

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE COLONOSCOPIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2023
Versão II



Prefeitura
de Jundiaí



Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde



COLONOSCOPIA

Código 02.09.01.002-9

A colonoscopia é um exame indicado com as seguintes finalidades:

A) DIAGNÓSTICA

Pacientes com história clínica de alteração de hábito intestinal, anemia ferropriva por causa desconhecida e sangramento gastrointestinal persistente.

1. Alteração de hábito intestinal:

a. **Diarreia (≥ 4 semanas):** Iniciar investigação com:

- i. Exame parasitológico de fezes (EPF) - 3 amostras;
- ii. Pesquisa de leucócitos fecais (se positiva: solicitar coprocultura);
- iii. pH fecal (<6 indica intolerância a lactose);
- iv. Pesquisa de gordura fecal (se positiva, indica síndrome de má-absorção);
- v. Pesquisa de sangue oculto fecal (PSOF);
- vi. Anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-TTG) na suspeita de doença celíaca;
- vii. Laboratório: glicemia, hemograma e proteínas totais e frações.

Solicitar colonoscopia (P2) após descartar as possíveis causas de diarreia (infeciosa, síndrome de má absorção, intolerância à lactose, doença celíaca, medicamentosa, DM, hipertireoidismo).

Caso apresente **sinais de alarme**, solicitar como Prioridade (P1).



Sinais de alarme: perda de peso **e/ou** despertar noturno pela diarreia **e/ou** anemia **e/ou** sangramentos **e/ou** histórico familiar de neoplasia colorretal.

- b. **Constipação:** Iniciar a investigação com:
- i. Pesquisa de sangue oculto fecal (PSOF) - 3 amostras;
 - ii. Hemograma, glicemia, TSH;
 - iii. Sorologia para Chagas (dependendo da procedência do paciente);
 - iv. Clister opaco na suspeita de doença diverticular e megacólon chagásico.

Solicitar colonoscopia (P2) após descartar doenças neurológicas, endocrinológicas (DM, hipotieroidismo), doenças anorretais e insucesso no tratamento clínico (dieta, hidratação, uso de óleo mineral e atividade física).

Caso apresente sinais de alarme, solicitar como Prioridade (P1).

Sinais de alarme: perda de peso **e/ou** fezes em fita **e/ou** anemia **e/ou** sangramentos **e/ou** histórico familiar de neoplasia colorretal.

2. Anemia ferropriva por causa desconhecida devem ser investigados com Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia:

- Pacientes abaixo de 50 anos: EDA inicialmente. Não havendo alteração na EDA (que possam justificar a anemia ferropriva), seguir investigação com colonoscopia.
- Acima de 50 anos: solicitar EDA e Colonoscopia.



Observações:

- Alterações na EDA que podem justificar anemia: úlcera gástrica, gastrite hemorrágica, hérnia de hiato acima de 4 cm, varizes esofagianas.

3. Sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível à doença orificial. Paciente com queixa de sangramento vivo anal deve ter, impreterivelmente, a região anal avaliada para descartar hemorróida ou fissura.

Atenção às Prioridades:

- Pacientes com mudança de hábito intestinal que tenham início a partir dos 45 anos associada a perda de peso e/ou fezes em fita e/ou despertar noturno pela diarreia e/ou anemia e/ou sangramentos e/ou histórico familiar de neoplasia colorretal devem ter **PRIORIDADE** na investigação (P1).

B) RASTREAMENTO de Câncer Colorretal (CCR)

Paciente Risco Médio:

- Idade de 50 – 75 anos, assintomático, 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.

Rastreio:

- Pesquisa de sangue oculto fecal (PSOF) anual.
- Se positivo, realizar colonoscopia (lembrar que sangue oculto fecal positivo também pode ter origem esôfago-gástrica como úlceras, especialmente se o paciente usar AAS/AINH).



- Se colonoscopia normal, novo exame endoscópico em 10 anos até 60 anos. Após 60 anos: colonoscopia a cada 5 anos.
- Idade de 76 - 85 anos: rastreamento individualizado a depender da expectativa de vida, condições clínicas e histórico de rastreamento anterior;
- Idade a partir de 86 anos: sem indicação de rastreamento.

Paciente Alto Risco: Paciente assintomático com histórico familiar de câncer colorretal (CCR).

- CCR em familiar de primeiro grau diagnosticado com ≥ 60 anos: realizar colonoscopia aos 40 anos.

- CCR em 2 familiares de primeiro grau em qualquer idade ou um familiar de primeiro grau diagnosticado com menos de 60 anos: colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do familiar (o que ocorrer antes).

Atenção: Paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch ou Polipose Adenomatosa Familiar deve ser encaminhado ao especialista (gastroenterologista ou proctologista), mesmo com colonoscopia normal.

C) SEGUIMENTO

A grande maioria dos pacientes com diagnóstico prévio de doença intestinal já estão em acompanhamento com especialista, entretanto, alguns perdem seguimento ou vêm de outros serviços/municípios.

Paciente com histórico de neoplasia colorretal, doença inflamatória intestinal como Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn ou outra doença crônica intestinal como Doença Celíaca deve ser encaminhado ao especialista para seguimento:



- Se assintomático, encaminhar ao especialista que avaliará indicação/periodicidade do exame colonoscópico;
- Se sintomático (sangramento, alteração do hábito intestinal, perda de peso), pode ser solicitada a colonoscopia e encaminhar o paciente como prioridade (P1).

Contraindicações do exame:

- Não há uma contraindicação absoluta, mas pacientes com debilidade clínica podem necessitar de maiores cuidados para o preparo intestinal, a sedação e durante o exame de colonoscopia.
- Devem ser pesados os benefícios e os riscos do exame.
- Pacientes com obstrução intestinal podem apresentar restrição para o preparo intestinal convencional, por via oral.



Acompanhamento de lesões visualizadas na colonoscopia - periodicidade:

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: Telessaúde RS - UFRGS (2022), adaptado de Gupta et al. (2020) [6] e Hassan et al. (2020) [7].



Classificação de risco:

P1:

- Pacientes com mudança de hábito intestinal iniciada a partir dos 45 anos associada a perda de peso **e/ou** fezes em fita **e/ou** despertar noturno pela diarreia **e/ou** anemia **e/ou** sangramentos **e/ou** histórico familiar de neoplasia colorretal
- Pacientes com histórico de neoplasia intestinal, doença inflamatória intestinal como Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn ou outra doença crônica intestinal como Doença Celíaca sintomáticos (sangramento, alteração do hábito intestinal, perda de peso): solicitar colonoscopia e encaminhar o paciente como prioridade.

P2:

- Todos os casos de rastreamento (pacientes assintomáticos);
- Pacientes com alteração de hábito intestinal, sem sinais de alarme.



Referências bibliográficas:

Protocolos de Regulação Ambulatorial - Proctologia Adulto: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 26 jul. 2021. (RegulaSUS). Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/p/rotocolos_encaminhamento_proctologia_TSRS_20161108.pdf

Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Proctologia. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – 1. ed. rev. – Brasília, 2016. 16 p.: il.; v. 7

Protocolo de Regulação do Acesso – Exames de Apoio Diagnóstico: endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Vol. 01 - 1º edição. São Bernardo do Campo, 2014.

Tudo sobre colonoscopia. Entendendo a colonoscopia. AC Camargo Cancer Center Especializado em vida. (Acessível em <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/medicina-diagnostica/tudo-sobre-colonosopia>)

Deteção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) – Rio de Janeiro : INCA, 2021.