W. Da, Borges, L. V., Silva, J. G. N. Da, Zeitune, 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.
- Voiosu, A., Tantau, A., Garbulet, C., Tantau, M., Mateescu, B., Baicus, C., ... Voiosu, T. (2014). Factors affecting colonoscopy comfort and compliance: a questionnaire based multicenter study. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 52(3), 151–157.
- Winawer, S., Classen, M., Lambert, R., Fried, M., Dite, P., Goh, L., ... Krabshuis, J. (2007). *Triagem do câncer colorretal. WGO Practice Guidelines*. Madri.

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*.  
Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Yeatman, T. J., & Florida, S. (2001). Colon Cancer. In *Encyclopedia of Life Sciences*  
(pp. 1–6). London: Nature Publishing Group.





## **APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ou esclarecimentos, se estiver em dúvida ou não estiver completamente esclarecido.**

Caro(a) Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Educação em Saúde, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, eu, Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa, enfermeira, estou procedendo a um estudo sobre **Exame colorretal: conhecimentos e sentimentos dos utentes submetidos ao rastreio**, cujos objetivos principais são determinar se as variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, religião/doutrina, profissão/ocupação influenciam o nível de conhecimento e os sentimentos relacionados ao exame colorretal de pacientes submetidos ao rastreio do câncer colorretal por colonoscopia, em 2015, no Hospital da Aeronáutica em Recife, Pernambuco.

A evolução dos conhecimentos científicos nas mais diversas áreas do saber, como também em saúde, tem ocorrido, sobretudo, graças a contribuição das pessoas à investigação, por isso se reveste de elevada importância a sua colaboração respondendo a um questionário. Essa resposta tem o risco de lhe trazer algum desconforto pela lembrança de sentimentos despertados antes, durante e após a colonoscopia, mas a pesquisadora poderá minimizar esse desconforto por escutar com atenção e respeito suas informações, porque todas elas são importantes para a pesquisa.

Quanto aos benefícios de sua participação respondendo ao questionário estão a possibilidade e o(a) senhor(a) obter informações com a pesquisadora e enriquecer seus conhecimentos sobre a colonoscopia. Esse benefício leva a outro que consiste em poder informar corretamente outras pessoas, contribuindo com sua qualidade de vida e a possibilidade de um diagnóstico mais precoce.

Todas as informações relativas a sua identificação serão mantidas em sigilo em toda e qualquer publicação dos resultados desta pesquisa, a qual só será divulgada em meios científicos (publicações e reuniões científicas). O(A) senhor(a) poderá, a qualquer tempo, retirar esse consentimento de sua participação na pesquisa, sem que haja qualquer forma de prejuízo de seus direitos agora e em qualquer época. Se ainda persistirem dúvidas sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa, pelo telefone (81) 99292-0828 (podendo ligar a cobrar) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas,

localizado à Rua Aprígio Guimarães S/N, Tejipió, Recife PE CEP 50.920-640, ou pelo telefone (81) 3182-8578 ou 3182-8500, podendo ligar a cobrar. Agradecemos vossa participação. Se estiver de acordo, por favor, assine abaixo.

Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento. Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras. Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito. Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a), autorizo a participação neste estudo.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

---

Assinatura do participante  
Número de documento de identificação:

**APÊNDICE 2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE  
DADOS**



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Departamento: Educação em Saúde

Investigadora Principal: Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Investigadora Colaboradora: Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa

Estudante do Curso de Mestrado de Educação em Saúde

Ano: 2015/2016

Estudo: ***Exame Colorretal: Conhecimentos e Sentimentos dos Pacientes Submetidos ao Rastreio***

Exmo(a) Senhor(a),

Nº Quest.

No âmbito da investigação sobre o “***Exame Colorretal***”, solicita-se a sua colaboração para responder às perguntas do presente formulário realizadas pela investigadora. Esta pesquisa é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas, pois traduzem a **sua opinião**.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correcta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (\_\_\_\_), deve responder claramente, ao que lhe é pedido. A pesquisadora preencherá suas respostas.

Para que seja salvaguardada a validade do formulário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

**Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.**

#### INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade ao realizar o exame: \_\_\_\_ Anos

#### I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

GÊNERO

Masculino

Feminino

ESTADO CIVIL:

Solteiro (a)

Casado (a)

União Estável

Viúvo

Divorciado

GRAU DE INSTRUÇÃO/ESCOLARIDADE:

Não frequentei escola

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Graduação

Pós Graduação

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

Ativo(a)

Aposentado(a)

Desempregado (a)

RELIGIÃO/DOCTRINA:

Católica  Protestante  Judaica  Espírita  Nenhuma   
 Budista  Muçumana  Ateu  Outra: \_\_\_\_\_

## II PARTE – AMBIENTE DO PREPARO

AMBIENTE DO PREPARO

Domiciliar  Hospitalar

## III PARTE – QUESTÕES SOBRE O EXAME COLORRETAL

1- QUE NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A COLONOSCOPIA O(A) SENHOR(A) ACREDITA QUE TEM?

Muito  Razoável  Pouco  Nenhum

2- CASO ACREDITE QUE POSSUÍA ALGUM NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A COLONOSCOPIA ANTES DE SER SOLICITADA, COMO APRENDEU?

Com o(a) Médico(a)  Com o(a) Enfermeiro(a)   
 Com outro profissional de saúde  Por livros e/ou outras literaturas   
 Através da mídia e/ou Internet  Com familiares e/ou conhecidos

3- O MÉDICO, AO SOLICITAR A COLONOSCOPIA, EXPLICOU COMO É FEITO O EXAME E PARA QUE SERVE?

Sim  Não  Não lembro

4- O QUE É COLONOSCOPIA?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5- PARA QUE SERVE A COLONOSCOPIA?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6- QUAL O MOTIVO PELO QUAL O(A) SENHOR(A) ACREDITA TER REALIZADO A COLONOSCOPIA?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7- O(A) SENHOR(A) TEM ALGUM CASO DE CÂNCER DE INTESTINO OU RETO NA FAMÍLIA?

Sim  Não  Não sei

## 8.1- QUE PESSOAS NECESSITAM REALIZAR A COLONOSCOPIA?

- Desde a infância
- Desde a adolescência
- Todas as pessoas adultas.
- Apenas pessoas que tenham alguma queixa relacionada ao reto e/ou intestino.
- Apenas as pessoas que estão com suspeita de câncer de intestino.
- Outras  Quais? \_\_\_\_\_
- Não sei

## 8.2- A PARTIR DE QUE IDADE AS PESSOAS DEVEM REALIZAR COLONOSCOPIA?

\_\_\_\_\_ anos

## 9-É NECESSÁRIO REPETIR A COLONOSCOPIA PERIODICAMENTE?

- Sim, mesmo com o exame anterior normal
- Apenas se houver alguma alteração no exame anterior
- Sim, se surgirem novas queixas/sintomas
- Não  Não sei

## 10-O(A) SENHOR(A) ACREDITA QUE EXISTA ALGUM RISCO PARA O PACIENTE QUE REALIZA COLONOSCOPIA?

- Sim  QUAL(IS): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Não  Não sei

## 11-QUANDO SOUBE QUE NECESSITAVA REALIZAR A COLONOSCOPIA, O QUE O(A) SENHOR(A) SENTIU? (Pode assinalar mais de uma alternativa)

- Dúvidas  Medo  Vergonha  Tranquilidade
- Segurança  Angústia  Stress  Nada
- Outros: \_\_\_\_\_

## 12-QUAL O SEU NÍVEL DE ANSIEDADE ANTES DO EXAME?

- Nenhum  Muito baixo  Baixo  Razoável  Alto  Muito alto

## 13-SINAIS/SINTOMAS DURANTE O PREPARO:

- Dor abdominal/Cólicas  Náusea  Vômito  Dor/Ardor retal
- Sudorese  Tontura  Nenhum
- Outro(s). Cite: \_\_\_\_\_

## 14-SENTIU DOR DURANTE O EXAME?

- Sim  Não  Não lembro

## 15- SINAIS/SINTOMAS PÓS-EXAME:

- Dor/Cólicas  Dor/Ardor retal  Sangramento retal
- Distensão abdominal  Não lembro  Nenhum
- Outro(s). Cite: \_\_\_\_\_

16- O QUE FOI MAIS DIFÍCIL PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME?

- Nada foi difícil
- O agendamento
- O preparo
- Conseguir um acompanhante
- O medo/receio de sentir dor
- O medo/receio das possíveis complicações do exame
- A vergonha
- O medo/receio de diagnosticar um câncer
- O medo/receio de morrer
- O medo/receio da sedação
- Outro . Qual? \_\_\_\_\_

17- APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME, QUE SENSAÇÃO TEVE?

- O exame foi pior do que eu imaginava!
- O exame não foi tão ruim como eu imaginava!
- O exame foi melhor do que eu imaginava!
- O exame foi como eu imaginava
- Já terminou? ...não lembro de nada!

18- O SEXO DO MÉDICO INFLUENCIA NA SUA ADESÃO AO EXAME?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

19- CASO NECESSITE REALIZAR NOVA COLONOSCOPIA FARIA NOVAMENTE O EXAME?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza





**APÊNDICE 3. FOLHETO DE INSTRUÇÃO PARA  
UTENTES**

## Prezado paciente

Parabéns porque você está cuidando de sua saúde.

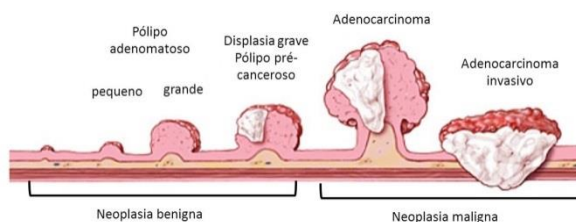
Voce foi submetido à colonoscopia, um exame que consiste em observar o interior de todo o intestino grosso para identificar lesões, para prevenir o câncer.

Vamos explicar melhor. O intestino grosso, desde o cecum – onde fica o apêndice - até o ânus, é revestido por uma mucosa, que pode apresentar lesões denominadas polipos adenomatosos. Essas lesões constituem neoplasias, porque resultam do crescimento de um tecido novo (neo). Quando se realiza a colonoscopia, essas lesões benignas podem ser retiradas. No entanto se não forem retiradas, podem continuar crescendo e dar origem à displasia e, finalmente, ao adenocarcinoma, uma neoplasia maligna, tal como se observa na figura.

A possibilidade de retirar as neoplasias benignas torna a colonoscopia um exame preventivo do câncer colorretal. Pelo fato de essas lesões poderem crescer no interior do intestino grosso em qualquer época da vida, a colonoscopia deve ser repetida periodicamente, para vigiar a saúde intestinal.

Para que essas lesões possam ser visualizadas, é preciso retirar as fezes do interior do intestino grosso e lavá-lo bem, Por isso, há um preparo antes do exame.

Para proteger o paciente e fazer com que ele não sinta nenhum desconforto durante o exame, o médico administra um medicamento que serve para acalmar o paciente e possibilitar que não sinta dor ou desconforto durante o exame. Por esse motivo, a colonoscopia exige que o paciente venha acompanhado, porque pode ficar sonolento após o exame.



## Prezado paciente

Parabéns porque você está cuidando de sua saúde.

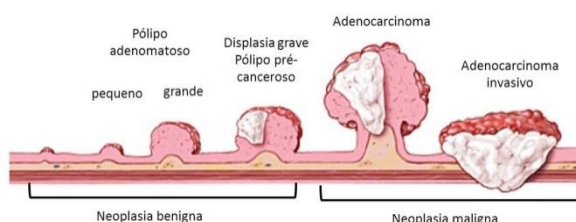
Voce foi submetido à colonoscopia, um exame que consiste em observar o interior de todo o intestino grosso para identificar lesões, para prevenir o câncer.

Vamos explicar melhor. O intestino grosso, desde o cecum – onde fica o apêndice - até o ânus, é revestido por uma mucosa, que pode apresentar lesões denominadas polipos adenomatosos. Essas lesões constituem neoplasias, porque resultam do crescimento de um tecido novo (neo). Quando se realiza a colonoscopia, essas lesões benignas podem ser retiradas. No entanto se não forem retiradas, podem continuar crescendo e dar origem à displasia e, finalmente, ao adenocarcinoma, uma neoplasia maligna, tal como se observa na figura.

A possibilidade de retirar as neoplasias benignas torna a colonoscopia um exame preventivo do câncer colorretal. Pelo fato de essas lesões poderem crescer no interior do intestino grosso em qualquer época da vida, a colonoscopia deve ser repetida periodicamente, para vigiar a saúde intestinal.

Para que essas lesões possam ser visualizadas, é preciso retirar as fezes do interior do intestino grosso e lavá-lo bem, Por isso, há um preparo antes do exame.

Para proteger o paciente e fazer com que ele não sinta nenhum desconforto durante o exame, o médico administra um medicamento que serve para acalmar o paciente e possibilitar que não sinta dor ou desconforto durante o exame. Por esse motivo, a colonoscopia exige que o paciente venha acompanhado, porque pode ficar sonolento após o exame.



## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO D HOSPITAL PARA RECOLHA DOS DADOS

MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

### CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

**Título do Projeto:** Exame Colorretal: Conhecimentos e Sentimentos dos Utentes  
Submetidos ao Procedimento de Rastreio.

Autora : Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Madalena Cunha Nunes  
Co-orientador: Prof. Dr. Amauri Aluizio da Silva

À Diretoria do Hospital de Aeronáutica de Recife

Eu, Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa, venho por meio deste solicitar a V.Sa. a autorização para aplicação de formulário de pesquisa junto aos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia no ano de 2015 . Os dados obtidos farão parte do trabalho de conclusão de curso do Mestrado em Educação para a Saúde pela Escola Superior de Saúde de Viseu, que tem como objetivo identificar o nível de conhecimento e os sentimentos relacionados ao exame colorretal dos utentes submetidos ao rastreio de câncer colorretal em 2015 no Hospital da Aeronáutica em Recife-PE. Este estudo não acarretará ônus ou risco para a instituição nem para o paciente, como também não trará nenhuma forma de ressarcimento para a autora. A qualquer momento do estudo, poderá ser solicitado esclarecimento de eventuais dúvidas que porventura venham a surgir.

Após a leitura e compreensão do texto acima, dou permissão para a execução da coleta de dados nesta instituição.

Jan Emídio Justi Cel Med  
Diretor do HARE  
Jan Emídio Justi – Cel Med  
Diretor do Hospital de Aeronáutica de Recife  
Recife, 05 de Janeiro de 2015.



**ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Exame colorretal: conhecimentos e sentimentos dos utentes submetidos ao rastreamento

**Pesquisador:** Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51921815.1.0000.5200

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.370.485

**Apresentação do Projeto:**

Exame colorretal: conhecimentos e sentimentos dos utentes submetidos ao rastreamento.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral deste estudo consiste em determinar a influência das variáveis sociodemográficas sobre o nível de conhecimento e os sentimentos desencadeados nos utentes submetidos ao primeiro exame colonoscópico para rastreamento de câncer colorretal, no Hospital da Aeronáutica do Recife, Pernambuco, Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos que se podem antever na execução deste projeto de pesquisa estarão afeitos às barreiras cultural, social e econômica que têm historicamente caracterizado a baixa adesão dos pacientes a se submeterem à colonoscopia, bem como à guarda dos dados a serem levantados. Quanto à resistência dos pacientes à colonoscopia, esta pesquisa pode lhes infringir sofrimento da lembrança dos fatos vivenciados antes e após o exame, cujo detalhamento comporá as informações a serem levantadas. Este risco poderá ser minimizado admitindo-se duas vertentes. A primeira é a escuta ativa da pesquisadora, que poderá constituir uma oportunidade de o paciente referir-se livremente sobre suas emoções, motivações, medos e valores, percebendo que está sendo ouvido e que suas informações estão sendo valorizadas. A segunda vertente é assegurar ao paciente que todas as informações que ele prestar serão sigilosas e que sua identidade não será revelada em qualquer publicação oriunda de tais dados. O risco com relação aos dados poderá ser a perda de dados, durante ou após a coleta. A conduta a ser adotada para reduzir esse risco a um mínimo será a conversão de dados escritos em arquivos informatizados, os quais serão armazenados em dois discos rígidos removíveis, para preservação dos dados originais. Adicionalmente, todos os protocolos de pesquisa já preenchidos serão armazenados por cinco anos pela pesquisadora.

**Endereço:** Rua Aprígio Guimarães S/N

**Bairro:** Tejipló

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**CEP:** 50.920-640

**Telefone:** (81)3182-8578

**Fax:** (81)3182-8632

**E-mail:** cephof@yahoo.com.br

# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS/ SES



Continuação do Parecer: 1.370.485

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Quanto aos benefícios da participação desta pesquisa, podem-se identificar a possibilidade de os pacientes indiretamente contribuírem para melhor compreensão dos processos componentes da baixa adesão dos pacientes ao exame e de baixa escuta ativa pelos profissionais de saúde, para que acolham e prestem melhor assistência a pacientes que irão se submeter ao exame e que a ele foram submetidos, admitindo que eles são divulgadores importantes da informação médica. A participação dos pacientes na pesquisa poderá também beneficiar a sociedade como um todo, na medida em que a abordagem franca sobre o tema pode viabilizar a identificação de novos casos a serem prevenidos, quebrando o silêncio que leva esses pacientes a se afastar de serem submetidos a um exame de baixo risco, cuja maior barreira é a cultural de crenças. Discutir sobre colonoscopia é também um benefício social na medida em que um número maior de pessoas pode estar alerta para os sinais de perigo de câncer colorretal e para a busca precoce de assistência médica.

## Recomendações:

Que a pesquisa em tela seja desenvolvida de acordo com o que propõe a mesma.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se dentro dos critérios aceitos por este comitê.

## Considerações Finais a critério do CEP:

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	A	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	15/12/2015 12:26:38		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	15/12/2015 12:26:13	Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/12/2015 12:25:20	Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa	Aceito
Outros	Curriculo.docx	15/12/2015 12:24:35	Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	15/12/2015 12:20:45	Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1sem.docx	15/12/2015 12:17:12	Dominique Tavares de Moraes Rego Pessoa	Aceito

**Endereço:** Rua Aprígio Guimarães S/N

**Bairro:** Tejió

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**CEP:** 50.920-640

**Telefone:** (81)3182-8578

**Fax:** (81)3182-8632

**E-mail:** cephof@yahoo.com.br



HOSPITAL OTÁVIO DE  
FREITAS/ SES



Continuação do Parecer: 1.370.485

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 16 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**José Alexandre de Andrade Ferreira**  
**(Coordenador)**