



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Regulação de Consultas Ambulatoriais em Coloproctologia/Proctologia na rede SES/DF

Área(s): Câmara Técnica de Coloproctologia; Referência Técnica Distrital de Coloproctologia

Portaria SES/DF nº 1045 de 20.12.2019, publicada no DODF nº 247 de 30.12.2019

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa de dados foi realizada em outubro de 2018 nas bases de dados PUBMED, LILACS, COCHRANE e UpToDate, bem como em livros-texto, legislação vigente sobre o assunto e protocolos de serviços já sedimentados, como da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, American Society of Colon and Rectal Surgeons, observando os critérios da metodologia científica..

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Câncer colorretal; Hemorróidas; Fissura anal; Fístula anal; Condiloma acuminado; Constipação crônica e pólipos do cólon e reto, doença de Chagas.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados artigos relevantes entre os períodos de 2009 a 2018, protocolos de serviços já sedimentados, bem como livros-texto e a legislação vigente sobre o assunto.

2- Introdução

A Coloproctologia é a especialidade médica exercida pelo coloproctologista: um cirurgião especializado em tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos de doenças do intestino grosso, reto e ânus. A especialidade compreende também uma série de procedimentos de diagnóstico, como a colonoscopia, a retossigmoidoscopia flexível e a manometria anorretal.

Dentre as doenças mais comuns que motivam encaminhamento à coloproctologia, estão: doença hemorroidária, fissuras anais, fístulas perianais, prolapso retal, doença pilonidal, doenças sexualmente transmissíveis que acometam a região anal, incontinência anal, doença diverticular dos cólons, além de tumores benignos e malignos do intestino grosso, reto e ânus.

Às vezes podem surgir dúvidas sobre qual paciente deve ser encaminhado à coloproctologia e qual deve ser encaminhado à urologia (especialidade exercida por médicos urologistas). Vale lembrar que são do campo da urologia as doenças vinculadas ao trato urinário masculino e feminino, além de doenças genitais masculinas, tumores de próstata e as dificuldades para urinar do idoso. O coloproctologista faz o exame de toque retal para examinar reto, ânus e canal anal, já o urologista utiliza esse exame para diagnosticar doenças da próstata. Esse exame é o principal motivo de confusão.

No âmbito da SESDF, a coloproctologia atende jovens e adultos (a partir de 15 anos completos) – homens e mulheres – que apresentem afecções do intestino grosso reto e ânus, além de atuar na prevenção do câncer colorretal.

3- Justificativa

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos para pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica. Além disso, fornece dados importantes para subsidiar ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde. (1)

Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Constituindo-se, assim, como ferramenta de otimização do uso dos recursos em saúde, impedindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (1).

Assim sendo, este Protocolo de Regulação de Consulta em Coloproctologia, visa ordenar demanda por meio da classificação de prioridades, melhorando o serviço ofertado ao usuário.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

- C18 – Neoplasia maligna do cólon;
- C19 – Neoplasia maligna da junção retossigmoideana;
- C20 – Neoplasia maligna do reto;
- C21 – Neoplasia maligna do ânus e do canal anal;
- B97.7 – Papilomavírus, como causa de doença classificada em outros capítulos;
- D12 – Neoplasia benigna do cólon, reto, canal anal e ânus.
- I84 – Hemorróidas;
- K50 – Doença de Crohn
- K51 – Colite Ulcerativa
- K57 – Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso
- K59.0 – Constipação
- K59.3 – Megacólon não classificado em outra parte
- K.60 – Fissura e fístula das regiões anal e retal
- K62.0 – Pólipo anal
- K62.1 – Pólipo retal
- K63.5 – Pólipo do cólon
- K91.4 – Mau funcionamento de colostomia/enterostomia
- L05 – Cisto pilonidal
- R15 – Incontinência fecal
- R19.4 – Alteração do hábito intestinal
- Z12.1 – Exame especial de rastreamento de neoplasia do trato intestinal.
- Z93.2 – Ileostomia
- Z93.3 - Colostomia

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A Coloproctologia é uma especialidade médica de alta demanda no âmbito da SESDF, entretanto há déficit de profissionais (considerando-se a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, Ministério da Saúde) e, como consequência, apresenta grandes filas de espera por atendimento. Atualmente dispõem de atendimento ambulatorial em Coloproctologia os seguintes hospitais da rede:

- Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF);
- Hospital Regional da Asa Norte (HRAN);
- Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB);
- Hospital Regional de Sobradinho (HRS);

- Hospital Regional de Taguatinga (HRT);
- Hospital Regional de Ceilândia (HRC);
- Hospital Regional do Gama (HRG);

Considerando-se as regiões de saúde determinadas de acordo com a territorialização do DF e definidas de acordo com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, a saber:

- Região de Saúde Central: Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul;
- Região de Saúde Centro-Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural; Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria;
- Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião;
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia e Brazlândia;
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia;

Observa-se vazio assistencial em Coloproctologia nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Leste.

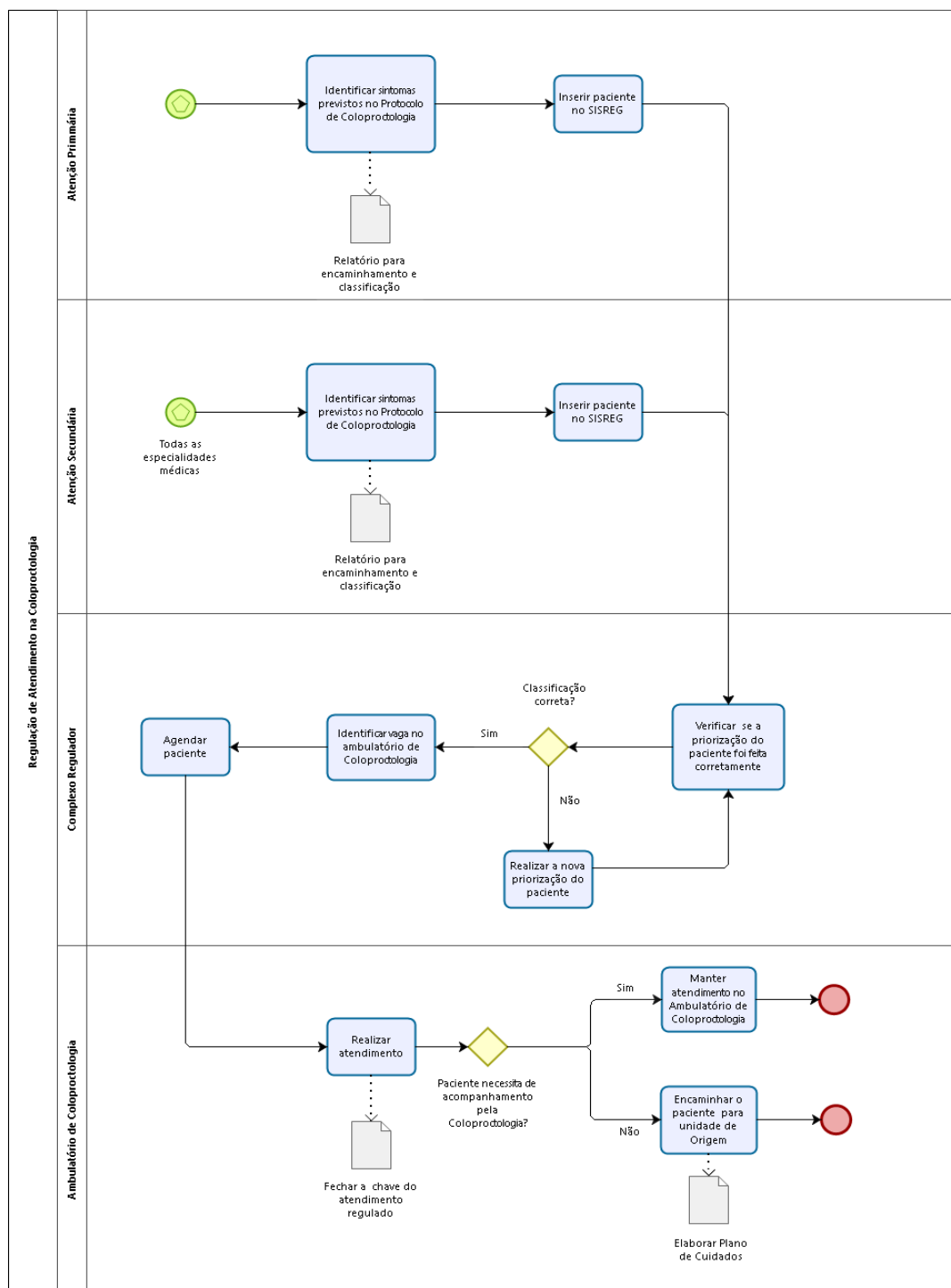
Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de Coloproctologia/Proctologia. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a classificação de prioridade no encaminhamento.

Ressalta-se que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história ou no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, podendo não estar contempladas no protocolo, portanto solicita-se que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

6- Critérios de Inclusão

Jovens (a partir dos 15 anos completos) e adultos podem ser encaminhados à Coloproctologia por todas as especialidades médicas segundo o fluxo a seguir:

Fluxo 1. Fluxo de Regulação de Consulta Ambulatorial em Coloproctologia



7- Critérios de Exclusão

Pacientes que se enquadrem nas situações abaixo descritas não devem ser encaminhados para atendimento ambulatorial em Coloproctologia, pois necessitam de atendimento emergencial ou de urgência (encaminhar ao pronto-socorro mais próximo):

Obstrução intestinal baixa: quando de início agudo com parada eliminação de flatus e fezes, podendo estar associada à dor abdominal em cólica, distensão abdominal e vômitos fecalóides mais tardiamente. Rotina radiológica de abdome agudo ou TC de abdome, se disponíveis, auxiliam no diagnóstico sintomático.

Fecaloma: habitualmente presente em pacientes com história de constipação crônica, muitas vezes com 15/20 e mesmo 30 dias sem evacuações, especialmente aqueles portadores de megacólon chagásico, acamados, com déficit motor ou síndrome neurológica, lesão medular ou pacientes institucionalizados. Ao exame físico, pode-se identificar massa palpável em hemi-abdome esquerdo e toque retal evidenciando a presença de grande quantidade de fezes, às vezes de consistência pétrea. Rotina radiológica (raio x abdômen agudo) com imagem em aspecto de “miolo-de-pão”.

Abscesso anorretal: história de dor anal ou perianal de início agudo, muito intensa, associada ou não à febre. Ao exame físico, pode-se observar área de induração perianal, dolorosa, distante do plexo hemorroidário externo. Importante: pacientes com história sugestiva de abscesso perianal e sem achados à inspeção anal, devem ser submetidos a toque retal para detecção de abscesso oculto, detectado como compressão extrínseca dolorosa nas paredes retais. Em caso de dúvida, encaminhar para avaliação.

Enterorragia ou Melena: sangramento digestivo agudo, podendo estar associado a instabilidade hemodinâmica ou apenas taquicardia. Muitas vezes são necessárias medidas iniciais de ressuscitação como sondagem vesical, nasogástrica e reposição volêmica, para posterior encaminhamento do paciente à avaliação especializada.

Observação: Não há na rede SESDF serviço de atendimento de emergência ou urgência que disponha de Coloproctologia de plantão. As doenças coloproctológicas que possam demandar este tipo de atendimento, são avaliadas e conduzidas a contento pelas equipes de cirurgia geral.

8- Conduta

➤ Para classificação de prioridades

O Sistema Nacional de Regulação – SISREG, é um software disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Os critérios de classificação de prioridades do SISREG, forma utilizados por base para estratificação das indicações de encaminhamento às consultas ambulatoriais em Coloproctologia a saber:

- Prioridade zero: emergência, necessidade de atendimento imediato (vermelho);
- Prioridade 1: urgência, atendimento o mais rápido possível (amarelo);
- Prioridade 2: Prioridade não urgente (verde);
- Prioridade 3: atendimento eletivo (azul).

Enquadram-se como **prioridade zero (vermelho)** os pacientes que apresentem as seguintes situações clínicas:

- Câncer colorretal diagnosticado (e ainda não tratado);
- Exame radiológico recente apresentando áreas de espessamento em cólon ou reto sugestiva de neoplasia;
- Câncer metastático em investigação de sítio primário;
- Avaliação coloproctológica como pré-requisito ao tratamento de doença neoplásica não-colorretal;
- Sangramento retal em pacientes submetidos à radioterapia pélvica recente.

Enquadram-se como **prioridade 1 (amarelo)** os pacientes que apresentem as seguintes situações clínicas:

- Condilomas anais;
- História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II- vide Anexo 1) e com sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);
- Diarréia crônica refratária ao tratamento clínico;
- Paciente ≥50 anos com sangramento retal (excluída doença orificial aparente) e com sintomas (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal)
- Seguimento oncológico pós-tratamento de câncer colorretal
- Avaliação com vistas a procedimento cirúrgico de reconstrução de trânsito intestinal

em pacientes colostomizados ou ileostomizados;

- Pacientes com diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (avaliação com vistas a procedimento cirúrgico);

Enquadram-se como **prioridade 2 (verde)** os pacientes que apresentem as seguintes situações clínicas:

- Paciente ≥50 anos com doença orificial (diagnosticada ou suspeita) e com sintomas (dor e/ou sangramento) refratária ao tratamento clínico inicial;
- Prolapso retal (diagnosticado ou suspeito);
- Fístula anal (diagnosticada ou suspeita);
- Fístula retovaginal (diagnosticada ou suspeita);
- Doença pilonidal sacrococcígea ("cisto pilonidal");
- Incontinência fecal;
- História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II - vide Anexo 1) e sem sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);
- Paciente ≥50 anos com sangramento retal (excluída doença orificial aparente) ou pesquisa de sangue oculto positivo, sem sintomas de gravidade (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal);
- Vigilância de pólipos adenomatosos colorretal (vide Anexo 2);

Enquadram-se como **prioridade 3 (azul)** os pacientes que apresentem as seguintes situações clínicas:

- Paciente ≥50 anos assintomático para rastreamento de câncer colorretal;
- Paciente ≥50 anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita);
- Paciente <50 anos com doença orificial (diagnosticada ou suspeita) e com sintomas (dor e/ou sangramento) refratária ao tratamento clínico inicial;
- Investigação de endometriose;
- Constipação crônica (inclusive megacólon chagásico);

Quadro 1. Critérios Vermelho e Amarelo de Classificação de Consulta Ambulatorial de Coloproctologia

Critérios de Classificação da Consulta Ambulatorial de Coloproctologia	<ul style="list-style-type: none"> - Câncer colorretal diagnosticado (e ainda não tratado); - Exame radiológico recente apresentando áreas de espessamento em cólon ou reto sugestiva de neoplasia; - Câncer metastático em investigação de sítio primário; - Avaliação coloproctológica como pré-requisito ao tratamento de doença neoplásica não-colorretal; - Sangramento retal em pacientes submetidos à radioterapia pélvica recente. 	Vermelho
	<ul style="list-style-type: none"> - Condilomas anais; - História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II - vide Anexo 1) <u>e com</u> sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo); - Diarréia crônica refratária ao tratamento clínico; - Paciente ≥ 50 anos <u>com</u> sangramento retal (excluída doença orifical aparente) <u>e com</u> sintomas (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal) - Seguimento oncológico pós-tratamento de câncer colorretal - Avaliação com vistas a procedimento cirúrgico de reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados; - Pacientes com diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (avaliação com vistas a procedimento cirúrgico); 	Amarelo

Quadro 2. - Critérios Verde e Azul de Classificação de Consulta Ambulatorial de Coloproctologia

Critérios de Classificação da Consulta Ambulatorial de Coloproctologia	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente ≥ 50 anos com doença orificial (diagnosticada ou suspeita) <u>e com</u> sintomas (dor e/ou sangramento) refratária ao tratamento clínico inicial; - Prolapso retal (diagnosticado ou suspeito); - Fístula anal (diagnosticada ou suspeita); - Fístula retovaginal (diagnosticada ou suspeita); - Doença pilonidal sacrococcígea (“cisto pilonidal”); - Incontinência fecal; - História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II - vide Anexo 1) <u>e sem</u> sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo); - Paciente ≥ 50 anos <u>com</u> sangramento retal (excluída doença orificial aparente) ou pesquisa de sangue oculto positivo, <u>sem</u> sintomas de gravidade (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal); - Vigilância de pólipos adenomatosos colorretal (vide Anexo 2); 	Verde
	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente ≥ 50 anos assintomático para rastreamento de câncer colorretal; - Paciente ≥ 50 anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita); - Paciente < 50 anos com doença orificial (diagnosticada ou suspeita) <u>e com</u> sintomas (dor e/ou sangramento) refratária ao tratamento clínico inicial; - Investigação de endometriose; - Constipação crônica (inclusive megacólon chagásico); 	Azul

➤ Para a Regulação

A regulação de consultas ambulatoriais na rede da SESDF deverá ser realizada em panorama 2, com coordenação local da regulação e pactuação entre regiões de saúde quando necessário for.

Apesar do vazio assistencial observado nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Leste, estas regiões devem receber suporte assistencial do IHBDF (Unidade de Referência Distrital) no atendimento ambulatorial em Coloproctologia Geral.

Os ambulatórios de Coloproctologia do HMIB destinam-se exclusivamente ao atendimento de mulheres gestantes ou em período puerperal (até 8 semanas de pós-parto), devendo ser referência assistencial distrital a esse público, seguindo o alinhamento do próprio hospital.

Para fins de parametrização de agendas, os ambulatórios de Coloproctologia Geral terão tempo de consulta de 20 minutos por paciente, em todos os hospitais.

No IHBDF existem ambulatórios de Coloproctologia Especializados – de câncer colorretal, de assoalho pélvico e de doença inflamatória intestinal – sendo tais ambulatórios referências distritais aos demais serviços de Coloproctologia da rede. Nestes ambulatórios especializados, o tempo de consulta por paciente deve ser de 30 minutos.

Pelo menos 30% das consultas deverão ser destinadas às primeiras consultas.

➤ **Códigos SIGTAP relacionados**

03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

04.07.02.012-8 - DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO

02.01.01.004-6 - BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL

02.09.01.005-3 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA

04.07.02.031-4 - LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDAS (SESSÃO)

04.01.01.009-0 - FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS

➤ **Para encaminhamento**

Ressaltamos que situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, portanto solicita-se que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas (1,2)

Conteúdo descritivo relevante ao encaminhamento:

- Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal, se queixa orifical);
- Tratamentos já realizados (tratamento conservador com tempo de duração) e medicamentos (quando realizado);
- Presença de alteração de hábito intestinal? (sim ou não). Se sim, descrever alteração;
- Exame de imagem, quando realizado, com data;
- Presença de comorbidades relevantes (doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica);
- Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
- Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
- História familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (vide Anexo 2)? (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico;

- História familiar de outras neoplasias compatíveis com Câncer Colorretal Hereditário Não-Polipose (HNPCC)? (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos? Gerações sucessivas acometidas? Idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco;

➤ **Para informação geral**

Doença orificiais – Hemorroidas (internas, externas e mistas), Fissuras anais e Prurido anal

Na grande maioria das vezes, os sintomas associados às doenças orificiais mais prevalentes cessam após adoção de medidas higieno-dietéticas, além de pequenas mudanças de hábitos (vide Anexo 3). Devem ser encaminhados para consulta ambulatorial em Coloproctologia conforme critérios de classificação de prioridade deste protocolo os seguintes casos:

- Hemorróidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); (2,6,8,9,10)

- Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; (9)

Observação: *As fístulas anorretais são doenças orificiais, podem ter seus sintomas amenizados pelo tratamento clínico, porém está indicado tratamento cirúrgico. Assim, casos suspeitos (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnosticados de fístula anorretal devem ser encaminhados para consulta ambulatorial em Coloproctologia conforme critérios de classificação de prioridade deste protocolo*

Doença de Chagas

A doença de Chagas representa uma condição infecciosa (com fase aguda ou crônica) classificada como enfermidade negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com elevada carga de morbimortalidade e impacto dos pontos de vista psicológico, social e econômico. Representa um importante problema de saúde pública no Brasil, com diferentes cenários regionais. (11)

Em sua forma crônica pode acometer cólon e reto levando a dilatação importante dos mesmos (megacólon e megarreto). O exame padrão-ouro para diagnóstico de megacólon é o clister opaco. (11)

Devem ser encaminhados para consulta ambulatorial em Coloproctologia conforme

critérios de classificação de prioridade deste protocolo os pacientes com megacólon chagásico que venham apresentando falha no controle clínico da doença (vide Anexo 4).

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica..

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9- Benefícios Esperados

- Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada baseada na classificação de prioridades;
- Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- Produzir dados para subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- Instrumentalizar os médicos reguladores quanto às solicitações de consultas em Coloproctologia.

10- Monitorização

Não se aplica.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação será implantada pelo Complexo Regulador do Distrito Federal em panorama 2, com gestão dentro das Regiões de Saúde e pactuação de cota de vagas entre as mesmas quando necessário. O controle e avaliação serão realizados pelo Gestor em conjunto com a Referência Técnica Distrital e o Complexo Regulador do Distrito Federal, através de relatórios mensais da regulação verificando assim a funcionalidade do Protocolo (demanda reprimida, tempo de espera, quantidade de pessoas na fila, local com maior demanda e atendimento).

14- Referências Bibliográficas

1. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016
2. DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. MACRAE, F. A.; BENDELL, J. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>>
4. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>
5. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>
6. PERRY, W. B. et al. Standards practice task force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Diseases of the Colon & Rectum, Philadelphia (PA), v. 53, n. 8, p. 1110-5, 2010.
7. RAMSEY, S. D. Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer>>
8. RIVADENEIRA, D. E. et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised 2010). Diseases of the Colon & Rectum, Philadelphia (PA), v. 54, n. 9, p. 1059-64, 2011.

9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Fissura anal: manejo. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/32-Fissue.pdf>
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Hemorroida: manejo não cirúrgico. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2006. Disponível em: <http://projetoDiretrizes.org.br/4_volume/15-Hemorroida.pdf>
11. II CONSENSO BRASILEIRO DE DOENÇA DE CHAGAS - Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(núm. Esp.): 7-86, 2016

ANEXO 1

1. História familiar de Câncer Colorretal (CCR) (3,4,5,7)

Pacientes com parentes de primeiro grau acometidos por CCR ou com suspeita para o Câncer Colorretal Hereditário Não-polipose (HNPCC) devem ser avaliados segundo informações abaixo.

Solicitar **colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade** de acometimento do **familiar mais jovem**, se:

- câncer colorretal ou pólio adenomatoso avançado ocorreu em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos;
- câncer colorretal ou pólio adenomatoso avançado ocorreu em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade.

Solicitar **colonoscopia aos 50 anos**, se:

- câncer colorretal ou pólio adenomatoso avançado que ocorreu em familiar de primeiro grau com idade maior que 60 anos.

Suspeita de HNPCC - **Critérios de Amsterdam II** (presença de todos os critérios):

- três ou mais familiares com neoplasias associadas ao HNPCC (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células uroepitelia);
- um dos familiares deve ser de primeiro grau;
- dois ou mais gerações sucessivas acometidas;
- um ou mais familiares foram diagnosticados com cancer colorretal antes dos 50anos;
- exclusão de polipose adenomatosa familiar.

ANEXO 2

Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil sésil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil*	1

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015) (in: PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016)

Os fatores relacionados com maior risco de câncer colorretal (pólipo adenomatoso avançado) são: tamanho do pólipo > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau.

* ≥ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólipo serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

ANEXO 3

Orientações Higiêno-Dietéticas em Coloproctologia

A alimentação é fundamental para o bom funcionamento do intestino. A melhor maneira de prevenir doenças do cólon, reto e ânus é manter a regularidade intestinal por meio de uma alimentação rica em fibras, líquidos e pobre em gorduras, assim como hábitos corretos de higiene e evacuação.

- TOMAR BASTANTE LÍQUIDO: suco de frutas, chá e água (10 a 12 copos por dia)
- COMER ALIMENTOS RICOS EM FIBRAS:

Verduras e legumes: brócolis, espinafre, cenoura, beterraba, alface, couve, vagem, milho, abóbora, aspargos, pepino com casca, rúcula, agrião, ervilha, lentilhas, quiabo, palmito, couve-flor, taioba....

Frutas: laranja, tangerina, manga, mamão, abacate, ameixa, uva, pêssego, abacaxi, caqui, morango, melancia, melão, kiwi. Comer as cascas e bagaço quando possível. Evitar jaboticaba, goiaba, caju e limão

Cereais: trigo em grão, arroz integral, granolas, germe de trigo, centeio, cereais em flocos, milho cozido, pães e biscoitos de fibras

Farelo de trigo ou farelo de aveia: Comer 2 colheres de sopa 2 vezes ao dia.

- EVITAR CONDIMENTOS: pimenta, conservas, cominho, catchup, mostarda, molho inglês.
- EVITAR BEBIDAS ALCOÓLICAS E CHÁ PRETO
- FAZER REFEIÇÕES REGULARES E COMER DEVAGAR, MASTIGANDO BEM OS ALIMENTOS
- NÃO USAR PAPEL HIGIÊNICO, USANDO SEMPRE ÁGUA E SABÃO NEUTRO PARA HIGIENE
- CAMINHAR, EM MÉDIA, UMA HORA AO DIA OU FAZER UMA ATIVIDADE FÍSICA ROTINEIRAMENTE
- ATENDER A VONTADE DE EVACUAR, PROCURANDO FAZÊ-LO DE MODO NATURAL E SEMPRE NO MESMO HORÁRIO
- NÃO PERMANECER MUITO TEMPO NO VASO SANITÁRIO
- USAR ROUPA ÍNTIMA DE ALGODÃO
- NÃO USAR NENHUM TIPO DE LAXANTES SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA

ANEXO 4

Megacólon Chagásico - Tratamento Clínico (11)

- Aconselhamento e educação em saúde, com vistas a se proporcionar ao paciente maior segurança sobre sua condição clínica.
- Adequação dos hábitos alimentares – convém focalizar no maior grau de autocuidado. Pacientes que evacuam duas a três vezes por semana sem relato de fecaloma devem ser orientados a ingerir maior quantidade de líquidos, frutas e vegetais. O uso de dieta rica em fibras nesses pacientes é controverso, porque existe o receio de que o excesso de fibras possa favorecer a formação de fecaloma e o agravamento dos sintomas. A dieta pode ser a habitual, com restrição de alimentos obstipantes. Recomenda-se a ingestão hídrica abundante, em volume de pelo menos 2 litros/ dia, bem como de alimentos que favoreçam o funcionamento intestinal.
- Deve-se atender sistematicamente ao desejo de evacuar e criar o hábito de evacuar em horas determinadas.
- Laxativos – estão indicados para pacientes que não respondem adequadamente às medidas dietéticas. Os laxativos osmóticos (polietilenoglicol) são os mais indicados. Óleo mineral é, também, eficaz.
- Medicamentos potencialmente obstipantes – opióides, diuréticos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, entre outros – só devem ser prescritos sob monitoramento médico.
- Remoção do fecaloma – os fecalomas, localizados no reto, podem ser retirados manualmente com uso de anestesia, se não responderem às medidas dietéticas e medicamentosas.
- Lavagem intestinal – pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso e dietético, ou aqueles com fecalomas mais altos, devem ser tratados com clister glicerinado ou de soro fisiológico. Para os pacientes resistentes ao tratamento clínico, indica-se a lavagem intestinal