

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**DÉBORA EMANUELA CUSTÓDIO FENALI
LARISSA RODRIGUES MACIEL**

**PREPARO ADEQUADO NA COLONOSCOPIA: IMPACTO NAS COMPLICAÇÕES
E ACHADOS CLÍNICOS**

**CRICIÚMA
2024**

DEBORA EMANUELA CUSTODIO FENALI

LARISSA RODRIGUES MACIEL

**PREPARO ADEQUADO NA COLONOSCOPIA: IMPACTO NAS COMPLICAÇÕES
E ACHADOS CLÍNICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof^a Enf^a Dr^a. Denise Maccarini Tereza

CRICIÚMA

2024

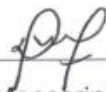
**DEBORA EMANUELA CUSTÓDIO FENALI
LARISSA RODRIGUES MACIEL**

**PREPARO ADEQUADO NA COLONOSCOPIA: IMPACTO NAS COMPLICAÇÕES
E ACHADOS CLÍNICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Cuidado interdisciplinar/integralidade em saúde.

Criciúma, 17 de Junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof. (a) Dra. Denise Maccarini Tereza – (UNESC)- Orientador



Prof. (a) Esp. Chayenne Ricken – (UNESC)



Prof. (a) Dra. Mágada Tessman - (UNESC)

Dedicamos este trabalho primeiramente a todo o curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, corpo docente e discente, a que ficamos lisonjeadas e agradecidas por todo apoio oferecido durante a graduação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus pelas nossas vidas e por nos permitir que nossos objetivos fossem alcançados durante esses anos de graduação. Mesmo com tantos obstáculos durante a trajetória, todos foram ultrapassados.

Aos nossos pais Alessandra/Wanderlei e Adelino/Rosimeri, que nos incentivaram nos momentos difíceis e nos apoiaram ao longo de toda essa trajetória.

Aos nossos companheiros de vida Vinícius e Kenedi, que nos apoiaram e compreenderam a nossa ausência durante os anos de graduação. Aos nossos filhos Théo e Josué, apesar de serem pequenos compreenderam a ausência das mães. Filho tudo isto por você!

À nossa orientadora Denise, por aceitar e nos conduzir neste trabalho e por desempenhar tal função com carinho e compreensão.

Aos professores que nos ajudaram durante esses 5 anos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram os ensinamentos a nós.

E, por fim, à instituição UNESC, pelo processo de formação profissional essencial para o nosso crescimento durante os anos de graduação.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós, um dia, precisaremos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber. Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida!”

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: Este estudo investigou a influência dos erros no preparo prévio ao exame de colonoscopia, as taxas de complicações durante o procedimento e os achados clínicos obtidos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo consistiu em analisar os prontuários dos pacientes submetidos à colonoscopia, examinando os erros de preparo antes do procedimento, as complicações durante a colonoscopia, os sintomas relatados pelos pacientes após o procedimento e os achados clínicos registrados nos prontuários. **Método:** Foram avaliadas 1889 colonoscopias realizadas no período de janeiro a dezembro de 2023. As análises abordaram informações sobre dados demográficos dos pacientes, qualidade do preparo intestinal, sucesso do procedimento e resultados clínicos identificados durante a colonoscopia. **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62,63%), com idade mais frequente entre 45 e 54 anos (27,21%). O preparo intestinal foi considerado adequado em 70,41% dos casos, refletindo a eficácia das orientações fornecidas. As principais indicações clínicas foram para prevenção (78,61%), seguido por hemorróidas, dor abdominal e constipação. Os resultados mostraram que 65,38% dos exames não apresentaram alterações, enquanto 34,62% mostraram alguma anormalidade, com pólipos sendo o diagnóstico mais comum (47,64%). **Conclusão:** Conclui-se que os resultados em relação ao preparo e aos achados clínicos estão alinhados com a literatura existente, destacando a importância do preparo adequado e da detecção precoce de lesões durante a colonoscopia.

Palavras-chave: Colonoscopia; Complicações; Preparo adequado; Melhoria na assistência; Achados Clínicos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil demográfico dos pacientes	34
Tabela 2 - Faixa etária dos pacientes	34
Tabela 3 - Indicação clínica	35
Tabela 4 - Preparo dos pacientes	36
Tabela 5 - Percentual de exames com e sem alterações	37
Tabela 6 - Pólipos encontrados nos exames segundo prontuário	37
Tabela 7 - Polipectomia	38
Tabela 8 - Localização dos pólipos	39
Tabela 9 - Distribuição dos achados endoscópicos (Continua)	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CCR	Câncer Colorretal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DC	Doença de Chron
DII	Doença Inflamatória Intestinal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LST	Lateral Spreading Tumors
MS	Ministério Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
RCUI	Retocolite Ulcerativa Intestinal
SC	Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.3 HIPÓTESES	13
1.4 OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo Geral	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ANATOMIA DO SISTEMA DIGESTIVO	15
2.2 COLONOSCOPIA	17
2.3 COMPLICAÇÕES EM COLONOSCOPIA	18
2.4 PREPARO INTESTINAL DO PACIENTE E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	21
2.6 REGISTROS DE ACHADOS CLÍNICOS EM PRONTUÁRIOS COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE	22
2.7 ACHADOS CLÍNICOS FREQUENTES ENCONTRADOS NOS EXAMES DE COLONOSCOPIA	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27
3.2 LOCAL DO ESTUDO	27
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	27
3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	28
3.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	28
4 AMOSTRA	29
4.1 VARIÁVEIS	29
4.2 DEPENDENTE	29
4.3 INDEPENDENTE	29
5 COLETA DE DADOS	30
5.1 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS	30
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	31
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
9 CONCLUSÃO	43

REFERÊNCIAS	44
ANEXO A – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE CONTAGEM DE CÉLULAS	50

1 INTRODUÇÃO

A colonoscopia é uma endoscopia digestiva baixa que visa rastrear, diagnosticar e tratar patologias do cólon e íleo terminal. A colonoscopia reduz significativamente a incidência e mortalidade do câncer colorretal (CCR), permitindo a detecção e remoção de lesões pré-cancerosas e CCR em seu estágio inicial (Arslanca; Mahmure, 2022).

É indicada como rotina para homens e mulheres, acima dos 45 anos de idade, para pacientes que possuem histórico pessoal ou familiar de câncer de colorretal ou pólipos, e pacientes que apresentam sinais e sintomas indicativos de alterações intestinais (Brasil, 2023).

No entanto, trata-se de um exame invasivo e que necessita de sedação, cuja indicação deve ser baseada em sinais, sintomas e fatores de risco individual ou familiar. Como o mesmo é realizado sob sedação, ele não causa dor, mas não é uma regra e em algumas exceções o paciente pode vir a sentir um leve desconforto no abdômen (Batista et al., 2011).

Para realizar este exame, é necessário que o paciente passe por um processo de preparo intestinal que tem início dois dias antes da data agendada. Esse preparo inclui dieta na alimentação, ingestão aumentada de líquidos e uso de medicamentos laxativos, que tem como objetivo fazer com que o intestino esteja limpo no momento do exame e assim contribuir para a melhor visualização dos achados clínicos e proporcionar um diagnóstico seguro (Vasconcelos et al., 2020).

O preparo intestinal adequado se torna essencial para que o exame seja realizado com sucesso. Pois uma visualização clara do cólon permite que o exame seja realizado com segurança e facilidade, quando não se possui uma visualização clara do cólon, conseqüentemente este exame será mais demorado e irá apresentar maiores riscos de complicações ao paciente. Além disso, se o preparo não for realizado de maneira correta, pode ser necessário remarcar o exame, atrasando um possível diagnóstico e tratamento antecipado (Vasconcelos et al., 2020). Entendendo a importância de que um preparo eficaz interfere potencialmente no processo de investigação das alterações intestinais, podemos relacionar como a assistência de enfermagem exerce papel fundamental frente a preparação adequada do exame de colonoscopia.

As orientações transmitidas pela enfermagem devem ser claras e objetivas ao paciente atuando como uma forma de educação em saúde conscientizando o mesmo de como o processo realizado corretamente irá influenciar em um procedimento com êxito (Vasconcelos et al., 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

Embora existam diversos estudos que investigam as complicações durante o exame de colonoscopia e os sintomas relatados pelos pacientes após este procedimento, pode-se explorar de maneira abrangente como os erros de preparo dos pacientes, que identificados em prontuários, podem influenciar diretamente nas taxas de complicações e também nos achados clínicos durante o procedimento, abrindo assim um espaço a compreensão mais profunda dos fatores que contribuem para resultados de baixa qualidade e então para o desenvolvimento de estratégias de melhoria na assistência.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Como os erros identificados nos prontuários dos pacientes podem estar correlacionados com as taxas de complicações durante o procedimento e influenciar nos achados clínicos registrados?

1.3 HIPÓTESES

1. Para realizar uma colonoscopia de qualidade, é fundamental seguir um preparo intestinal adequado, garantindo uma visualização eficaz do cólon e a segurança do exame.

2. A orientação clara e abrangente fornecida por um profissional experiente antes da colonoscopia é essencial para melhorar a qualidade da avaliação do cólon durante o procedimento.

3. Durante a colonoscopia, é comum encontrar pólipos intestinais, divertículos, inflamações da mucosa intestinal e tumores. Essas descobertas podem estar relacionadas a sintomas como dores abdominais, sangramento nas fezes,

diarreia e perda de peso, que são observados em pacientes submetidos ao procedimento.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi analisar os prontuários dos pacientes submetidos à colonoscopia, investigando os erros de preparo pré-procedimento, as complicações durante a colonoscopia, os sintomas relatados e os achados clínicos documentados no prontuário eletrônico do paciente.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil demográfico dos pacientes submetidos à colonoscopia.
2. Analisar as indicações clínicas registradas nos prontuários dos pacientes submetidos à colonoscopia.
3. Avaliar a qualidade do preparo intestinal dos pacientes que passaram pelo exame, com base nas informações contidas nos prontuários.
4. Examinar a assistência de enfermagem prestada durante o processo de preparação dos pacientes para a colonoscopia, registrada nos prontuários.
5. Investigar as taxas de complicações durante o procedimento de colonoscopia, com base nos registros clínicos.
6. Analisar quais os achados clínicos predominantes nos prontuários.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ANATOMIA DO SISTEMA DIGESTIVO

O sistema digestório conceitua-se naquele que representa a responsabilidade pela obtenção de nutrientes que são necessários para as diversas funções do organismo através da ingestão de alimentos, tornando-se viável a nutrição humana. O desenvolvimento destas funções se dá por etapas, são elas: a ingestão pela via oral, a sua digestão no estômago e principalmente no intestino (duodeno); posteriormente a estas etapas se dá o processo de absorção dos nutrientes e a excreção dos mesmos que acabaram não sendo digeridos e nem absorvidos, estes estão ocorrendo pelo trajeto do cólon e por fim reto (Alencar, 2022).

Compreende-se que o sistema digestório se constitui pelo trato digestivo e seus anexos. É compreendido desde a cavidade oral (boca) até a estrutura do reto e anus, tal trajeto perpassa os alimentos, onde os mesmos, são digeridos e absorvidos. De tal modo, incluem em sua composição os seguintes itens: boca, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e anus (Oliveira, 2017).

Segundo Alencar (2022), referente aos órgãos supracitados, sabe-se que estes determinam e auxiliam no processo de digestão, são eles: a arcada dentária, a língua, as glândulas salivares, o fígado, vesícula biliar e pâncreas. Reforçando que estes anexos de algum modo apresentam contato direto com os alimentos, já que os mesmos, produzem e armazenam compostos que posteriormente serão excretados para o trato gastrointestinal, auxiliando na decomposição por processo químico dos alimentos ingeridos (Alencar, 2022).

A boca abrange a língua, os dentes e as glândulas salivares. Os dentes têm por função realizar a desintegração dos alimentos. Inicia então o sistema digestivo pela boca onde o alimento consumido passa pelo processo de digestão mecânica devido ao movimento da língua e dos dentes, aliado ao processo de digestão química devido a ação da amilase salivar que está presente na saliva (Bielavski et al., 2018).

Após realizado a deglutição, o alimento passa ao esôfago que transporta este alimento ao estômago por meio do peristaltismo, a válvula cárdia impede o retorno deste alimento ao esôfago. A partir do esôfago, o alimento alcança o estômago. O estômago atua como reservatório do alimento ingerido, onde é

armazenado e misturado com as secreções gástricas. Uma dessas secreções é chamada de suco gástrico, que é formada por ácido clorídrico e pepsina, que então efetiva a digestão química. Outra secreção conhecida, é o muco, este protege o estômago da acidez do suco gástrico. Estas substâncias semilíquidas, são liberadas gradualmente no intestino delgado, de acordo com a sua capacidade de absorção (Bielavski et al., 2018).

Olhando por todo este contexto, percebemos então que a parte final de todo esse processo se dá no intestino grosso, correspondente ao cólon e reto. Onde o primeiro tem como função absorver a água, os eletrólitos e nutrientes que não foram digeridos pelo intestino delgado. Além disso, tem ainda como função absorver vitaminas provenientes das alimentações, formar as fezes sólidas a serem eliminadas pelo reto. Já o reto, é correspondente a parte final do tubo digestivo, terminando no canal anal, este é rico em uma vascularização, sendo que através dos movimentos peristálticos é realizado então a excreção das fezes. Portanto, ambos são primordiais para a digestão, onde devido a presença de alterações pode gerar complicações na vida do indivíduo (Alencar, 2022).

Os segmentos que são encontrados no intestino grosso, são: ceco, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmoide, reto, canal anal e ânus. Entre o cólon ascendente e o cólon transverso existe uma curvatura, localizada no hipocôndrio direito, que chamamos de ângulo hepático. Entre o cólon transverso e o cólon descendente, existe uma curvatura mais acentuada, que está localizada no hipocôndrio esquerdo, este chamamos de ângulo esplênico (Oliveira, 2017).

O ceco é o início deste sistema, localizado na fossa ilíaca direita. Projetando-se a partir do ceco, está o apêndice, que é um pequeno tubo que não tem nenhuma função reconhecida. O ceco então tem por função receber o conteúdo do intestino delgado e iniciar a reabsorção de água que ocorre no intestino grosso. Logo, tem o cólon ascendente que cursa através da fossa ilíaca direita, flanco direito e hipocôndrio direito. Este termina no ângulo hepático. Tem por função extrair água e sais minerais dos alimentos digeridos, de forma que o conteúdo fecal se torne mais pastoso e sólido à medida que é conduzido ao longo do cólon. O cólon transverso, como seu nome já diz, atravessa a cavidade abdominal, este segue logo abaixo do estômago, inicia na flexura direita e termina na flexura esquerda. Tem por função armazenar as fezes e realizar contrações para que as fezes se movam para poderem

ser eliminadas. O cólon descendente é denominado como cólon distal, segue trajeto do lado esquerdo do abdome, terminando assim no cólon sigmóide. Este absorve a água e sal dos alimentos após passar pelo intestino delgado.

O cólon sigmóide é a porção final do intestino grosso e tem o formato de “S”. As fezes são formadas nos cólons descendente e sigmóide, acumulando-se no reto antes de serem eliminadas. O reto se localiza entre o colón sigmoide e o canal anal e possui duas flexuras que são sacral e anorretal. Quando essas colunas estão inflamadas podem permitir o rompimento dos vasos com abundante sangramento, denominando-se hemorroidas. Por fim, tem como função acumular as fezes, para a absorção final de água e parte dos nutrientes, além disso, possui uma dilatação chamada ampola retal que acumula as fezes, iniciando o processo de defecação (Oliveira, 2017).

2.2 COLONOSCOPIA

A colonoscopia é um exame considerado padrão-ouro, por ter capacidade de avaliar toda a mucosa colorretal, sendo indicada para o rastreamento do câncer colorretal, monitoramento pós polipectomia, seguimento de tumores colorretais operados e investigação após manifestações do organismo como anemia, hemorragia digestiva, diarréia, alterações em exames de imagem, doença inflamatória intestinal e seu seguimento (Hayashi, 2023).

Utilizada a partir do ano de 1970, atualmente destaca-se como um dos exames mais completos de investigação das doenças colorretais, pois permite realizar procedimentos preventivos durante o exame, como polipectomia e, como por exemplo, a identificação de lesões pré-cancerosas, como o pólipo adenomatoso, por meio da avaliação colonoscópica, permite a prevenção da evolução da lesão epitelial a se formar um câncer. Os pólipos colônicos também são analisados e algumas características se relacionam com o risco de sua evolução maligna, como o tamanho maior ou igual a 10 mm (Oliveira et al., 2019).

O exame deve descrever detalhadamente as características das lesões encontradas durante o procedimento e conter a coleta de material de todos os segmentos para realizar a análise histopatológica e assim correlacionar os achados clínicos com o resultado da análise (Oliveira et al., 2019).

Sua incidência é crescente em ambos os sexos, assim, recomenda-se o uso da colonoscopia como forma de rastreamento para prevenção do câncer colorretal nas situações em que ocorra histórico familiar desta enfermidade em parentes de primeiro grau, doenças inflamatórias intestinais, histórico familiar ou pessoal de pólipos, e em indivíduos a partir dos 45 anos de idade, fatores de risco como tabagismo, abuso de álcool e em pacientes que já se observam sinais e sintomas de câncer colorretal (Craveiro et al., 2022).

Segundo Craveiro, (2022), "O câncer colorretal é considerado uma das neoplasias com mais incidências na população adulta no mundo. No Brasil, é o 2º câncer mais incidente entre homens e também em mulheres com uma estimativa de 20.540 novos casos (9,1% dos casos) para homens e 20.470 (9,2%) para as mulheres. Em relação à mortalidade, as estimativas para 2020 foram de 20.245 mortes (8.4% para sexo masculino e 9,6% para o feminino), caracterizando-o como o terceiro câncer mais letal'.

O exame de colonoscopia é de qualidade superior à de outros procedimentos mais rotineiros como a endoscopia digestiva alta, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Por tanto, exige um preparo de excelente padrão, garantindo a visualização efetiva do cólon e a segurança durante a sua execução. Exige também que a equipe seja experiente e que tenha um treinamento específico frente às orientações do preparo adequado para que os bons resultados sejam alcançados com a devida segurança e sem complicações (Sinagra et al., 2021).

As complicações são raras durante o exame de colonoscopia, podendo ocorrer em situações onde são realizados procedimentos invasivos como a polipectomia por exemplo, podendo ser considerados potencialmente graves como hemorragias ou perfuração intestinal (Sinagra et al., 2021).

2.3 COMPLICAÇÕES EM COLONOSCOPIA

Embora a colonoscopia seja um procedimento seguro, existem algumas complicações, podemos citar entre elas a perfuração do cólon, hemorragia, reações adversas frente a sedação, desconforto abdominal, e infecção. As possíveis complicações geradas pelo exame de colonoscopia podem ser determinadas por

inúmeros episódios, entre as quais entram, as condições clínicas do paciente e medicamentos que o mesmo utiliza, condições do equipamento e do ambiente do exame onde será realizado, a capacidade do profissional que está realizando o exame, se ele está apto para realizar este procedimento e entre outros fatores (Raimundo et al., 2020).

Essas complicações podem ocorrer devido ao preparo intestinal inadequado pois não há uma boa visualização do cólon gerando riscos de perfuração, sangramentos, lesões intestinais, complicações cardiovasculares e infecção (Coser et al., 2018).

Dores abdominais, náuseas e sangramento intestinal sem repercussão hemodinâmica são consideradas as complicações mais leves e mais frequentes. Complicações mais complexas acontecem em menor quantidade. O sangramento intestinal é a complicação mais frequente em pacientes que foram submetidos a procedimentos durante o exame, mas se em quantidade que não ofereça risco ao indivíduo não necessitam de intervenção médica (Coser et al., 2018).

A perfuração colonoscópica por exemplo pode ocorrer através forças mecânicas do endoscópio (trauma direto), barotrauma da insuflação de ar ou como consequência imediata de um procedimento terapêutico geralmente acontece em casos que o preparo foi mal realizado qual dificulta a passagem do aparelho e a visualização do cólon. As perfurações podem apresentar-se intra ou intraperitonealmente, ou uma combinação delas, sendo a mais comum a intraperitoneal. Os sintomas nesse caso incluem dor abdominal persistente e distensão, que podem progredir para peritonite, e, ocasionalmente, choque e sepse. O diagnóstico antecipado e o manejo premente são grandes influenciadores da morbimortalidade (Raimundo et al., 2020).

Estudos indicam que os riscos de infecções ocorrem consequente a entrada de micro-organismos da luz intestinal para a corrente sanguínea. Em relação às infecções, embora sejam raras, podem ocorrer após a colonoscopia, especialmente se houver perfuração da mucosa. Ou devido à má lavagem do aparelho colonoscópico (Coser et al., 2018).

Hemorragia significativamente importante é definida como todo sangramento que necessita de reintervenção (nova colonoscopia ou cirurgia), transfusões ou hospitalização. Essa complicação pode ser grave, resultando em

choque hipovolêmico e risco de morte. Contudo, na maioria dos casos, o sangramento é tardio, transitório e de resolução espontânea, não determinando mudanças significativas na hemodinâmica. A recorrência é incomum (Loureiro et al., 2013).

Na grande maioria das colonoscopias realizadas no Brasil, os pacientes são submetidos à sedação endovenosa com uso do propofol. Podendo esta ser feita pelo próprio endoscopista ou por um médico anestesista (Bueno et al., 2021).

Propofol é um hipnótico intravenoso de ação curta, que proporciona uma recuperação rápida e completa da anestesia. Tanto a depressão direta do miocárdio quanto a vasodilatação periférica cardiovascular são efeitos depressores do propofol que dependem da dose e da concentração. Complicações como hipotensão arterial, depressão respiratória e diminuição da atividade reflexa protetora das vias aéreas superiores podem surgir com o uso de altas doses de propofol. A combinação de propofol com um opióide intravenoso é recomendada para aumentar a qualidade da sedação, pois o propofol sozinho é insuficiente para analgesia (Bueno et al., 2021).

Em casos específicos de pacientes que apresentam um tamanho excessivo do intestino grosso, conhecido como megacólon, há uma maior dificuldade em realizar o exame de colonoscopia (Zandoná; Diego; Schoffen, 2008). Devido a sua extensão impossibilita o aparelho de alcançar o final do intestino e conseqüentemente impede uma visualização completa da área investigada.

Outro fator que se torna um obstáculo para a realização do exame são as chamadas aderências intestinais que se caracterizam por faixas de tecido fibrosos realizadas por cicatrizes, essas cicatrizes são capazes de conectar duas partes do intestino e até mesmo conectar o mesmo com outros órgãos. Por ser um tecido fibroso e dependendo da sua localização, a mesma, dificulta a passagem do aparelho colonoscópio, interferindo negativamente na qualidade do exame, além disso se o especialista insistir em passar o aparelho ele pode causar uma perfuração no paciente (Belotto, Marcos, 2020).

Vale ressaltar que observar os riscos destas complicações é baixo, porém não podemos descartá-los, e os benefícios deste exame são grandes, pois incluem a detecção precoce e a prevenção do câncer de cólon, isto geralmente supera os riscos.

2.4 PREPARO INTESTINAL DO PACIENTE E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Um dos passos mais importantes no diagnóstico de lesões durante o exame de colonoscopia é o preparo adequado, pois um cólon preparado inadequadamente pode fazer com que o profissional examinador passe despercebido por lesões ocultas devido aos resíduos fecais (Araújo, 2022).

Por ser um profissional voltado ao cuidado, o enfermeiro também tem como função estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade e realizar ações de educação em saúde, na busca da construção compartilhada de conhecimento. Este processo deve incluir o diálogo, considerar e valorizar as vivências do usuário, contribuindo para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde (Amorim et al., 2020).

Para realizar o exame é necessário que o paciente seja submetido a uma preparação intestinal, que pode ser realizada de forma domiciliar ou de forma assistida via hospitalar. O preparo intestinal inclui dieta na alimentação, aumento na ingestão de líquidos e o uso de laxantes, e tem como objetivo proporcionar a limpeza da mucosa intestinal de maneira que permita uma visualização e inspeção clara por toda a sua extensão. Garantindo assim que o procedimento seja realizado com êxito e segurança (Averbach; Correa, 2020).

Os pacientes que submeteram-se ao exame de colonoscopia realizam um preparo com intuito de limpeza completa do cólon. Para avaliação minuciosa do cólon é necessário realizar escalas para definição do preparo colonoscópico. Estas escalas servem para definir se o preparo realizado pelos pacientes está em bom parâmetro de observação para assim poder ser realizado o exame.

Segundo Parmar, Martel, Rostom e Barkun (2016), a limpeza intestinal é um determinante crítico da qualidade do preparo colônico, exigindo assim uma padronização de avaliação do cólon.

Segundo os autores Kastenberg, Bertiger e Brogadir (2018), as escalas de qualidade de preparação intestinal validadas mais bem estabelecidas e usadas em ensaios clínicos são: escala de Aronchick, escala de Boston e escala de Ottawa. Outras escalas que também são validadas, porém são menos utilizadas são as escalas de Harefield e Chicago.

Escala de Aronchick: Esta foi a primeira escala a ser utilizada e validada, pois a mesma caracteriza a porcentagem da superfície total da mucosa do cólon coberta por líquido ou fezes, sem pontuação para segmentos separados do cólon, e é realizada antes da lavagem ou aspiração. A Escala de Aronchick é uma das escalas validadas de qualidade do preparo intestinal mais comumente usadas em ensaios clínicos e na prática clínica. Conforme a tabela, esta escala observa as seguintes características.

Escala de Boston: Foi desenvolvida em 2009, esta escala estipula que a pontuação deve ser realizada após a retirada e também após a conclusão de toda a lavagem intestinal e aspiração da mesma. A pontuação é aplicada por segmentos, termos subjetivos e qualitativos como excelente, bom, regular ou ruim são substituídos por pontuações numeradas a condições colônicas, incluindo coloração, líquidos e presença de fezes. Cada segmento analisado é pontuado de 0 a 3, indicando limpeza superior e somadas para cada pontuação um total que pode variar de 0 a 9.

Escala de preparação intestinal de Ottawa: Esta escala mede a limpeza da mucosa intestinal por segmentos, incluindo cólon direito, esquerdo e retossigmóide, em uma escala de avaliação 0 (excelente) a 4 (inadequado), mas ainda nesta escala também é pontuado antes da lavagem ou aspiração intestinal. Em contraposição a escala de Aronchick, esta mede a quantidade de líquidos separadamente com pontuações que variam de 0 a 2 para o cólon total.

Escala de Harefield: Desenvolvida na década de 1990, é analisada por segmento colônico. Assim como a escala de Boston, esta também é analisada a limpeza após a conclusão da lavagem e aspiração, substitui os termos excelente ou bom por descrições diretas da qualidade da limpeza intestinal. É realizada em cinco segmentos do cólon que varia de 0 a 4 (a numeração maior é indicativa de qualidade de limpeza).

Escala de Chicago: Foi desenvolvida para abordar limitações que eram percebidas em outras escalas comumente utilizadas. A pontuação desta escala é realizada antes e após a lavagem ou aspiração do intestino, e a pontuação do fluido é separada e incluída como medida secundária. Foi planejada para medir a qualidade da visualização e o esforço intra procedimento necessário para realizar a limpeza do cólon para assim se obter uma visualização adequada do mesmo.

Embora as pontuações totais sejam procedentes da soma das pontuações dos segmentos analisados separadamente, uma pontuação que é considerada aceitável só é possível quando a mucosa é cem por cento visível nos cinco segmentos.

O preparo é uma etapa que ocasiona incômodo ao paciente, no entanto, é facilmente suportável e fundamental para a qualidade e sucesso do exame. O intuito do exame é garantir a “limpeza” do cólon, por meio de inúmeras evacuações.

Evidências apontam que os erros de preparo de cólon ainda são muitos significativos, o que influencia diretamente na eficácia do procedimento. Preparos inadequados geram consequências para ambas as partes, como redução dos indicadores de qualidade, readmissões, custos desnecessários além disso resultam em diagnósticos e tratamentos tardios que podem gerar um agravamento ao quadro clínico dos pacientes (Averbach; Correa, 2020).

A assistência de enfermagem é crucial durante este processo para garantir que o exame seja realizado de forma segura e confortável para o paciente.

A enfermagem auxilia na preparação deste cólon oferecendo informações e esclarecendo dúvidas aos pacientes submetidos ao exame. Durante o exame, o profissional enfermeiro monitora os sinais vitais para garantir segurança ao paciente e à equipe. Além disso, o enfermeiro fornece apoio emocional, explicando com clareza o pré e pós exame ajudando a aliviar a ansiedade dos pacientes. Após o exame, o paciente é observado na sala de recuperação, monitorado e garantindo que os efeitos da sedação sejam diminuídos de forma segura (Alencar, 2022).

A essência da enfermagem é cuidar. É necessário que este cuidado seja eficiente e seja prestado de maneira humanizada. O cuidado por si deve ser holístico e sistematizado, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional. O sucesso do procedimento depende de uma preparação eficiente e satisfatória do cólon. A limpeza adequada deste cólon proporciona uma visualização eficaz e diminui o tempo necessário para realização do exame (Santo et al., 2021).

2.6 REGISTROS DE ACHADOS CLÍNICOS EM PRONTUÁRIOS COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Os registros de enfermagem têm como finalidade documentar os serviços de enfermagem prestados ao paciente. Diante disso, esses registros devem retratar a

realidade de forma clara e objetiva pois as informações que são inseridas nesses registros possuem um papel fundamental, pois permitem construir um canal de comunicação efetivo entre os profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes, facilitando assim o planejamento e a continuidade da assistência individualizada e qualificada direcionada a aqueles indivíduos (Rossi et al., 2021).

Quando esse registro é realizado de maneira inadequada, composto por informações escassas e/ou incorretas, conseqüentemente compromete a assistência e segurança prestada aos pacientes e também compromete negativamente a ética da instituição que oferece aquele serviço (Rossi et al., 2021).

Com relação ao exame de colonoscopia o profissional de enfermagem tem como seu dever estar atento ao prontuário do indivíduo que será submetido ao exame. Sendo responsável por verificar se os dados dos pacientes estão corretos, consciente das suas comorbidades e alergias e de todos outros fatores que possam influenciar na realização do procedimento. Além disso, durante o procedimento toda e qualquer intercorrência deve ser registrada e notificada ao seu prontuário (Amorim et al., 2020).

As evoluções são importantes meios de comunicação entre a equipe, por isso merecem ser valorizadas e realizadas gerando um padrão de qualidade, assim, quando realizadas as devidas evoluções as mesmas geram uma visão global do paciente. Eis que a evolução de enfermagem gera perante lei comprovação de que os procedimentos foram realizados, as medicações foram administradas coerentemente e pertinentemente de forma segura e checadas gerando para o profissional e paciente uma ótima segurança (Rossi et al, 2021).

Lembrando que a evolução da enfermagem serve como respaldo legal e jurídico para o paciente e profissional. O profissional enfermeiro deve atentar-se às demandas gerais do setor e equipe que coordena, auxiliando, cooperando e registrando as devidas evoluções via sistema seja eletrônico ou papel no devido prontuário do paciente submetido ao exame. A falta da evolução de enfermagem gera um impacto negativo para o ambiente, seja ele hospitalar ou atenção primária, pois o fato de não evoluir gera dúvidas na equipe e ainda pode acarretar danos ao paciente. Por tanto, deve-se realizar a evolução de enfermagem desde a entrada deste paciente no setor até a sua devida alta. Todo procedimento, medicação, efeitos colaterais devem estar registrados no devido prontuário para assim gerar um amparo ético e

legal ao profissional e assegurar ao paciente que as devidas providências foram realizadas devidamente. Conforme deixa claro a resolução do **COFEN 429/2012**:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. Art. 2º Relativo ao processo de cuidar, e em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, deve ser registrado no prontuário do paciente: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (Brasil, 2012).

2.7 ACHADOS CLÍNICOS FREQUENTES ENCONTRADOS NOS EXAMES DE COLONOSCOPIA

Dentre os achados clínicos mais frequentes no exame, podemos citar os pólipos intestinais, os divertículos, inflamações na mucosa e câncer colorretal. Estes devem ser registrados corretamente no prontuário dos pacientes, pois é de extrema importância para dar continuidade a assistência do cuidado ao mesmo (Nguyen, 2021).

O câncer de colorretal é um câncer considerado frequente nos países de todo o mundo, e geralmente tem origem de um pólipo adenomatoso. Se trata de um câncer incurável e se diagnosticado precocemente apresenta baixo risco letal. Os indícios se dão por sangramento nas fezes, alterações nos hábitos intestinais como diarreias e desconforto abdominais frequentes. Sangramento nas fezes e anemia podem indicar que a lesão se encontra no cólon direito, já quando os sintomas são mais dores abdominais e cólicas pode indicar que a lesão se encontra no cólon esquerdo (Nguyen, 2021).

Outro achado importante são os pólipos intestinais, cuja alteração é ocasionada pelo crescimento anormal da mucosa intestinal. O mesmo pode se encontrar em qualquer parte do intestino, e quando estão na fase inicial são pequenos e geralmente benignos, mas podem acabar se desenvolvendo até se tornar em uma condição maligna (Guinhazide et al., 2019).

Estes pólipos não tendem a manifestar sintomas, mas quando aparecem é por sangramento, muco nas fezes, alterações intestinais, tais como constipação ou

diarreia frequente, além disso podem apresentar dores abdominais. Quando encontrados esses pólipos no exame devem ser removidos e enviados para análise.

Uma vez que este pólipo é removido, seu reaparecimento não é comum, mas pode acontecer. Também podem surgir novos pólipos ao decorrer dos anos em locais diferentes no intestino. Devido este motivo, é necessário o acompanhamento periódico (Guinhazide et al., 2019). A diverticulose independente da presença de sintomas, geralmente está associada a alterações do cólon como deposição de elastina, espessamento do músculo liso, encurtamento das tênias e consequente redução da luz intestinal. Já a doença diverticular refere-se à presença dos divertículos associada a sintomas importantes, constituindo quadros como a diverticulite aguda ou associada a condições crônicas. A diverticulose é uma doença íntima com a idade, a partir dos 60 anos de idade a porcentagem de ter divertículos aumenta. Outro fator de risco de suma importância é a deficiência da ingestão de fibras nos alimentos, condizente com a prevalência aumentada em regiões industrializadas (Sousa, Alexandre; Fantozzi, Bruno; 2021).

Entre tantos achados clínicos encontrados no exame de colonoscopia, vamos citar alguns mais recorrentes, tais como, a Doença de Crohn e a RCUI (*Retocolite Ulcerativa Intestinal*). O termo doença inflamatória intestinal (DII) engloba doenças como a retocolite ulcerativa intestinal (RCUI) e a doença de *Crohn* (DC) que se caracterizam por serem recorrentes e imunologicamente mediadas cujo órgão alvo é o intestino e o evento principal é o processo inflamatório crônico (Zaltman, 2007).

A DC acomete as camadas intestinais de forma transmural, podendo se manifestar da boca ao ânus. As porções alvo são o íleo e cólon, seguindo um percurso aleatório de dano endotelial e o quadro clínico se assemelha a ileocolite (Franco; Marques; Gomes, 2023).

A RCUI é limitada à mucosa intestinal, afeta em específico o intestino grosso e reto. Caracteriza-se por lesões contínuas e ascendentes, sendo a migração do tecido patológico para o saudável, nítido e circunscrito. A sintomatologia cursa com diarreia sanguinolenta que muda de proporção e período interpostos por ausência, febre e raras vezes dores abdominais (Carvalho, et al., 2022). A etiologia é desconhecida, provavelmente multifatorial. Preconiza-se que indivíduos com predisposição genética ao interagirem com fatores ambientais, prováveis gatilhos da doença, desencadeiam uma resposta imunológica descontrolada originando um

processo inflamatório crônico intestinal. Na progressão da doença podem surgir perfurações, obstruções e até tumores intestinais (Marques et al., 2021).

As DII, sendo autoimunes, não têm cura. Mas, existem tratamentos para que a doença seja controlada e a pessoa não tenha sua qualidade de vida prejudicada. Existe a associação da manifestação clínica com a genética e fatores externos, a qual influenciam no desencadeamento das principais DII, a DC e a RCUI, a qual cursam com sintomatologias semelhantes, mas que são condições impostas e precisam ser diagnosticadas e tratadas de modo precoce (Carvalho et al., 2022). Embora há diagnósticos a cura ainda é inexistente, mas com o surgimento de novas drogas biológicas acena para a redução da morbidade das DII por intermédio do controle de células e de mediadores imunológicos envolvidos na inflamação, impedindo a sua perpetuação (Marques et al., 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de abordagem descritiva. A análise descritiva possibilita a caracterização das etapas parciais para cada indicador, através da determinação da média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo (Rodrigues et al, 2021).

Segundo Falcão e Régnier (2000, p. 232), a análise quantitativa, tem como estratégia de pesquisa verificar os resultados por meio de objetivos. Ou seja, auxilia o pesquisador a extrair de seus dados subsídios para responder as perguntas que o mesmo estabeleceu como objetivos (Gatti, 2004).

A coleta das informações foram realizadas por meio direto dos prontuários, através de um questionário elaborado pelas pesquisadoras onde no mesmo descreve a idade dos pacientes, indicação clínica, preparo nos segmentos colônicos, tipo de pólipos (localização dos mesmos) e os resultados encontrados no exame.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital privado localizado no sul do Estado de SC, onde oferece acesso a uma ampla variedade de casos de colonoscopias e pode fornecer recursos de pesquisa e equipe médica especializada para colaborar com o estudo.

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

O estudo foi realizado através da análise de 1.889 prontuários de pacientes submetidos ao exame de colonoscopia em um hospital privado localizado no sul de Santa Catarina no período de 12 meses com idade igual ou superior a 13 anos 11 meses e 29 dias que se encaixam nos critérios de inclusão.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Para este estudo foram utilizados como critério de inclusão todos os pacientes que foram submetidos ao exame de colonoscopia eletiva no local estabelecido, registros médicos e de enfermagem disponíveis e acessíveis para as análises e o período de estudo definido transcorreu no período de Janeiro a Dezembro do ano de 2023.

3.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

No estudo foram excluídos os pacientes com idade menor que 13 anos 11 meses e 29 dias submetidos ao exame de colonoscopia, os exames realizados em caráter de emergência, casos de cancelamentos do procedimento e a recusa no termo de consentimento.

4 AMOSTRA

Para a pesquisa, foi abordado uma média de 157 exames de colonoscopia ao mês e os períodos de coleta de dados para a amostra foram de 12 meses e o percentual de confiança obteve uma margem de 95%.

4.1 VARIÁVEIS

De acordo com Rauhen (2012, pg.1), “Por variáveis definem-se quaisquer eventos, situações, comportamentos ou características individuais que assumem pelo menos dois valores discriminativos sejam eles qualitativos ou quantitativos.”

4.2 DEPENDENTE

Neste estudo, a variável dependente:

- 1 - Índice de preparos inadequados.
- 2 - Percentuais de achados clínicos.
- 3 - Abordagem de enfermagem frente ao exame.

4.3 INDEPENDENTE

As variáveis independentes:

- 1 - Faixas etárias que obtiveram preparos inadequados.
- 2 - Idades.
- 3 - Peso.
- 4 - Tempo de preparo.
- 5 - Aderência às instruções de preparo.

5 COLETA DE DADOS

Para a existência de um diagnóstico, é necessário que a etapa inicial do processo, ou seja, a coleta de dados seja bem-sucedida, a mesma não pode ser realizada apenas com intuito de papeis impressos ou formulários (Moreira; Hong; Silva et al., 2021).

Os profissionais de enfermagem não reúnem apenas dados do paciente e sim dele como um todo, o meio ao qual ele está envolvido, e essas informações coletadas serão capazes de gerar um diagnóstico.

A coleta de dados para esta pesquisa foi conduzida por meio da análise minuciosa dos registros médicos e de enfermagem dos pacientes que se submeteram às colonoscopias dentro do período de estudo. Os registros médicos e de enfermagem representam uma rica fonte de informações clínicas e documentam detalhes essenciais relacionados ao histórico médico, preparo do paciente, procedimentos realizados, complicações, sintomas informados e achados clínicos após a colonoscopia.

5.1 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS

A revisão dos registros procedeu-se de maneira organizada e de acordo com um protocolo de coleta de dados previamente estabelecido.

Durante a análise dos registros, os pesquisadores extraíram informações pertinentes, incluindo, mas não se limitando a, erros de preparo dos pacientes, datas e detalhes das colonoscopias, tipos de complicações ocorridas durante os procedimentos, sintomas relatados pelos pacientes após a colonoscopia e achados clínicos registrados pela equipe de saúde. Todas as informações foram registradas de forma precisa e sistematizada em um banco de dados seguro em Excel.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos a uma dupla digitação no programa Microsoft Excel, versão 2022. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). As análises foram conduzidas utilizando o software spss, versão 28.0.4.8.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa transcorreu de maneira garantida por meio da assinatura do termo de confidencialidade e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que segue as exigências formais contidas na resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Como consta na resolução, a pesquisa exige respeito e garante pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar danos aos participantes. O número da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unesc foi 6.528.834/2023.

A ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade e proteção devida a todos os sujeitos participantes da pesquisa, considerando que o agir ético de quem está pesquisando demanda uma ação consciente. O presente estudo encontrou-se de acordo com as questões éticas dos participantes que foram esclarecidas sobre os objetivos do presente trabalho.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Hayashi (2023), o exame de colonoscopia é considerado o exame padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento das doenças colorretais, tendo sua indicação para o rastreamento do câncer colorretal, monitorização pós polipectomia, seguimento de tumores colorretais operados, investigação diagnóstica em anemia ferropriva, hematoquezia, diarreia, alterações em exames de imagem e doenças inflamatórias intestinais e seus segmentos.

A precisão do diagnóstico e a segurança do exame dependerá da qualidade do preparo intestinal, segundo Amorim et al., (2020), a preparação inadequada do cólon interfere negativamente nos custos e aos quais o paciente é submetido durante o procedimento, pois limita a sensibilidade para a detecção precoce de pólipos e lesões, um preparo ruim incapacita a conclusão do procedimento, e pode gerar ainda outras consequências mais graves, tais como a perfuração de cólon.

Segundo Froes (2015), desenvolveu uma pesquisa de identificação do perfil dos pacientes submetidos ao exame de colonoscopia no Estado de São Paulo, mostrando um nº de 2.000 pacientes, sendo 1.324 (66%) do sexo feminino e 676 (34%) do sexo masculino. Com idade média de 60 a 65 anos. No estudo de Almeida et al., (2016) onde foram analisados 5730 laudos de colonoscopia no estado do Ceará, 58% dos exames analisados eram do sexo feminino enquanto apenas 42% do sexo masculino. Estes dados como muitos dados obtidos em outras pesquisas realizadas corroboram com os resultados encontrados no presente estudo que mostrou 1183 (62,63%) sexo feminino e 706 (37,37%) sexo masculino conforme apresenta a tabela 1 na qual se refere ao perfil demográfico dos prontuários analisados. A predominância do sexo feminino na busca pelo exame de colonoscopia, refletida nos resultados deste estudo é corroborada por pesquisas anteriores, indica uma tendência observada em diversos contextos. Mulheres buscam ativamente cuidados relacionados à saúde desde a pré-adolescência, frequentando regularmente os serviços de saúde. Em contrapartida, a menor frequência de homens na realização deste exame levanta preocupações, especialmente considerando as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) que apontam uma maior incidência de CCR em homens. É crucial discutir essa disparidade, pois os homens muitas vezes evitam buscar os serviços de saúde devido aos altos níveis de medo e preconceito com o exame, especialmente

em relação à exposição do corpo, incluindo partes genitais e anais, durante as consultas médicas.

Tabela 1 - Perfil demográfico dos pacientes

Sexo	Nº	%
Feminino	1183	62,60%
Masculino	706	37,40%
Total	1889	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Conforme apresenta a tabela 02, a maioria dos pacientes submetidos à colonoscopia estava na faixa etária de 45 a 54 anos (27,2%), seguida por 55 a 64 anos (23,8%), 35 a 44 anos (18,7%), 65 a 74 anos (16,1%), 25 a 34 anos (7,9%), 75 a 84 anos (4,0%), 15 a 24 anos (1,7%) e 85 a 90 anos (0,5%). Esses achados estão em linha com pesquisas anteriores, como a de Tribino (2021), que identificou a maior prevalência de pacientes com 45 anos ou mais de idade (52,6%), e o estudo de Marcacini (2015), que observou a faixa etária predominante de 50 anos. Além disso, Oliveira et al., (2010), também encontraram uma concentração significativa de pacientes entre 41 e 70 anos, totalizando 67% da amostra. Essa consistência nos dados reforça a representatividade e a relevância das faixas etárias identificadas em nosso estudo, conforme demonstra a tabela 02.

Tabela 2 - Faixa etária dos pacientes

Faixa Etária	Qt. Cit.	%
De 15 a 24 anos	33	1,7%
De 25 a 34 anos	150	7,9%
De 35 a 44 anos	353	18,7%
De 45 a 54 anos	514	27,2%
De 55 a 64 anos	450	23,8%
De 65 a 74 anos	304	16,1%
De 75 a 84 anos	76	4,0%
De 85 a 90 anos	9	0,5%
Total	1889	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Entre as indicações clínicas para a realização do exame, destaca-se o rastreamento como a principal motivação, representando 78,6% dos casos (n=1485) neste estudo. Em seguida, temos outras indicações como hemorroidas com 16,8% (n=318), dor abdominal com 10,6% (n=201), constipação com 7,1% (n=134), hematoquezia com 6,9% (n=131), diarreia com 4,1% (n=78), doença inflamatória com 4,2% (n=79), histórico pessoal de pólipos com 3,7% (n=69) e outras (8,7%, n=167). Esses dados refletem a importância crescente do autocuidado e da prevenção na saúde da população, conforme evidenciado na tabela 03.

Segundo Tribino (2021), em um estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul com 1443 pacientes, foi obtido um resultado semelhante ao presente estudo, onde 45,4% realizaram o exame para rastreamento de CCR. Já no estudo de Nahas et al., (2005), em 2.567 exames em uma análise retrospectiva dos dados, a principal indicação foi o sangramento retal/anemia, ocorrendo em 22,2% dos pacientes, seguido pela alteração do hábito intestinal em 14,7% dos casos.

Tabela 3 - Indicação clínica

Indicação	Qt. Cit.	%
Constipação	134	7,9%
Dor Abdominal	201	10,6%
Diarreia	78	4,1%
Hemorroidas	318	16,8%
Hematoquezia	131	6,9%
Anemia	8	0,4%
Histórico familiar de CCR	30	1,6%
Histórico familiar de pólipos	5	0,3%
Histórico pessoal de pólipos	69	3,7%
Histórico pessoal de CCR	18	1,0%
Enterorragia	7	0,4%
Doença Inflamatória	79	4,2%
Prevenção	1485	78,6%
Total de conclusões	2563	136,5%
Total de pacientes	1889	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Vale ressaltar que no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda o rastreamento do câncer de cólon e reto em adultos de 45 a 75 anos de idade, utilizando como método de diagnóstico a pesquisa de sangue oculto nas fezes e, se necessário, posteriormente, o exame de colonoscopia (Tribino 2021 apud Brasil, 2010). Dentre as possíveis justificativas, podemos destacar o processo de envelhecimento do trato gastrointestinal, o qual ocasiona mudanças estruturais nos órgãos que o constituem. No cólon, o avanço da idade pode ocasionar com mais frequência casos de constipação, aumento da incidência de neoplasias e de doenças diverticulares. Além disso, pode aumentar a probabilidade de doenças do aparelho digestivo, fatores esses que elevam a necessidade de solicitação de exames para investigação de possíveis patologias nessas faixas etárias (Tribino 2021 apud Oriá; Brito, 2016).

De acordo com a tabela 04, o preparo do cólon foi considerado adequado em 70,3% (n= 1328) das colonoscopias realizadas, regular em 24,2% (n=458) e inadequado em 5,5% (n=103). Este resultado está alinhado com estudos anteriores. Andrade et al., (2017), encontraram que 67,2% (n=80) dos pacientes em sua pesquisa em Foz do Iguaçu tiveram preparo adequado, enquanto Coelho, Coelho, Vitarelli et al., (2021), em Belo Horizonte, relataram um percentual de 1,77% (n=27) de preparo inadequado em 757 pacientes. Esses dados indicam que as intervenções educativas em saúde têm contribuído para taxas elevadas de preparos adequados. No entanto, ainda há uma parcela significativa de preparos regulares ou inadequados. Isso é preocupante, pois um preparo inadequado pode comprometer a visualização adequada do cólon, levando a resultados falsos negativos na colonoscopia. Portanto, é crucial continuar investindo em estratégias educativas e medidas para melhorar a qualidade dos preparos intestinais, visando aprimorar a eficácia e confiabilidade desse importante procedimento diagnóstico.

Tabela 4 - Preparo do cólon de acordo com a escala de Boston

Preparo	Nº	%
Adequado	1328	70,3%
Regular	458	24,2%
Inadequado	103	5,5%
Total	1889	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Ao analisar os prontuários, foi observado que a maioria dos pacientes resultou em um total de 1235 pacientes (65,4%) com resultados alterados e 654 pacientes (34,6%) sem alterações, conforme detalhado na Tabela 5. No estudo de Craveiro et al (2022) realizado no estado de São Paulo dos 1061 pacientes em que o exame foi concluído adequadamente, 484 (45,6%) não apresentaram alterações patológicas, entretanto, em 577 (54,4%) pacientes foram diagnosticadas lesões. Da mesma forma, no estudo de Santos et al., (2009), no estado do Mato Grosso do Sul, de 290 pacientes examinados, 141 (48,5%) tiveram um resultado normal, enquanto 149 (51,5%) apresentaram alterações. Esses estudos corroboram com os achados do presente estudo, destacando que dentre os pacientes que são submetidos ao exame de colonoscopia a uma grande porcentagem de pacientes com o exame alterado.

Tabela 5 - Percentual de exames com e sem alterações

Exame	Nº	%
Com alteração	1235	65,4%
Sem alteração	654	34,6%
Total	1889	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

No presente estudo foram analisados 1.889 prontuários de pacientes submetidos ao exame, onde em alguns foram encontrados pólipos maiores que >0,5cm em 127 pacientes gerando um percentual de 6,7% e <0,5cm em 671 pacientes, onde gerou um percentual de 35,5%. Cerca de 811 pacientes realizaram a polipectomia (42,9%), e segundo a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (2013), todo pólipos encontrado em exame é necessário à sua remoção, pois cerca de 30% dos pólipos não excisados tornam-se tumorações malignas.

Tabela 6 - Pòlipos encontrados nos exames segundo prontuário

Pólipos	Nº	%
Pólipos <0,5 cm	671	35,5%
Pólipos >0,5 cm	127	6,7%
Não possui pólipos em exame	1059	57,0%
Informação incompleta no prontuário	32	0,8%

Total	1889	100,00%
--------------	-------------	----------------

Fonte: Dados da pesquisa (2024). OBS: Porcentagem maior que 100% já que um prontuário possuía mais que um pólipos.

No estudo de Santos et al., (2008), em 3491 exames realizados no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Caridade de Florianópolis - SC foram encontrados pólipos em 1046 (29,96%), totalizando 1899 lesões em 865 pacientes. Atualmente, os equipamentos utilizados no exame produzem imagens de alta qualidade sendo capazes de detectar estes pólipos recentemente, gerando um arsenal de eficiência para remoção dos mesmos por meio do procedimento proporcionando através da colonoscopia e da polipectomia uma estratégia eficaz na prevenção do câncer colorretal.

Tabela 7 - Polipectomia

Polipectomia	Nº	%
Realizaram polipectomia	811	42,93%
Não realizaram polipectomia	1077	57,01%
Informação incompleta no prontuário	1	0,51%
Total	1889	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

As localizações mais frequentes dos pólipos foram no reto com 257 (21,18%), seguida do cólon sigmóide com 256 (21,10%), no cólon transversal com 240 (19,78%), no cólon ascendente com 189 (10,01%), no descendente com 143 (7,57%) e no ceco com 126 (6,67%). No estudo de Craveiro et al (2022) em 316 pacientes que realizaram o exame de colonoscopia, os pólipos corresponderam às alterações colonoscópicas mais frequentes, e sua distribuição ocorreu com maior incidência no cólon sigmóide (38,0%) e reto (31,0%) seguidos dos localizados no descendente (22,2%), cólon transversal (24,4%), ceco (14,9%). Já no estudo de Batista, Lima, Fonseca et al. (2011), 67,18% dos pólipos estavam no reto e cólon esquerdo. No presente estudo, os locais de maior incidência dos pólipos foram os cólons reto (13,61%) e sigmóide (13,55%), seguidos do transversal (12,71%) e ascendente (10,01%), dados esses semelhantes aos encontrados na literatura. Partindo da questão analítica, os pólipos podem ser encontrados em todo o segmento colônico,

porém são mais frequentes no reto e no cólon distal, corroborando com o presente estudo.

Os achados clínicos mais comuns foram pólipos, identificados em cerca de 900 pacientes (47,64%), seguidos por diverticulose em 453 pacientes (23,98%), Lateral Spreading Tumors (LST) em 180 pacientes (9,53%) e preparo inadequado em 85 pacientes (4,50%). Outros achados menos frequentes estão listados na tabela 8.

Tabela 8 - Localização dos pólipos

Localização dos pólipos	Nº	%
Reto	257	21,18%
Sigmóide	256	21,10%
Ascendente	189	15,58%
Transverso	240	19,78%
Ceco	126	10,38%
Descendente	143	11,78%
Informação incompleta no prontuário	2	0,17%
Total dos pólipos encontrados	1213	100,0%
Total de pacientes	1889	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Em relação aos achados clínicos mais frequentes, no estudo de Leal et al (2023), no estado de Bahia foram analisados 1614 colonoscopias, dentre estas os achados mais encontrados foram Doença diverticular com 628 colonoscopias (38,9% dos casos) e Pólipos com 626 colonoscopias (38,8% dos casos). Da mesma forma, no estudo de Oliveira et al., (2010), em São Paulo, das 504 colonoscopias realizadas, pólipos foram encontrados em 163 casos (28% dos exames) e doença diverticular em 141 casos (24% dos casos). Esses estudos corroboram com os achados do presente estudo, destacando pólipos e doenças diverticulares como as maiores incidências na distribuição dos achados endoscópicos.

Tabela 9 - Distribuição dos achados endoscópicos (Continua)

Achados clínicos	Nº	%
Alterações Endoscópicas	1	0,05
Angiectasia do ceco	1	0,05

Angiodisplasia	3	0,16
Cicatriz de reto	4	0,21

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Tabela 9 - Distribuição dos achados endoscópicos (Continua)

Colectomia	4	0,21
Colite	28	1,48
Compressão no retossigmoide secundária a endometriose profunda	1	0,05
DII	6	0,32
Diverticulose	453	23,98
Doença de Chron	7	0,37
Dolicocólon	1	0,05
Enantema	1	0,05
Enterite	1	0,05
Erosão	1	0,05
Erosões em Íleo	2	0,11
Estenose de anastomose colorretal e proctectomia	1	0,05
Exame incompleto	3	0,16
Fecaloma reto	1	0,05
Fístula retovaginal	1	0,05
Hemoclipse	1	0,05
Hiperplasia linfóide do íleo distal	1	0,05
Hiperplasia nodular	2	0,11
Ileíte	12	0,64
Ileocolite	1	0,05
Lesão cólon esquerdo	1	0,05
Lesão sigmóide neoplásica	1	0,05
Lesão elevada ulcerada	1	0,05
Lesão granular	1	0,05
Lesão no reto	2	0,11
Lesão plana de cólon	5	0,26
Lesão polipóide vegetante	1	0,05
Lesão ulcerada	1	0,05
Lesão ulcerada neoplásica	1	0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Tabela 9 - Distribuição dos achados endoscópicos (Continua)

Lesão vegetante	1	0,05
Lesão vegetante sigmóide	1	0,05
Lesões endometrióticas	1	0,05
Lipoma	5	0,26
LST	180	9,53
Melanose	1	0,05
Melanosis coli	1	0,05
Neo ascendente	1	0,05
Neo reto	1	0,05
Neo sigmóide	1	0,05
Neoplasia de reto em fase de resposta ao tratamento	1	0,05
Nódulo ceco	1	0,05
Normal	691	36,58
Pancolite	5	0,26
Pandiverticulose	11	0,58
Pólipos	900	47,64
Preparo inadequado	85	4,50
Proctite	1	0,05
Proctocolite	2	0,11
Proctosigmoidite	2	0,11
Pseudopólipos	1	0,05
Retite	17	0,90
Retocele	1	0,05
Retocolite	2	0,11
Sangramento ativo	1	0,05
Telangiectasia de cólon	1	0,05
Tiflíte	2	0,11
Tumor de cólon	1	0,05
Tumor de cólon direito	1	0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Tabela 9 - Distribuição dos achados endoscópicos (Conclusão)

Úlcera intestinal secundária a endometriose	1	0,05
Úlcera retossigmoide	1	0,05
Úlceras	2	0,11
Úlceras aftóides	2	0,11
Valvulite	2	0,11
Total de conclusões	2478	131,18
Total de pacientes	1889	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

9 CONCLUSÃO

A análise dos dados neste estudo proporcionou insights valiosos sobre a colonoscopia, abrangendo o perfil dos pacientes, o preparo adequado, as indicações clínicas, as complicações durante o procedimento, os sintomas relatados e os achados clínicos.

Em relação ao perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia, observou-se uma prevalência do sexo feminino, em parte devido à proatividade na busca por serviços de saúde e à menor resistência cultural em relação ao procedimento. A faixa etária alinhada com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde para o rastreamento do câncer colorretal também foi confirmada, destacando a conscientização crescente sobre a importância desse exame preventivo.

O preparo adequado dos pacientes, refletido por um percentual significativo, evidencia a eficácia das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, contribuindo para uma avaliação qualificada do cólon durante a colonoscopia. As indicações clínicas, especialmente voltadas para a prevenção, indicam o sucesso das intervenções educativas na conscientização da população sobre os benefícios do rastreamento.

A detecção de pólipos adenomatosos, considerados lesões pré-cancerígenas, ressalta a importância da colonoscopia na identificação precoce e na prevenção do câncer colorretal, uma das principais causas de mortalidade. A necessidade de acompanhamento regular após a identificação de alterações no exame é crucial para a gestão e o monitoramento adequados da saúde intestinal dos pacientes.

Quanto à evolução da enfermagem, identificou-se uma lacuna na realização das devidas anotações, sugerindo a necessidade de aprimoramento nessa área para garantir uma assistência completa e documentada.

Este estudo reforça a importância da colonoscopia como ferramenta de rastreamento e prevenção de doenças do cólon, destacando a necessidade contínua de educação e capacitação dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, para garantir a qualidade e eficácia desse procedimento. Apesar da limitação em artigos recentes, os dados obtidos forneceram uma base sólida para discussão e reflexão sobre os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. M. P. A. **Colonoscopia e a enfermagem: do exame até as complicações**. CA. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS. pg. 35. 2022. Disponível em: https://sis.univs.edu.br/uploads/12/SARA_MARIA_PARNA__BA_ALENCAR.pdf. Acesso em: 23 maio 2024.
- AVERBACH, M; CORRÊA, P. Colonoscopia. RJ. Thieme Revinter Publicações. ed. 3, pg. 480. 2020. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Cc3nDwAAQBAJ&pg=PT3&source=kp_read_button&hl=pt-BR&newbks=1&newsbks_redir=0&gboemv=1&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 23 maio 2024.
- ALMEIDA, Saulo Santiago; DIÓGENES, Carolina Vannucci Vasconcelos N. Perfil epidemiológico de 5730 pacientes submetidos à endoscopia digestiva baixa no Hospital Universitário Walter Cantídio De. **Revista de Medicina da UFC**, v. 56, n. 2, p. 21, 20 dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2016v56n2p21-24>.
- AMORIM, Thais et al. Ações de Enfermagem que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. v. 94, n. 32, 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/914/744>. Acesso em: 26 mar., 2024 as 16h32.
- ANDRADE, Josiane Conceição de et al. Estudio para evaluar el impacto de las orientaciones para pacientes submetidos el examen de colonoscopia. **Revista Varia Scientia**, Foz do Iguaçu, v. 3, n. 2, p. 1-7, 12 dez., 2017.
- ARAÚJO, Gleice de. **Avaliação do preparo intestinal dos pacientes submetidos a colonoscopia**. Rio de Janeiro. v.3 n.14, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/371/284>. Acesso em: 26 mar., 2024 as 16h35.
- ARSLANCA, Gamze; AYGUN, Mahmure. **Os efeitos da educação aprimorada, realizados por enfermeiros na qualidade do preparo intestinal para colonoscopia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 30, e 3626, 2022.
- BATISTA, Rodrigo Rocha; LIMA, Rafael Ferreira Correia; FONSECA, Marcus Fábio Magalhães; TODINOV, Lilian Ramos; FORMIGA, Galdino José Sitonio. Indicações de colonoscopia versus achado de pólipos e neoplasias colorretais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 31, n. 1, p. 64-70, mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-98802011000100009>.
- BIELAVSKI, Camila Hubner et al. **Sistema Digestório**. Universidade Federal de Pelotas, Instituto de Biologia Departamento de Morfologia Disciplina de Histologia, Pelotas, v. 11, n. 1, p. 1-8, jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Instituto Nacional de Câncer: Versão para os profissionais da saúde**. Brasília, atualizado em 2023.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº. 429/2012: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012>. Acesso em 18/04/2024.

BUENO, Elizete Maria de Souza *et al.* PACIENTE IDOSO: intercorrências durante o exame de colonoscopia. **Enfermagem: Assistência, gestão e políticas públicas em saúde**, v. 3, n. 8, p. 210-220, 16 jul. 2021. Atena Editora. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.01621160719>.

CARVALHO L. do C; SILVA E. S. da; ROMA A. L. M. et al. Doenças inflamatórias intestinais: uma abordagem geral. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 2, p. e9650, 2 fev. 2022.

COELHO, José Celso Cunha Guerra Pinto; COELHO, Débora Lucciola; VITARELLI, Vitor Turra Aleixo; PIRES, Ana Campos; LIMA, Jacqueline Araújo; MISERAN, Maria Paula Costa Lima de Castro; CAMPOS, Victor Guerra; COELHO, Rafael Faleiro Guerra Pinto. A Qualidade da colonoscopia de um serviço Brasileiro de alto fluxo medida através da taxa de detecção de adenomas. **Brazilian Journal Of Health Review**. v. 4, n. 4. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/33186/pdf/84765>. Acesso em: 23 maio 2024.

COSER, Roger Beltrati et al. Complicações em colonoscopia: experiência uni-institucional com 8968 pacientes. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 4, p. 1-1, 17 set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181858>.

CRAVEIRO, Bruno Arini et al. Abordagem colonoscópica do câncer de cólon: análise retrospectiva de 1061 pacientes. **Manuscripta Médica**, Barretos, v. 5, n., p. 43-49, 05 dez. 2022. Disponível em: [Abordagem_colonoscopica_do_cancer_de_colon_analise.pdf](#) Acesso em: 16 de março de 2024 às 19h38.

FANTOZZI, B.G; DE SOUSA, A.V. Doença Diverticular e Diverticulite Aguda: atualização de manejo e métodos cirúrgicos indicados. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**. v. 4. 2021

FRANCO, Carlos Augusto Santos; MARQUES, Sílvia Fernanda Pereira; GOMES, Eriston Vieira. Doença de crohn: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal Of Development**. v. 9, n. 1, pg. 3797-3805. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/56476/41465/137403>. Acesso em: 23 maio 2024.

FROES, José Humberto Baeta. **COLONOSCOPIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO: ANÁLISE CONSECUTIVA DE 2000 CASOS**. 2015. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Hspm, São Paulo, 2015.

GATTI, B. A. Estudos quantitativos em educação. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 11–30, jan. 2004.

GUINHAZIDE, Natália Pezzin; SILVA, Rafael Azevedo. TAVARES, Lorena Fecury, et al. Indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais: uma revisão de literatura. **Revista Artigos**. v. 1, p. e158, 1 jan. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/158>

HAYASHI, H. Análise retrospectiva dos exames de colonoscopia realizados em pacientes acima dos 75 Anos no serviço de coloproctologia do HSPM. **Residência Médica de Coloproctologia**. São Paulo, 2023.

KASTENBERG, David; BERTIGER, Gerald; BROGADIR, Stuart. Bowel preparation quality scales for colonoscopy. **World Journal Of Gastroenterology**, v. 24, n. 26, p. 2833-2843, 14 jul. 2018.

LEAL, Rafaela Mendonça *et al.* Achados Colonoscópicos em Pacientes a Partir dos 50 Anos: uma análise crítica de 1.614 exames. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 131-135, 30 set. 2023. Revista Científica Hospital Santa Izabel. <http://dx.doi.org/10.35753/rchsi.v7i3.453>.

LOUREIRO, Jarbas et al., **Complicações em colonoscopia**. São Paulo. GED gastroenterol. v.32, n.2, p. 44-49, 2013.

MARQUES, Maria Luiza et al. Doença inflamatória intestinal: revisão. **Pubvet**. v. 15, n. 12, p. 1-10, 29 nov. 2021. Editora MV Valero. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31533/pubvet.v15n12a977.1-10>.

MARCACINI, Stephania Ferreira Borges. Perfil dos pacientes submetidos à colonoscopia em um hospital universitário. **Enfermeria Global**, Murcia, v. 1, n. 39, p. 62-71, jul. 2015.

MOREIRA, Lucio Henrique D'avila; HONG, Michelle Venâncio; SILVA, Daniel Augusto da; SILVA, Rosângela Gonçalves da. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão dos enfermeiros. **Research, Society And Development**. v. 10, n. 2. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12508/11228/165254>. Acesso em: 23 maio 2024.

NGUYEN, Minhhuyen, **Câncer de Colorretal**. Estados Unidos. MD Fox Chase Cancer Center, Temple University, 2021.

NAHAS, Sergio Carlos; MARQUES, Carlos Frederico Sparapan; ARAËJO, Sérgio Alonso et al. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do

intestino grosso: análise de 2.567 exames. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 42, n. 2, p. 77-82, jun. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-28032005000200003>.

OLIVEIRA, A.R; BRANDÃO, L.B; BARBALHO, A.P. et al. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. **Revista de Saúde**. v.10, n. 81, p. 08-12, jan., - jun., 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/download/1715/pdf> . Acesso em: 11 mar., 2024.

OLIVEIRA, Jailson. **A reconstrução da concepção de estudantes sobre o sistema digestório humano**. Vitória de Santo Antão, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/22952/1/OLIVEIRA%2C%20Jailson%20Rodrigues.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2024.

OLIVEIRA, Rodrigo Guimarães *et al.* Análise retrospectiva de 504 colonoscopias. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 30, n. 2, p. 175-182, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-98802010000200008>. Acesso em: 09 de maio de 2024.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. Metodologia da pesquisa. In:_____. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**.

SBC, Sociedade Brasileira de Coloproctologia **Pólipos intestinais**. 26 jul., 2013. Disponível em: <https://sbcp.org.br/arquivo/polipos-intestinais/>

RAIMUNDO, Viviane Helena; PARTIKA, Paula Fernanda; LUZ, Haroldo Luiz Jordelino da; PEREIRA, Eduardo Manoel Pereira. Estudo retrospectivo da prevalência de perfurações gastrointestinais em pacientes submetidos a colonoscopias no hospital regional hans dieter schmidt. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 49, n. 2, p. 14–28, 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/556>. Acesso em: 17 abr. 2024.

RAUEN, Fábio, **Pesquisa Científica: Discutindo a questão das variáveis**. Santa Catarina. Anais do IV simpósio sobre formação de professores. p.1, 2012.

RODRIGUES, Tatiane Daby de Fatima Faria *et al.* AS PESQUISAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS NA EDUCAÇÃO. **Revista Prima**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, fev. 2021.

ROSSI, Cassiane et al. **Protocolo de Registro de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2021.

SANTOS, Carlos Henrique Marques dos, et al. Principais achados de colonoscopias realizadas em caráter de urgência e eletivas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 83-87, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-98802009000100012>. Acesso em: 05 de maio de 2024.

SANTO, Débora Machado Nascimento Espírito; MATZENBACHER, Lisiane Paula Sordi; PACZEK, Rosaura Soares; GALVAN, Carina; TANAKA, Ana Karina Silva da Rocha; PAGLIARINI, Ana Maria. Importância da consulta de Enfermagem para orientações de preparo para a realização de colonoscopia. **Research, Society And Development**. v. 10, n. 8, p. 1-6, 5 jul. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17280/15263>. Acesso em: 26 de março de 2024.

SANTOS, José Mauro dos, et al. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 3, p. 299-305, set. 2008.

SINAGRA, E; SFERRAZZA, S; VITELLO, A. et al. Effectiveness and Tolerability of Very-low Volume Preparation for Colonoscopy: A Narrative Review. **Curr Drug Metab**. v.22, n.2, p.85-88, 2021. Disponível em: [10.2174/1389200221999201208212007](https://doi.org/10.2174/1389200221999201208212007).

TRIBINO, Ueslei Mossoi. **Perfil clínico-epidemiológico de usuários da atenção primária à saúde submetidos à colonoscopia**. 2021. 87 f. TCC, Graduação, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, 2021.

VASCONCELOS, Thaís et al., Ações que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual in Derme**. v.94. Minas Gerais: 2020.

ZALTMAN, C. Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 992–993, maio de 2007.

ZANDONÁ, DWL; SCHOFFEN, JPF Megacólon congênito: fisiopatologia, etiologia e tratamento. **Revista Uningá**. v. 1, 2008. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/649>. Acesso em: 23 maio. 2024.

ANEXO A – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE CONTAGEM DE CÉLULAS

DADOS A SEREM COLETADOS DO PRONTUÁRIO

Nome: _____ Idade: _____ Data do exame: ____/____/____ Gênero: (1) Feminino (2) Masculino
--

INDICAÇÃO CLÍNICA:	
DOR ABDOMINAL	(1) SIM (2) NÃO
CONSTIPAÇÃO	(1) SIM (2) NÃO
DIARRÉIA	(1) SIM (2) NÃO
HEMATOQUEZIA	(1) SIM (2) NÃO
ANEMIA	(1) SIM (2) NÃO
HISTÓRICO FAMILIAR CÂNCER CR	(1) SIM (2) NÃO
HISTÓRICO FAMILIAR POLIPOSE INTESTINAL	(1) SIM (2) NÃO
DOENÇA INFLAMATÓRIA	(1) SIM (2) NÃO
PREVENTIVO RISCO MÉDIO	(1) SIM (2) NÃO
HISTÓRICO PESSOAL DE PÓLIPO OU CÂNCER DE CR	(1) SIM (2) NÃO
ENTERORRAGIA	(1) SIM (2)

PREPARO ADEQUADO DO EXAME:	
CÓLON DIREITO	(1) SIM (2) NÃO
CÓLON ESQUERDO	(1) SIM (2) NÃO
CÓLON TRANSVERSO	(1) SIM (2) NÃO

RESULTADOS DA COLONOSCOPIA:	
EXAME REALIZADO ATÉ O CECO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
EXAME REALIZADO ATÉ ILEO <u>TERMINAL</u>	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
EXAME SEM ALTERAÇÕES	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
PÓLIPOS > 0,5 cm	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
PÓLIPOS < 0,5 cm	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
TIPO DE PÓLIPOS:	
LOCALIZAÇÃO DO PÓLIPO OU NEOPLASIA MALIGNA	
CECO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
COLON ASCENDENTE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
COLON TRANSVERSO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
COLON DESCENDENTE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
COLON SIGMOIDE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
RETO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
POLIPECTOMIA	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
NEOPLASIA MALIGNA	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CONCLUSÃO	RESPOSTA:

RESULTADOS DA COLONOSCOPIA:	
EXAME REALIZADO ATÉ O CECO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
EXAME REALIZADO ATÉ ÍLEO <u>TERMINAL</u>	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
EXAME SEM ALTERAÇÕES	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
PÓLIPOS > 0,5 cm	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
PÓLIPOS < 0,5 cm	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
TIPO DE PÓLIPOS:	
LOCALIZAÇÃO DO PÓLIPO OU NEOPLASIA MALIGNA	
CECO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CÓLON ASCENDENTE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CÓLON TRANSVERSO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CÓLON DESCENDENTE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CÓLON SIGMÓIDE	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
RETO	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
POLIPECTOMIA	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
NEOPLASIA MALIGNA	<u> </u> (1) SIM (2) NÃO
CONCLUSÃO	RESPOSTA: