

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **COLONOSCOPIA**

Ouro Preto, Maio de 2024

PREFEITURA DE OURO PRETO

Atenção Secundária

Rua Mecânico José Português, S/N

OURO PRETO/ MG

(31) 35593255

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br



Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Leandro Leonardo Assis Moreira

SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

ENFERMEIRA REGULAÇÃO

Taciana de Oliveira

ELABORAÇÃO

Luíza de Alcântara Dutra

Médica de Família e Comunidade

Antonio Aparecido Branco Júnior

Jéssica Antunes Dias e Souza

Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade

APRESENTAÇÃO

As diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS estabelecem a Atenção Básica como ordenadora e estruturante do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da RAS. A Atenção Básica deve constituir a porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e integral de atenção.

A regulação assistencial ou regulação do acesso consiste na “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, sendo um mecanismo de organização e gestão da rede de atenção à saúde. O processo regulatório deve favorecer a resolução dos casos que exigem a ação coordenada de vários pontos da rede de atenção, permitindo o conhecimento mais aprofundado e dinâmico da rede assistencial, identificando áreas críticas e necessidades de saúde, contribuindo para melhor controle dos gastos em saúde, otimização dos recursos e qualificação da prestação de serviços de saúde. O processo de regulação deve ocorrer em todos os níveis de produção do cuidado (rede de atenção básica e especializada) e através do Serviço de Regulação.

O Serviço Municipal de Regulação de Serviços Especializados é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação e agendamento de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços municipais, contratadas ou referenciadas. Os PROTOCOLOS CLÍNICOS são “recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas e específicas” (DENASUS, MS). A implantação de PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE constitui uma qualificação na estrutura reguladora do município de Ouro Preto, na medida em que esses instrumentos implementam a Rede de Atenção à Saúde, permitem a avaliação da classificação de risco e promovem a equidade do acesso.

OBJETIVOS:

- ❖ Garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos pelo SUS;
- ❖ Valorizar e estimular o atendimento RESOLUTIVO na Atenção Básica.
- ❖ Aprimorar os critérios técnicos de indicação de exames de apoio diagnóstico.
- ❖ Qualificar a avaliação da classificação de risco e definir prioridades de agendamento.
- ❖ Monitorar os pontos de estrangulamento na oferta e na demanda.

DIRETRIZES:

- O profissional solicitante de um procedimento/exame de apoio diagnóstico é responsável por sua interpretação e decisão terapêutica. A responsabilidade da interpretação decorre da especialização do profissional e do nível de complexidade da unidade de saúde.
- A realização pela rede pública de exames de pacientes atendidos na rede privada está prevista na constituição – princípio da universalidade. - O Código de Ética Médica define como infração: Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada. As solicitações da rede particular devem ser emitidas em receituários e/ou impressos próprios do consultório/entidade, com indicação do exame e justificativas necessárias para avaliação e autorização.
- A transcrição de solicitação da rede particular implica na responsabilidade pelo paciente. O médico da unidade de saúde deverá preencher o formulário da Rede SUS local, com todas as informações necessárias, anexar o pedido original e anotar “transcrição de pedido”.

ATENÇÃO: As vezes pedir o exame para ir “adiantando” cria um problema sério para a Central, pois vincula tratamento a resultado de exame: **O médico responsável pela solicitação do exame complementar, deve ser o responsável por sua análise e conclusão da suspeita diagnóstica que o levou a solicitá-lo**

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Descrição dos sinais, sintomas e achados do exame físico;
- Histórico familiar de neoplasia intestinal ou pólipos intestinais adenomatosos com displasia de alto grau (sim ou não), com o grau de parentesco;
- Para investigação de anemia informar os resultados dos exames: hemoglobina, VCM, ferro e ferritina, PSOF, com data;

- Se perda ponderal, informar a perda quantificada (em porcentagem) e espaço de tempo;
- Laudo da colonoscopia prévia e da biópsia, com data (se realizado e se não realizado informar que se trata de primeiro exame);

PADRONIZAÇÃO DA ESPERA CONTROLADA A NÍVEL AMBULATORIAL

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. No caso da densitometria óssea, não há caráter de urgência para a realização do exame, sendo divididos da seguinte forma:

P0: Situações clínicas que demandam um agendamento eletivo prioritário, em que o diagnóstico de osteopenia e/ou osteoporose é mais urgente.

P1: São situações clínicas em que o exame diagnóstico está indicado, mas com menor prioridade.

P2: Exames de controle.

INDICAÇÕES:

- Rastreamento de câncer colorretal:
 - a) Indivíduos entre 45 e 75 anos, assintomáticos, com expectativa de vida de mais de 10 anos, sem histórico pessoal ou familiar de neoplasia de cólon ou pólipos colônicos prévios; sem diagnóstico de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa ou histórico de radioterapia abdominal ou pélvica prévia:
 1. Primeiramente, solicitar Pesquisa de Sangue Oculto Fecal (PSOF) anualmente.
 - a. Se pelo método Teste imunoquímico fecal (FIT): apenas 1 amostra, sem restrições medicamentosas ou alimentares. Esse método é utilizado pelo LAPAC.
 2. Se exame positivo, é necessário solicitar colonoscopia.
 3. Se colonoscopia normal, novo exame endoscópico a cada 10 anos (até 75 anos).
 - História familiar de câncer colorretal (parentes de primeiro grau: pais, filhos e irmãos): colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem, de 10/10 anos.
 - Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100): colonoscopia a partir dos 10 anos de idade, a cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação (sugerido acompanhamento pelo especialista focal).

- Síndrome de Lynch: colonoscopia a partir dos 20 anos ou 2 anos antes da idade do diagnóstico de câncer colorretal em familiar de primeiro grau, o que vier antes, a cada 1 a 2 anos.
- Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia (6 meses após);
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (Quadro 1);
- Suspeita clínica de câncer colorretal;
- Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem outros sinais e sintomas que orientem a investigação inicial;
- Investigação de diarreia crônica;
- Doença inflamatória intestinal (DII);
- Doença diverticular do cólon;
- Pré-operatório de fistulas;
- Incontinência fecal.

Quadro 1 - Acompanhamento de lesões pré-malignas

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: 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/>.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: Hemorragia digestiva ativa, obstrução gastrointestinal.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- São critérios de exclusão à 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.

**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;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Primária e de outras especialidades

PRIORIDADES:

- **P0:**
 - Forte suspeita de câncer colorretal;
 - Paciente ≥50 anos com sangramento retal (excluída doença

orificial 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:**

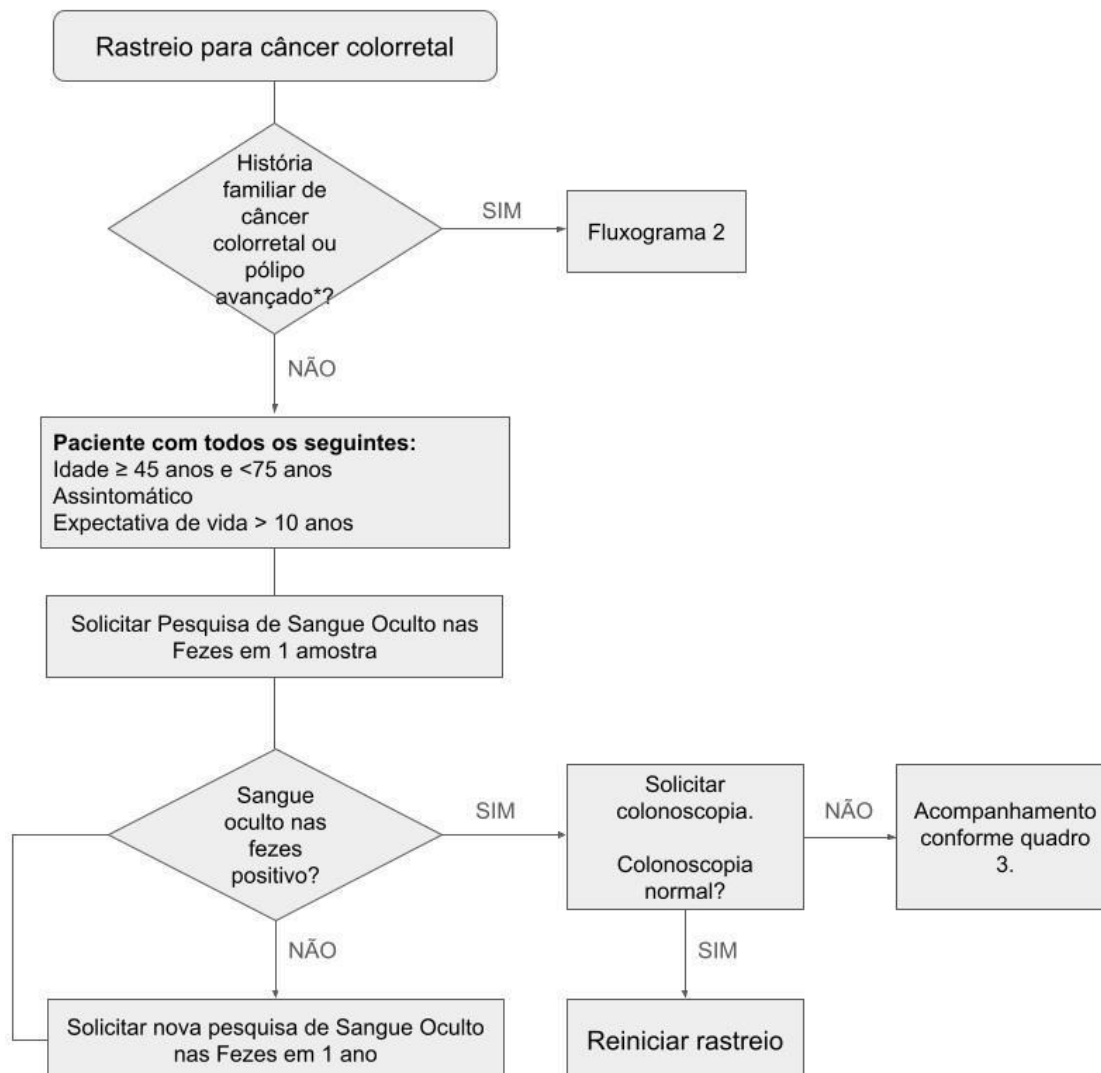
- **História familiar de Câncer Colorretal** (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II) e com **sinais/sintomas de alarme** (pesquisa de sangue oculto positiva e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);
- Pacientes com hematoquezia ativa ou recente ou melena após a exclusão de uma fonte de sangramento gastrointestinal superior.
- Seguimento oncológico pós-tratamento de câncer colorretal;
- Pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados;
- Pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal em tratamento clínico (avaliação de resposta terapêutica);
- Doença diverticular com diverticulites de repetição;
- Investigação de diarreia crônica de causa desconhecida, sem sinais de alarme;
- Investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem sinais de alarme;
- Pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia;
- Pré-operatório de fístulas.

● **P2:**

- 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);
- 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);
- Acompanhamento de lesões pré-malignas;
- Incontinência fecal.

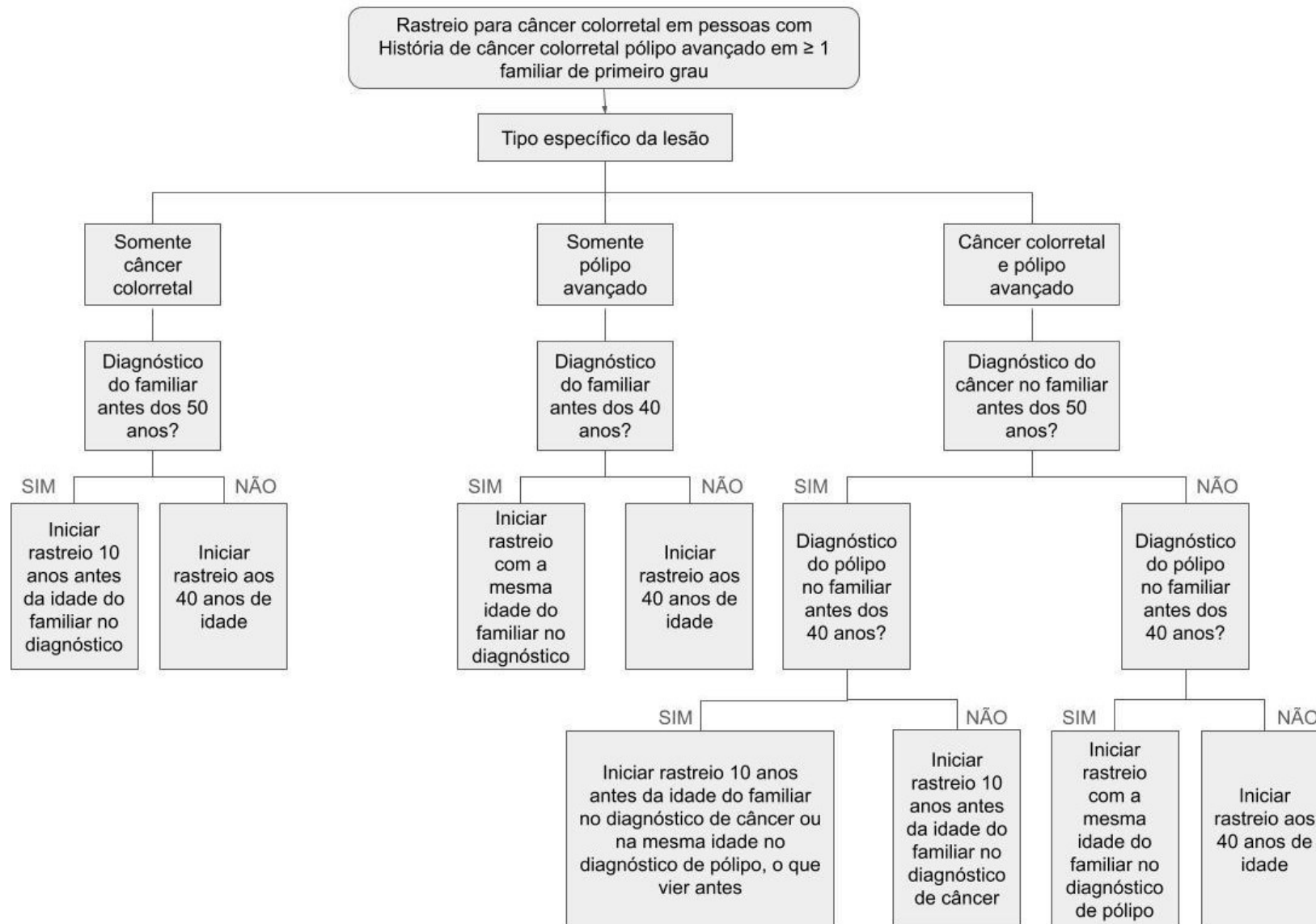
- Constipação intestinal, sem sinais de alarme, sem melhora com o tratamento clínico otimizado.
- Vigilância de pólipos adenomatosos colorretais;
- Paciente ≥ 50 anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita);
- Investigação de endometriose;

Fluxograma 1 - Rastreio do 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 achados histológicos e o tamanho do pólio. Se esta 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



REFERÊNCIAS:

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;

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;

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/>. Acesso em: 15 Mar 2024;

<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>;

<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>;

<https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2023/07/colonoscopia.pdf>.