



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE: **COLONOSCOPIA**
REVISÃO 2025

Ouro Preto, outubro de 2025



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária

Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada

Paola Cristiane Andrade Amorim

Gerente da Atenção Primária

Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto

Vinícius Gonçalves de Paula

Responsável Técnica da Junta Reguladora

Taciana de Oliveira



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora





PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	5
2.	REGULAÇÃO.....	5
3.	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....	6
4.	PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....	6
5.	CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO E PRIORIDADE.....	6
5.1.	RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL.....	6
5.2.	SITUAÇÕES DIAGNÓSTICAS DE ACOMPANHAMENTO.....	7
6.	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	7
6.1.	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO AO EXAME ELETIVO DE COLONOSCOPIA.....	8
6.2.	SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS IMEDIATAMENTE À UPA OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR.....	8
6.3.	SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE CONSULTA PRÉVIA COM GASTROENTEROLOGIA / COLOPROCTOLOGIA / CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO.....	9
7.	REFERÊNCIAS.....	10
8.	ANEXOS.....	11
8.1.	QUADRO 1 -ACOMPANHAMENTO DE LESÕES PRÉ-MALIGNAS COLORRETAIS COM COLONOSCOPIA.....	11
8.2.	FLUXOGRAMA 1 - RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL	12
8.3.	FLUXOGRAMA 2 - RASTREIO DO CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL OU PÓLIPOS AVANÇADOS..	13



1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de solicitação de exames de média e alta complexidade constituem instrumentos fundamentais para a qualificação da assistência e da gestão do cuidado, orientando decisões clínicas em todos os níveis de atenção à saúde e subsidiando a análise técnica das demandas pelas equipes reguladoras.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe a atuação integrada entre os diferentes pontos de atenção — públicos e da rede complementar —, de modo a garantir o acesso oportuno, a continuidade do cuidado e o uso racional dos recursos diagnósticos disponíveis. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) mantém seu papel estratégico como coordenadora do cuidado, articulando-se com os demais níveis de atenção e contribuindo para a resolutividade do sistema.

Este protocolo apresenta os critérios e orientações para a solicitação de colonoscopias no município de Ouro Preto, considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, as normativas da Política Nacional de Regulação e as especificidades locais da organização da atenção diagnóstica e especializada.

O objetivo é padronizar os critérios clínicos de indicação da colonoscopia, especificando as principais situações que justificam sua realização, os dados obrigatórios a serem incluídos na requisição, as situações de prioridade e os casos que requerem avaliação prévia especializada. Assim, busca-se promover o uso criterioso e equitativo dos exames endoscópicos, qualificando o cuidado e fortalecendo a integralidade da atenção à saúde em todo o território municipal.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.



P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

A solicitação de exames de colonoscopia deve conter, obrigatoriamente, as seguintes informações clínicas:

- Justificativa clínica, com sinais, sintomas e achados do exame físico;
- História clínica resumida, incluindo tempo de evolução, comorbidades e antecedentes relevantes;
- Histórico familiar de neoplasia colorretal ou pólipos adenomatosos, com grau de parentesco;
- Resultados de exames prévios (hemograma, ferro, ferritina, PSOF, entre outros), com datas;
- Perda ponderal, quando presente, indicando percentual e período;
- Colonoscopia e/ou biópsia anterior, com data (ou informar se é o primeiro exame);
- Condutas realizadas e resposta clínica observada.

Essas informações são essenciais para qualificar a análise da solicitação pelas equipes reguladoras e garantir o uso apropriado dos recursos diagnósticos disponíveis.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médicos da Atenção Básica e Especializada e da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, seguindo os critérios conforme especificado abaixo.

5. CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO E PRIORIDADE

5.1) RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL

- População geral: indivíduos de 50 a 75 anos, assintomáticos, com expectativa de vida >10 anos e sem histórico pessoal ou familiar de neoplasia colorretal, pólipos, doença inflamatória intestinal ou radioterapia abdominopélvica prévia:



- Solicitar Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), preferencialmente pelo método imunoquímico fecal (FIT), anualmente.
 - Se PSOF positiva: indicar colonoscopia.
 - Se colonoscopia normal: repetir a cada 10 anos (até 75 anos).
- História familiar de câncer colorretal (parente de primeiro grau: pais, irmãos, filhos): Iniciar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do diagnóstico do familiar mais jovem, o que ocorrer primeiro. Repetir o exame a cada 10 anos;
- Polipose Adenomatosa Familiar (PAF): Iniciar colonoscopia a partir dos 10 anos de idade, repetindo a cada 1 a 2 anos, conforme achados e acompanhamento especializado;
- Síndrome de Lynch: Iniciar colonoscopia aos 20 anos ou 2 anos antes da idade do diagnóstico de câncer colorretal em familiar de primeiro grau, o que ocorrer primeiro. Repetir a cada 1 a 2 anos.

5.2) SITUAÇÕES DIAGNÓSTICAS E DE ACOMPANHAMENTO

- Suspeita clínica de câncer colorretal;
- Pós-operatório endoscópico (polipectomia, mucosectomia) – controle após 6 meses;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (adenomas, displasias etc.) - ver quadro 1;
- Anemia ferropriva de causa indeterminada, após exclusão de outras etiologias;
- Diarreia crônica (persistente por mais de 4 semanas) sem diagnóstico definido;
- Doença inflamatória intestinal (retocolite ulcerativa ou doença de Crohn);
- Doença diverticular do cólon, conforme orientação clínica;
- Avaliação pré-operatória de fístulas anorretais ou intestinais;
- Incontinência fecal com suspeita de comprometimento estrutural.

P0	Forte suspeita de câncer colorretal; Paciente ≥50 anos com sangramento retal (excluída doença orifical aparente) e com sinais/sintomas de alarme (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal e/ou História Familiar de Câncer Colorretal); Doença Inflamatória Intestinal em atividade; Exame radiológico recente apresentando área de espessamento em cólon ou reto sugestiva de neoplasia; Câncer metastático em investigação de sítio primário; Colonoscopia como pré-requisito ao tratamento de doença neoplásica.
P1	História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II) e com sinais/sintomas de alarme (pesquisa de sangue oculto positiva e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);



	<p>Pacientes com hematoquezia ativa ou recente ou melena após a exclusão de uma fonte de sangramento gastrointestinal superior;</p> <p>Seguimento oncológico pós-tratamento de câncer colorretal;</p> <p>Pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados;</p> <p>Pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal em tratamento clínico (avaliação de resposta terapêutica);</p> <p>Doença diverticular com diverticulites de repetição;</p> <p>Investigação de diarreia crônica de causa desconhecida, sem sinais de alarme;</p> <p>Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem sinais de alarme;</p> <p>Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia;</p> <p>Pré-operatório de fístulas.</p>
P2	<p>Paciente ≥ 50 anos e ≤ 75 anos com pesquisa de sangue oculto positiva e sem sinais/sintomas de alarme (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal);</p> <p>Pacientes com história familiar de Câncer Colorretal (parente de 1o grau ou Critérios de Amsterdam II) e sem sinais/sintomas de alarme (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);</p> <p>Acompanhamento de lesões pré-malignas;</p> <p>Incontinência fecal;</p> <p>Constipação intestinal, sem sinais de alarme, sem melhora com o tratamento clínico otimizado;</p> <p>Vigilância de pólio adenomatoso colorretal;</p> <p>Paciente ≥ 50 anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita);</p> <p>Investigação de endometriose.</p>

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

6.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO AO EXAME ELETIVO DE COLONOSCOPIA

- Diverticulite aguda (aguardar 60 dias após o tratamento para a realização do exame);
- Gestantes;
- Colite fulminante ou megacólon tóxico (em paciente portadores de Doença Inflamatória Intestinal);
- Pacientes graves, hemodinamicamente instáveis.

6.2 SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS IMEDIATAMENTE À UPA OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

- Hemorragia digestiva ativa;
- Obstrução gastrointestinal.



6.3 SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE CONSULTA PRÉVIA COM GASTROENTEROLOGIA/ COLOPROCTOLOGIA/ CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Necessitam passar por consulta ambulatorial prévia com Coloproctologista pacientes com indicação de colonoscopia, mas que apresentam comorbidades que elevam muito o risco de preparo de cólon, da sedação e do procedimento endoscópico em si, tais como:

- índice de massa corporal acima de 50 kg/m²;
- infarto agudo do miocárdio ou angina instável nos últimos 6 meses;
- uso terapêutico de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários;
- insuficiência renal crônica com necessidade de diálise;
- doença pulmonar obstrutiva crônica grave;
- pacientes com histórico de arritmias cardíacas;
- pacientes com histórico de acidente vascular encefálico;
- pacientes com histórico de cirurgia cardíaca com colocação de prótese valvar;



7. REFERÊNCIAS

1. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE et al. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ*, v. 188, n. 5, p. 340-348, 2016.
2. DAVIDSON, Karina W. et al. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, v. 325, n. 19, p. 1965-1977, 2021.
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **Telecondutas: Pólipos Colorretais**. Versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 fev. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>.
4. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Endoscopia digestiva alta, colonoscopia e procedimentos endoscópicos – adulto**. Florianópolis: SES/SC, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/acessos-por-especialidade/exames-adulto/18682-endoscopia-digestiva-alta-colonoscopia-procedimentos-endoscopicos-adulto/file>.
5. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível na Rede SES-DF**. Brasília: SES-DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Protocolo+de+Regula%C3%A7%C3%A3o+de+Exames+Eletivos+de+Endoscopia+Digestiva+Baixa+%E2%80%93+Colonoscopia+e+Retossigmoidoscopia+Flex%C3%ADvel+%E2%80%93+na+rede+SES-DF.pdf/c0ee272f-ceb0-3e52-ffb0-730fd1721b4d?t=1648647281507>.
6. JUNDIAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Colonoscopia**. Jundiaí: Prefeitura de Jundiaí, 2023. Disponível em: <https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2023/07/colonoscopia.pdf>.

8. ANEXOS

Quadro 1 - Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia

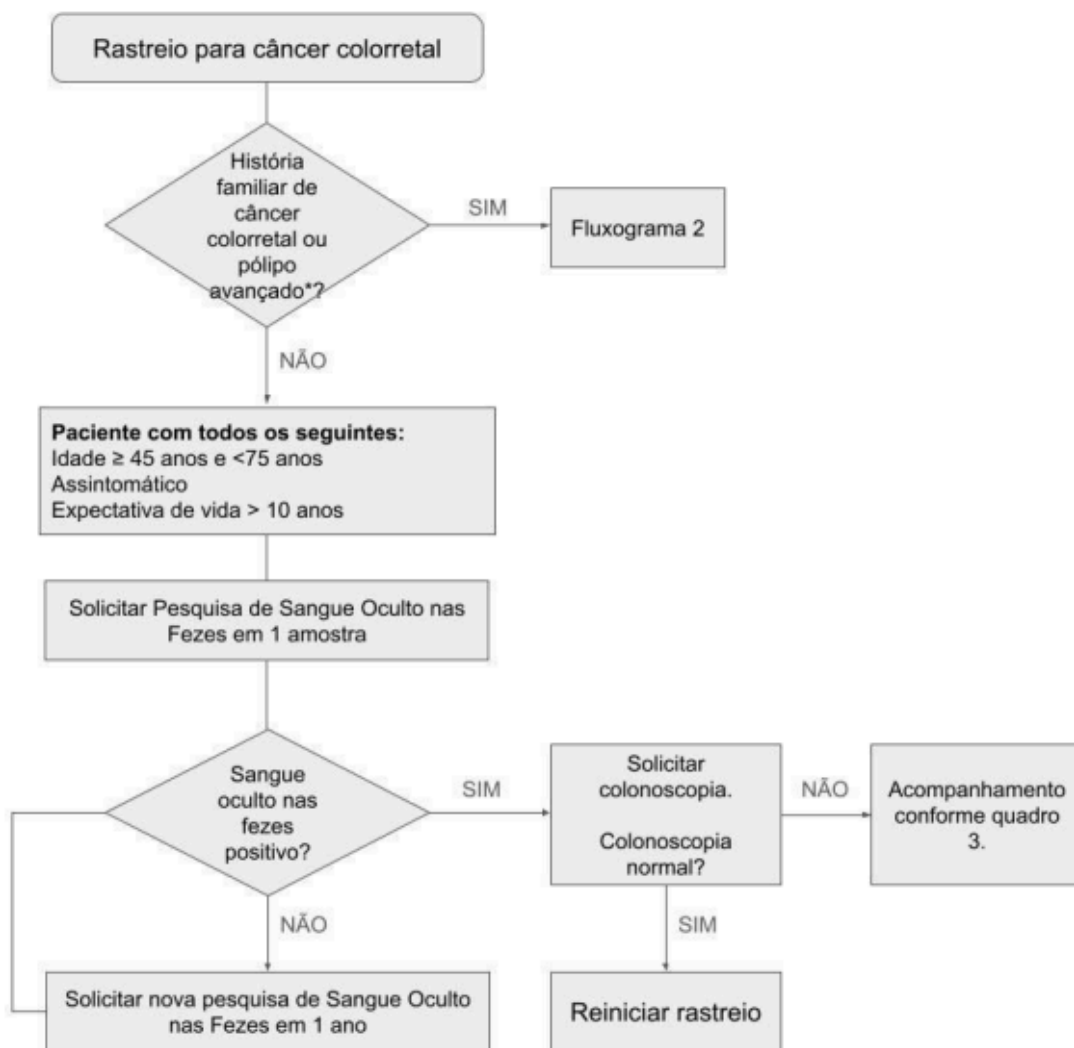
Atenção: as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
LESÕES ADENOMATOSAS		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥ 1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada*
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada*
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses	Atenção Especializada*
LESÕES NÃO ADENOMATOSAS		
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada*
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada*

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: Pólipos Colorretais; versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 fev. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>.

Fluxograma 1 - Rastreamento de câncer colorretal



*** Pólio avançado:**

1. Adenoma avançado
 - Tamanho do adenoma ≥ 1 cm
 - Adenoma com displasia de alto grau
 - Adenoma com histologia tubulovilosa ou vilosa
2. Lesão serrilhada avançada
 - Pólio serrilhado sésil (SSP) ≥ 1 cm
 - Adenoma serrilhado tradicional ≥ 1 cm
 - SSP com displasia citológica
3. Tipo de pólio desconhecido
 - Se um familiar de primeiro grau tiver um pólio, mas o paciente não souber se se trata de um pólio avançado, o paciente deve ser incentivado a entrar em contato com o parente, se possível, para confirmar os dados do pólio. Se a informação não puder ser obtida, assumo que o pólio não era um pólio avançado.

Fluxograma 2 - Rastreio do câncer colorretal em pacientes com história familiar de câncer colorretal ou pólipos avançados

