



## **Protocolo de Atenção à Saúde**

# **Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF**

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

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de data.

## **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 e COCHRANE, 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, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva e observando os critérios da metodologia científica.

### **1.2 Palavra (s) chaves (s)**

Câncer colorretal; Hemorragia digestiva baixa; Melena, Hemorróidas; Fissura anal; Fístula anal; Condiloma acuminado; Pólipo do cólon e reto, Doença inflamatória intestinal, 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 colonoscopia é um exame endoscópico através do qual reto, cólon e porção distal do intestino delgado são visualizados diretamente e em tempo real. É considerado o exame mais acurado para a pesquisa de pólipos intestinais (pequenas protuberâncias que se formam nas paredes do intestino) e neoplasias colônicas, além disso permite a coleta de material para estudo histológico, bem como a remoção de lesões pré-malignas sem a necessidade de intervenção cirúrgica.

É um exame indicado na prevenção do câncer do intestino grosso e reto (colorretal), cuja incidência é crescente em ambos os sexos, a partir dos 50 anos de idade. Também é adequado para a investigação de sinais e sintomas que podem sugerir outras doenças dos segmentos examinados.

A colonoscopia tem preparação e execução de complexidade bem superior a de outros procedimentos mais rotineiros como endoscopia digestiva alta, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética. Por este motivo, exige equipe experiente e com treinamento específico para que os bons resultados sejam alcançados com a devida segurança. Exige preparo de cólon (limpeza intestinal), geralmente por via oral, e sedação dos pacientes.

As complicações são raras na colonoscopia diagnóstica (sem procedimentos adicionais). Nos exames chamados terapêuticos (com remoção de pólipos por exemplo), a incidência de complicações é um pouco maior. Embora infrequentes, as complicações são potencialmente graves (hemorragia ou perfuração intestinal), eventualmente requerendo tratamento cirúrgico.

É bom lembrar que a colonoscopia não é capaz de avaliar totalmente as doenças anorretais. Algumas doenças do reto inferior e especialmente aquelas do canal anal são mais bem avaliadas com outro tipo de exame (a anoscopia) que é realizado em consultório por um médico coloproctologista.

A retossigmoidoscopia flexível é um exame endoscópico que avalia as regiões do reto, cólon sigmóide e uma porção variável do cólon descendente, que fazem parte do intestino grosso. É um exame minimamente invasivo capaz de diagnosticar, nos segmentos examinados, uma variedade de problemas, tais como pólipos e neoplasias, tanto benignas quanto malignas. O exame pode ser associado a biópsias, ou mesmo coleta de materiais para cultura e citologia, se necessário. É um exame rápido e em geral não é necessária sedação, porém também requer preparo de cólon (enema).

Recomenda-se o rastreamento (exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis) para o câncer de cólon e reto usando pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou

retossigmoidoscopia, em adultos entre 50 e 75 anos, pois existe extrema certeza de que o benefício é substancial (grau de recomendação A). Os riscos e os benefícios variam conforme o exame de rastreamento.

Para pacientes entre 76 a 85 anos, recomenda-se contra o rastreamento de rotina para câncer de cólon e reto em adultos. Pode-se considerar a oferta do serviço para pacientes individuais. Existe de substancial a moderada evidência de que o benefício é pequeno (grau de recomendação C).

Já para pacientes de 85 anos ou mais, o rastreamento de câncer de cólon e reto não é recomendado, pois existe de moderada a muita certeza de que o serviço não traz benefício ou que os danos superam os benefícios (grau de recomendação D).

### **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.

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

Assim sendo, este Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF, 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**

Atualmente dispõem de exames eletivos de endoscopia digestiva baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível os seguintes hospitais da rede:

- Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF);
- Hospital Regional da Asa Norte (HRAN);
- Hospital Regional de Sobradinho (HRS);
- Hospital Regional de Taguatinga (HRT);
- Hospital Regional do Gama (HRG);

Sendo a Unidade de Coloproctologia do IHBDF o maior serviço, tanto em recursos humanos e recursos materiais, o que reflete diretamente na capacidade instalada de exames.

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;

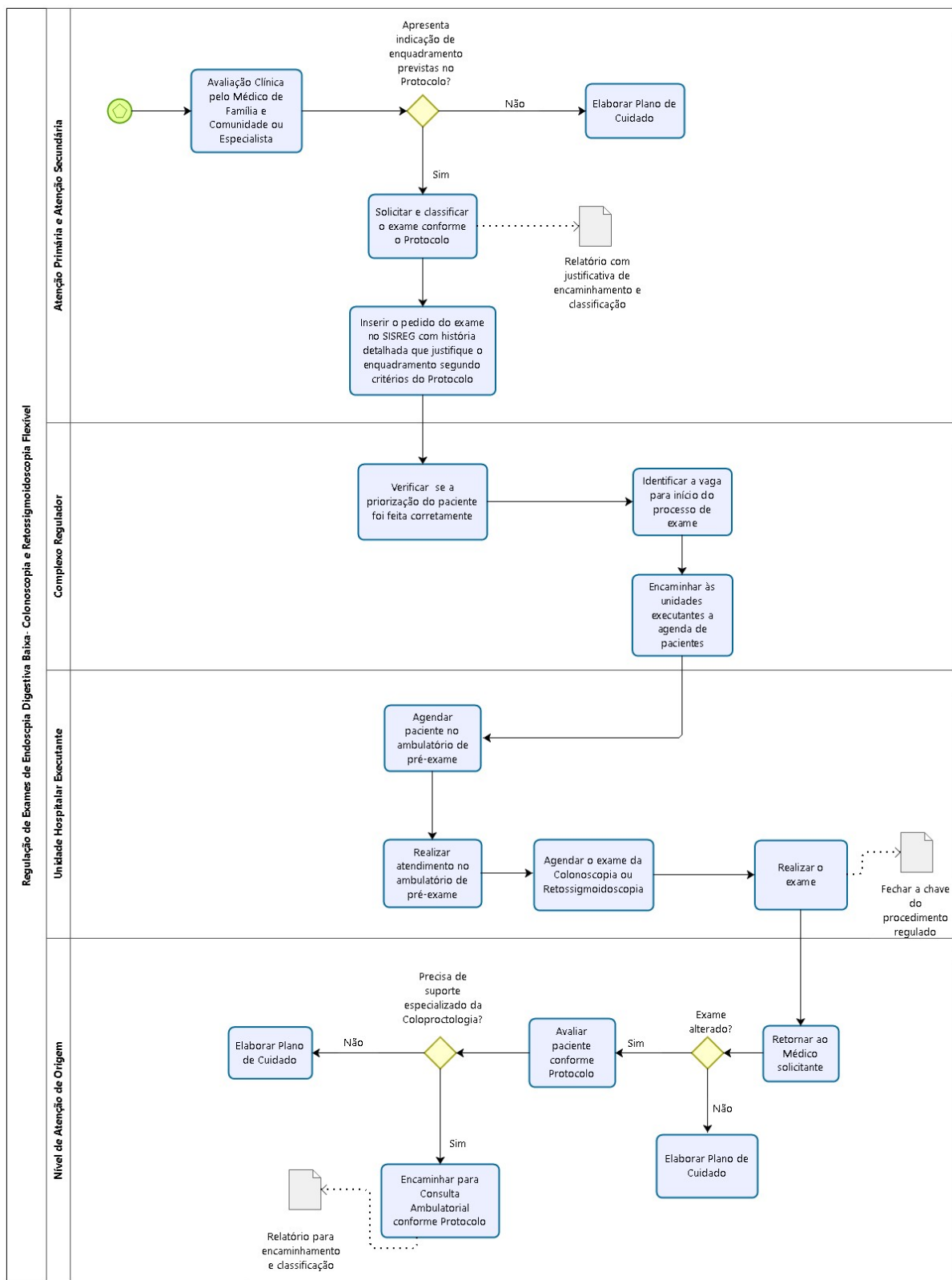
Observa-se vazio assistencial em oferta de colonoscopias e retossigmoidoscopia nas Regiões de Saúde Centro-Sul, Leste e Oeste, isto é vazio assistencial a aproximadamente 40% da população do DF (fonte: IBGE e Codeplan).

Existe grande volume de ações judiciais contra a SESDF pleiteando exames de colonoscopia, sendo a SESDF muitas vezes condenada a pagar exame na rede privada por não haver sequer condições de prestar informações básicas a respeito de filas e fluxos.

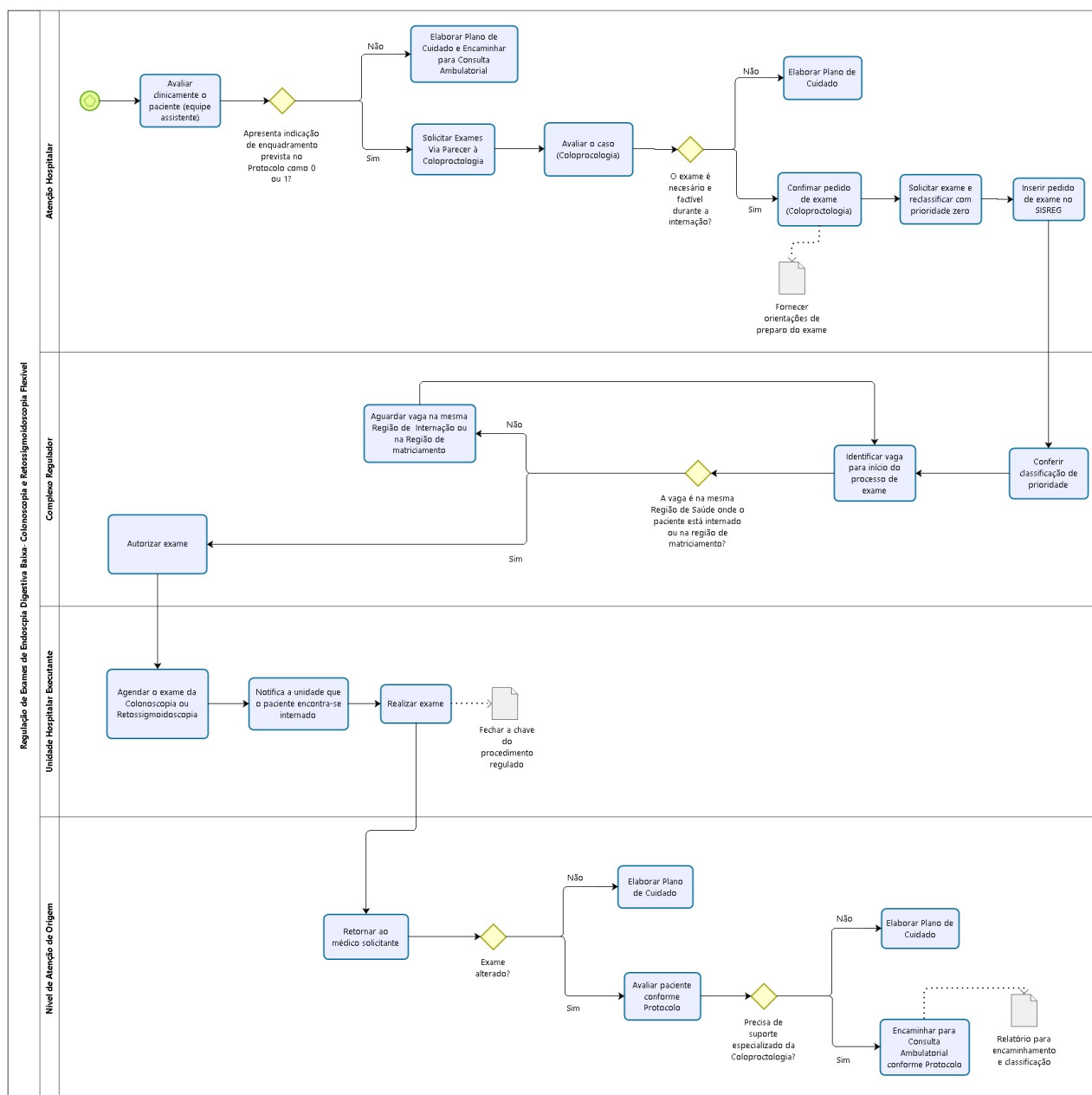
## **6- Critérios de Inclusão**

Todas as especialidades médicas que atendam jovens e adultos (até 75 anos) podem solicitar exames eletivos de Colonoscopia (a partir dos 15 anos completos até 75 anos) e Retossigmoidoscopia Flexível ((a partir dos 15 anos completos) – na rede SES/DF, segundo fluxos a seguir:

## Fluxo 1. Fluxo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível para Pacientes Gerais



## Fluxo 2. Fluxo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível para Pacientes Internados



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, foram utilizados por base para estratificação das indicações de solicitação de exames eletivos de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF:

- 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).

#### ➤ **Para Colonoscopia**

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

- 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;
- Paciente internados na rede SES (após avaliação prévia pela Coloproctologia via parecer);

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

- 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 positiva e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);
- Diarréia crônica refratária ao tratamento clínico;
- Paciente ≥50 anos e ≤75 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;



- 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);

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

- 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 e ≤75 anos com sangramento retal ou pesquisa de sangue oculto positiva e sem sintomas (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal);
- Vigilância de pólio adenomatoso colorretal (vide Anexo 2);
- Paciente ≥50 anos e ≤75 anos em pré-operatório de doença orificial (pedido oriundo da Coloproctologia);

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

- Paciente ≥50 anos e ≤75 anos assintomático (rastreamento de câncer colorretal);
- Paciente ≥50 anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita);
- Investigação de endometriose;

#### **Observações:**

- *Todos os pacientes > 75 anos, cujo médico assistente julgar necessário exame de colonoscopia, deverão passar por consulta ambulatorial prévia para avaliação de caso e estado clínico (encaminhar segundo Protocolo de Regulação de Consultas Ambulatoriais em Coloproctologia).*
- *Podem existir situações eventuais em que o paciente não se enquadre nas indicações acima descritas, devendo o paciente ser encaminhado à consulta ambulatorial em coloproctologia (segundo Protocolo de Regulação de Consultas Ambulatoriais em Coloproctologia). Caso o coloproctologista julgue necessário exame de colonoscopia, deverá solicitá-lo e classificar sua prioridade, fornecendo descrição detalhada da história clínica (explicação de motivos ao médico regulador)*

Quadro 1. Critérios Vermelho e Amarelo de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa - Colonoscopia

<b>Critérios de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa - Colonoscopia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame radiológico recente apresentando área de espessamento em cólon ou reto sugestiva de neoplasia;</li> <li>- Câncer metastático em investigação de sítio primário;</li> <li>- Colonoscopia como pré-requisito ao tratamento de doença neoplásica;</li> <li>- Paciente internados na rede SES (após avaliação prévia pela Coloproctologia via parecer);</li> </ul>	<b>Vermelho</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II- vide Anexo 1) e <u>com</u> sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positiva e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);</li> <li>- Diarréia crônica refratária ao tratamento clínico;</li> <li>- Paciente <math>\geq 50</math> anos e <math>\leq 75</math> anos <u>com</u> sangramento retal (excluída doença orifical aparente) e <u>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);</li> <li>- Seguimento oncológico pós-tratamento de câncer colorretal;</li> <li>- Pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados;</li> <li>- Pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal em tratamento clínico (avaliação de resposta terapêutica);</li> </ul>	<b>Amarelo</b>

Quadro 2. Critérios Verde e Azul de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa - Colonoscopia

<b>Critérios de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa - Colonoscopia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História familiar de Câncer Colorretal (parente de 1º grau ou Critérios de Amsterdam II- vide Anexo 1) e <u>sem</u> sintomas (hematoquezia e/ou pesquisa de sangue oculto positivo e/ou perda ponderal sem causa aparente e/ou tenesmo);</li> <li>- Paciente <math>\geq 50</math> anos e <math>\leq 75</math> anos <u>com</u> sangramento retal ou pesquisa de sangue oculto positiva e <u>sem</u> sintomas (perda ponderal sem causa aparente e/ou anemia por deficiência de ferro e/ou tenesmo e/ou alteração súbita do ritmo intestinal);</li> <li>- Vigilância de pólipos adenomatosos colorretal (vide Anexo 2);</li> <li>- Paciente <math>\geq 50</math> anos e <math>\leq 75</math> anos em pré-operatório de doença orifical (pedido oriundo da Coloproctologia);</li> </ul>	<b>Verde</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente <math>\geq 50</math> anos e <math>\leq 75</math> anos assintomático (rastreamento de câncer colorretal);</li> <li>- Paciente <math>\geq 50</math> anos com doença diverticular (diagnosticada ou suspeita);</li> <li>- Investigação de endometriose;</li> </ul>	<b>Azul</b>

### ➤ **Para Retossigmoidoscopia Flexível**

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

- Exame radiológico recente apresentando área de espessamento em cólon esquerdo ou reto sugestiva de neoplasia;
- Sangramento retal em pacientes submetidos à radioterapia pélvica recente;
- Neoplasia de próstata em tratamento (avaliação de invasão retal);
- Neoplasia de colo de útero em tratamento (avaliação de invasão retal e septo retovaginal);
- Tumoração ulcerada e/ou vegetante em margem anal (exclui hemorróidas e plicomas);
- Paciente internados na rede SES (após avaliação prévia pela Coloproctologia via parecer);
- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade zero, mas que possuam risco elevado a mesma;

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

- Condilomas anais;
- Pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados;
- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade 1, mas que possuam risco elevado a mesma;

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

- Paciente <50 anos com sangramento retal (excluída doença orifical aparente) ou pesquisa de sangue oculto positiva;
- Fístula retovaginal (diagnosticada ou suspeita);
- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade 2, mas que possuam risco elevado a mesma;

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

- Exame para complementação do exame proctológico;

Quadro 3. Critérios Vermelho e Amarelo de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Retossigmoidoscopia Flexível

<b>Critérios de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Retossigmoidoscopia Flexível</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame radiológico recente apresentando área de espessamento em cólon esquerdo ou reto sugestiva de neoplasia;</li> <li>- Sangramento retal em pacientes submetidos à radioterapia pélvica recente;</li> <li>- Neoplasia de próstata em tratamento (avaliação de invasão retal);</li> <li>- Neoplasia de colo de útero em tratamento (avaliação de invasão retal e septo retovaginal);</li> <li>- Tumoração ulcerada e/ou vegetante em margem anal (exclui hemorróidas e plicomas);</li> <li>- Paciente internados na rede SES (após avaliação prévia pela Coloproctologia via parecer);</li> <li>- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade zero, mas que possuam risco elevado a mesma;</li> </ul>	<b>Vermelho</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condilomas anais;</li> <li>- Pré-operatório para reconstrução de trânsito intestinal em pacientes colostomizados ou ileostomizados;</li> <li>- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade 1, mas que possuam risco elevando a mesma;</li> </ul>	<b>Amarelo</b>

Quadro 4. Critérios Verde e Azul de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Retossigmoidoscopia Flexível

<b>Critérios de Classificação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Retossigmoidoscopia Flexível</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente &lt;50 anos <u>com</u> sangramento retal (excluída doença orificial aparente) ou pesquisa de sangue oculto positiva;</li> <li>- Fístula retovaginal (diagnosticada ou suspeita);</li> <li>- Pacientes com enquadramento para colonoscopia em prioridade 2, mas que possuam risco elevado a mesma;</li> </ul>	<b>Verde</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame para complementação do exame proctológico;</li> </ul>	<b>Azul</b>

## 7- Critérios de Exclusão

### ➤ Para colonoscopia

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;

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/m<sup>2</sup>;
- infarto agudo do miocárdio ou angina instável nos últimos 6 meses;
- uso terapêutico de anti-coagulantes ou anti-agregantes 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;
- pacientes portadores de necessidades especiais;

**Observação:** *encaminhar pacientes segundo Protocolo de Regulação de Consultas Ambulatoriais em Coloproctologia.*

### ➤ Para Retossigmoidoscopia Flexível

São critérios de exclusão à exame eletivo:

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

## 8- Conduta

### ➤ Para a Regulação

Devido ao diagnóstico situacional crítico da rede SESDF no que tange aos exames eletivos de endoscopia digestiva baixa – colonoscopia e retossigmoidoscopia flexível – o processo de regulação se dará em panorama 3, ou seja, coordenado de forma central pelo Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal.

Pacientes classificados em prioridade zero, devem ser agendados onde for localizada vaga disponível com data mais próxima para início do processo de exame (exceção aos pacientes internados – vide observação). A partir de prioridade 1, o médico regulador deverá dar preferência por marcação em unidade executante mais próxima ao domicílio do paciente.

**Observação:** *Pacientes internados na rede SESDF (vide fluxo 2), mesmo sendo prioridade zero, o exame deve ser agendado na unidade executante que avaliou o caso (via parecer) e que confirmou a solicitação de exame.*

De acordo com o previsto nos fluxos 1 e 2, o Complexo regulador fará a gestão a lista de espera de acordo com os critérios de classificação, tendo ação finalística na marcação de atendimento em “ambulatório de pré-exame”. Para fins de parametrização de agendas, fica estabelecido:

- Colonoscopia: 40 minutos (tempo médio)
- Retossigmoidoscopia flexível: 20 minutos (tempo médio)

**Observação:** *As unidades hospitalares executantes apresentam suas limitações de recursos humanos (equipe de enfermagem) e materiais (quantidade de colonoscópio, tipo de saneante...), o que consome tempo de trabalho interno entre os exames. Assim, as unidades executantes devem informar ao Complexo Regulador quantas horas efetivas de exames é possível por turno de atendimento.*

### ➤ Códigos SIGTAP relacionados

02.09.01.002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)

02.09.01.005-3 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA

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

02.01.01.004-6 - BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL

04.07.01.025-4 - RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA

04.07.02.039-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE

➤ **Para procedimento operacional padrão dos exames de endoscopia digestiva baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia flexível.**

O processo de exame - nas unidades hospitalares executantes - envolve a Gerência Interna de Regulação (GIR), equipe de enfermagem e setor de exame (colonoscopia / retossigmoidoscopia flexível).

Gerência Interna de Regulação (ou seu equivalente)

Ações realizadas pela Gerência Interna de Regulação:

- informar ao Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) o número de horas de efetivo trabalho (já subtraindo o tempo consumido em trabalho interno) por turno de exame disponibilizado;
- extrair a agenda mensal de pacientes regulados oriunda do SISREG e gerida pelo CRDF;
- agendar os pacientes nas vagas de ambulatório de pré-exame e avisar aos pacientes do agendamento;
- notificar ao CRDF interrupção extraordinária do serviço (déficit de pessoal, de material ou de estrutura física).

Ambulatório de pré-exame

Trata-se de ambulatório não-médico destinado a receber os pacientes agendados via Complexo Regulador, o atendimento pode ser realizado pelo enfermeiro responsável pelo setor de endoscopia ou por técnico de enfermagem devidamente treinado e autorizado por ele. Duração de atendimento por paciente será de 15 minutos.



Ações realizada no ambulatório de pré-exame:

- conferir dados do pedido médico (identificação, exame solicitado e indicação);
- verificar se há critérios de exclusão que impossibilitem a realização do exame;
- fornecer e explicar o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (vide Anexo 3);
- marcar a data do exame no Trakcare;
- orientar o preparo de cólon a ser realizado;
- entregar as medicações necessárias ao preparo de cólon indicado.

**Observação:** *É recomendável que pacientes idosos ou com dificuldade de compreensão compareçam ao ambulatório de pré-exame acompanhados por pessoas que possam ajudá-lo na execução do preparo de cólon. Vale lembrar que preparo de cólon inadequado pode comprometer a acurácia do exame solicitado ou até mesmo impedir a sua realização.*

#### Setor de exames de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia flexível

As unidades executantes dos exames eletivos de endoscopia digestiva baixa - colonoscopia e retossigmoidoscopia deverão observar à legislação sanitária e de segurança vigente: leis, decretos, decretos-leis, medidas provisórias, resoluções do CFM e portarias da Anvisa e do Ministério da Saúde. Além disso devem observar também os seguintes pontos:

- informar a Gerência Interna de Regulação o número de horas de efetivo trabalho por turno de exame, considerando as limitações locais que acarretam gasto de tempo com fluxo interno;
- seguir atentamente o fluxo de atendimento aos pacientes internados (fluxo 2);
- adequar a oferta semanal de vagas no ambulatório de pré-exame à capacidade instalada de exames do serviço;
- executar o exame, fornecer laudo físico descritivo ao paciente e incluir laudo no prontuário eletrônico do paciente e fechar a chave do procedimento regulado no SISREGIII;
- notificar à Gerência Interna de Regulação interrupção extraordinária do serviço ofertado (déficit de pessoal, de material ou de estrutura física).

**Observação:** Vale lembrar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), no momento, não utilizam o mesmo sistema de prontuário eletrônico das unidades hospitalares (Trakcare), portanto o laudo por via física é de grande valia.

### **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 exames eletivos de endoscopia digestiva baixa (colonoscopia e retossigmoidoscopia);

## **10-Monitorização**

A monitorização da regulação exames eletivos de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF será realizada pelas Referências Técnicas Distritais de Coloproctologia e Endoscopia em conjunto com o Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal.

## **11-Acompanhamento Pós-tratamento**

Após a realização da colonoscopia ou da retossigmoidoscopia, o paciente deve retornar ao médico solicitante, para avaliação do resultado, implementação de plano de cuidados e/ou encaminhamento para consulta especializada.

## **12-Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é documento que visa proteger a autonomia dos pacientes, no qual atestam estar cientes de suas condições, como sujeitos submetendo-se a procedimentos médicos considerados invasivos.

O paciente, ao assiná-lo, concorda com a realização do procedimento – mesmo que lhe possa causar efeitos não desejados, mas previstos e previamente explicitados, assumindo a responsabilidade conjunta da escolha do tratamento. Quanto ao médico, necessário faz-se ressaltar que não está se isentando de erros, mas sim dividindo a responsabilidade da escolha do tratamento e compartilhando com o paciente seus prováveis resultados.

Além de proteger os médicos, o documento igualmente protege os pacientes. Estes, na condição de leigos, muitas vezes não são devidamente informados a respeito do tratamento, principalmente em relação às possibilidades de insucesso – mesmo que executado de forma perfeita. É certo que a medicina não pode ser juridicamente considerada obrigação de resultado, mas sim de meio; porém, ao ocultar essa variável ao paciente o médico erra por não revelar as devidas informações

Assim, adotar-se-a na rede SES/DF termo de esclarecimento e responsabilidade contido no Anexo 3 deste protocolo, devendo ser entregue e explicado ao paciente durante o atendimento no ambulatório de pré-exame.

**Observação:** *No dia do exame, além do pedido médico original, o paciente deverá portar o termo de esclarecimento e responsabilidade devidamente assinado*

### **13-Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

A regulação será implantada pelo Complexo Regulador do Distrito Federal de forma central (panorama 3), com constituição de lista única distrital. 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**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

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>>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>

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.

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-](http://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer)

history-of-colorectal-cancer>

TRAVIS, A. C.; SALTZMAN, J. R. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-ofoccult-gastrointestinal-bleeding>>

CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, n. 29 - Rastreamento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília 2010.

CRITERIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Ministério da Saúde, Brasília 2015.

## ANEXO 1

### História familiar de Câncer Colorretal (CCR)

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 uroepiteliais);
- um dos familiares deve ser de primeiro grau;
- dois ou mais gerações sucessivas acometidas;
- um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos;
- exclusão de polipose adenomatosa familiar.

## ANEXO 2

### Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

<b>Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico</b>	<b>Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)</b>
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
<b>Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico</b>	<b>Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).</b>
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 séssil < 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 -Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

**Eu entendo que serei submetido a um exame de endoscopia digestiva baixa - COLONOSCOPIA OU RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL - e estou ciente de que :**

1. Colonoscopia e retossigmoidoscopia flexível consistem na introdução de um aparelho (colonoscópio) pelo ânus para estudo do reto, intestino grosso e, eventualmente, a parte final do intestino delgado (durante colonoscopia) com a finalidade de fazer o diagnóstico de problemas de saúde relacionados a estes órgãos.

2. Para a realização deste exame é necessário realizar uma limpeza prévia do intestino e o médico deverá utilizar sedação endovenosa para tornar o exame mais confortável ao paciente. Posso optar por não receber sedação, porém estou ciente de que, nesse caso, existe grande possibilidade de o exame não ser bem tolerado por mim.

3. Em caso de preparo inadequado do intestino, (presença de resíduos de fezes e /ou restos alimentares dificultando o estudo detalhado da parede interna do intestino), necessitarei realizar um outro exame em data futura a ser agendada, desta vez com preparo mais rigoroso.

4. Durante o exame, pode ser necessário a retirada de biópsias devendo o material enviado para análise microscópica complementar feita por um patologista.

5. Caso seja encontrado pólio(s) durante o exame, será necessário a retirada do(s) mesmo(s) por meio de procedimento chamado POLIPECTOMIA: extração de um pólio, “verruga intestinal” utilizando material adequado – pinça ou alça de polipectomia – sendo feita a extração da lesão podendo ou não ser realizada a cauterização do local onde foi retirado o pólio, utilizando para isto, corrente elétrica para cauterização.

6. A POLIPECTOMIA é um procedimento cirúrgico endoscópico que compreende risco bastante baixo de perfuração do órgão, necessitando, em alguns casos, de cirurgia. Por este motivo – caso haja dor/desconforto abdominal importantes ou persistentes após a realização do exame – devo me dirigir a um hospital (serviço de emergência).

7. Outros eventos adversos relativos a colonoscopia com ou sem polipectomia(s) são : sangramento, febre, calafrios, alterações cárdio-pulmonares incluindo aspiração do conteúdo



gástrico para o pulmão, ritmo cardíaco anormal, depressão da função respiratória, etc. Apesar de todos os cuidados e medidas de prevenção rotineiramente utilizados, poder tratamento complementar incluindo eventualmente transfusão sanguínea e/ou cirurgia.

8. Durante a colonoscopia **é utilizada medicação sedativa** que pode produzir sonolência pós-exame, reduzir o nível de atenção e os reflexos do paciente por um período de até 12h após a sua administração. Logo, em função desses efeitos, alguns cuidados deverão ser tomados nas 12h seguintes à realização do exame:

- Não de ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica (incluindo cerveja), pois poderão potencializar os efeitos dos sedativos administrados durante o exame.
- Não realizar tarefas que necessitem atenção ou reflexos como dirigir veículos, praticar atividades físicas, operar máquinas ou ferramentas motorizadas ou perigosas, manipular materiais perfuro-cortantes como tesouras, agulhas, facas e etc.

9. Será fornecido, mediante solicitação, atestado médico ao paciente e ao acompanhante (presente e identificado).

10. No dia do exame, não devo usar esmaltes nas unhas de todos os dedos das mãos, pois o mesmo dificulta a leitura (por oxímetro de pulso) dos parâmetros de oxigenação sanguínea e frequência cardíaca no decorrer do exame.

11. A amamentação deve ser interrompida por período de 24h após a administração do sedativo, pois os medicamentos utilizados na sedação podem ser encontrados no leite materno em pequenas quantidades no período pós-exame. Neste caso, a coleta e armazenamento adequado do leite materno antes do exame poderá garantir a alimentação da criança durante este período de suspensão da amamentação.

12. Devo dar preferência ao uso de sapatos/sandálias confortáveis e de salto baixo ou chinelos já que após o exame, poderei estar sonolento e com os reflexos diminuídos, o que pode determinar riscos de quedas ou acidentes.

13. Alterações locais na pele, próximo ao ponto de punção venosa para administração de medicamentos durante o exame, podem ocorrer tais como hematomas (manchas roxas na pele) e flebite (endurecimento e dor no trajeto da veia que foi puncionada).

14. Devido a diferença da resposta individual aos diversos tratamentos, não há como garantir que não haverá riscos ou complicações, previsíveis ou não, associadas a colonoscopia ou aos procedimentos eventualmente realizados durante este exame . Da mesma forma, estou ciente de que não existe nenhum exame complementar que garanta 100% o diagnóstico de lesões/patologias no aparelho digestivo, logo, há possibilidade (apesar de pequena) de falha diagnóstica, razão pela qual pode ser necessário outro exame complementar em outra data para nova investigação.

15. Uma vez perguntado, sou responsável por informar ao médico sobre doenças passadas ou atuais assim como tratamentos que venho realizando, uso atual de medicamentos /substâncias químicas e eventuais alergias a produtos ou medicações que eu conheça.

16. Devido a dificuldades técnicas por diversos motivos (anatomia difícil do intestino como estreitamento da sua luz ou cólon redundante, cirurgias prévias levando a aderências, intolerância do paciente ao procedimento, etc), o exame pode não ser realizado até o final. A critério do médico assistente, uma nova tentativa de realização do exame completo poderá ser solicitada e regulada, ou um outro método diagnóstico poderá ser sugerido.

17. Autorizo a permanência na sala de exames, da equipe médica e de auxiliares (técnica de enfermagem e/ ou enfermeira) necessários para a segurança e bom andamento do exame de colonoscopia.

18. Declaro que fui informado em data anterior a da realização do exame que a **colonoscopia poderá ser suspensa caso:** não realize adequadamente o preparo de cólon (orientações fornecida por escrito e por explicação oral), não compareça ao exame acompanhado de pessoa adulta (para receber as informações pertinentes e me auxiliar no retorno ao domicílio), não apresente exames previamente solicitados (como avaliação cardiológica), não apresente no momento do exame condições clínicas para a sedação/colonoscopia. Estou ciente que a suspensão, caso ocorra por um desses motivos, visa garantir a minha segurança e integridade física.

**19. Estou ciente que caso o exame seja suspenso, há necessidade de de reinserir o pedido de exame em lista de espera regulada.**

20. Declaro que todas as informações me foram fornecidas com clareza, que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento e sobre as palavras

técnicas que porventura não entendi, e que, todas as minhas dúvidas foram prontamente respondidas e esclarecidas.

21. Declaro que entendi perfeitamente os benefícios e os riscos mais frequentes referentes ao exame de COLONOSCOPIA e RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL e dos demais procedimentos terapêuticos a ele relacionados, concordando com a realização do exame indicado por livre e espontânea vontade.

Brasília – DF, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome por extenso do paciente ou responsável

Assinatura