

# PROTOCOLO MÉDICO: COLONOSCOPIA E RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLORRETAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Departamento de Atenção Básica

SECRETARIA  
DE SAÚDE



NOVEMBRO  
SMS/I/2025

## **FICHA TÉCNICA**

Hélio Donizete Zanatta

**Prefeito Municipal de Piracicaba**

Dr. Sérgio José Dias Pacheco Júnior

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniela Tavares de Andrade

**Secretária Executiva de Gestão da Saúde**

Affonso Amirati Cangueiro

**Gerente da Atenção Básica**

Dra. Claudia Souza Miranda Barros Fonseca

**Coordenadora Médica da Atenção Básica**

Dra. Giordana Pessoa Vilas Boas

**Apoio Técnico da Coordenação Médica da Atenção Básica**

## **COLABORADORES**

Dr. Rodrigo Azevedo de Oliveira

**Médico Gastroenterologista e Endoscopista**

## **REVISORES**

Dra. Mariângela Di Donato Catandi

**Médica Auditora de Piracicaba**

Dra. Carolina de Oliveira Souto

**Médica Auditora de Piracicaba**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. CÂNCERES DE CÓLON E DE RETO - CCR.....	5
2. COLONOSCOPIA.....	7
2.1. INDICADORES DE QUALIDADE DA COLONOSCOPIA.....	7
2.2. CONTRAINDICAÇÕES DO EXAME:.....	8
2.3. RISCOS E EFEITOS ADVERSOS.....	8
2.4. INDICAÇÃO DE COLONOSCOPIA EM AMBIENTE HOSPITALAR:.....	9
3. DIAGNÓSTICO:.....	11
3.1. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	11
4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CCR:.....	12
4.1. FATORES DE RISCO:.....	12
4.2. SINAIS DE ALARME:.....	13
5. RASTREAMENTO DO CCR:.....	14
5.1. RASTREIO DO PACIENTE DE MÉDIO RISCO:.....	14
5.2. RASTREIO DO PACIENTE DE ALTO RISCO:.....	15
6. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE COLONOSCOPIA:.....	16
6.1. NÃO PRIORITÁRIO:.....	16
6.2. PRIORITÁRIO:.....	16
6.3. OBSERVAÇÕES:.....	17
7. SEGUIMENTO:.....	18
7.1. SEGUIMENTO DOS RESULTADOS DA COLONOSCOPIA:.....	19
8. ANEXOS.....	20
8.1. FLUXOGRAMAS.....	20
8.2. PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO VIA SADT.....	22
8.3. SOLICITAÇÃO VIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO VIGENTE.....	23
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	24

## 1. INTRODUÇÃO

A colonoscopia é um procedimento importante que é capaz de avaliar todo o cólon e de detectar lesões cancerígenas e remover lesões pré-cancerígenas. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a solicitação de colonoscopia deve ser feita considerando os fatores de risco e o histórico clínico do paciente.<sup>1</sup>

Ao se discutir a implementação do rastreamento populacional por meio de exames invasivos, como a colonoscopia, destaca-se a relevância do conceito de prevenção quaternária, que consiste na adoção de medidas voltadas à prevenção de danos iatrogênicos decorrentes de intervenções médicas desnecessárias, visando proteger os indivíduos dos riscos associados ao excesso de rastreamentos, diagnósticos e abordagens terapêuticas.<sup>3,4</sup>

O uso racional e assertivo dos recursos de saúde colabora para diminuir a probabilidade de adoecimento iatrogênico dos indivíduos. Nesse contexto, os riscos associados ao excesso de rastreamento não se referem apenas ao teste em si, mas a toda a cascata iatrogênica de procedimentos e eventos que decorre da realização do rastreio.<sup>5,6</sup>

A definição e a aplicação de estratégias de detecção precoce do câncer devem ser baseadas em evidências científicas, de modo a diminuir os possíveis danos e maximizar os benefícios.<sup>1</sup>

Diante disso, a implantação de um protocolo municipal de colonoscopia e rastreamento de CCR visa um cuidado integrado à atenção primária à saúde e tem como objetivos:

- Garantir o acesso equitativo ao exame diagnóstico e terapêutico.
- Estabelecer fluxos de rastreamento e seguimento.
- Reduzir a incidência e mortalidade por CCR no município de Piracicaba.

### 1.1. CÂNCERES DE CÓLON E DE RETO - CCR

O câncer colorretal ocupa o segundo lugar dentre os tipos de câncer mais frequentes em homens e mulheres e representa a segunda causa de morte por câncer no Brasil, com incidência crescente, especialmente em adultos de meia-idade. Estima-se, segundo o INCA, aproximadamente 45 mil novos casos por ano, com mortalidade próxima de 18 mil óbitos.<sup>1</sup>

Os CCR abrangem os tumores que acometem o intestino grosso (o cólon) e o reto, sendo que cerca de 50% localizam-se no reto e sigmoide e 30% no ceco. Trata-se de uma doença heterogênea que possui como principal via de formação o adenocarcinoma, que representa cerca de 75% dos cânceres colorretais. <sup>1</sup>

Embora a maioria dos pólipos adenomatosos e serrilhados não evolua para o câncer, alguns crescem e tornam-se cada vez mais displásicos e, eventualmente, com o tempo, transformam-se em adenocarcinomas. A progressão dos pólipos para o câncer pode levar mais de 20 anos. <sup>11</sup>

Apesar da progressão lenta ao CCR, os pólipos adenomatosos e serrilhados estão associados a um risco aumentado de câncer colorretal, principalmente quando classificados como avançados. <sup>11,12</sup>

Em meio ao seu processo de crescimento, os pólipos podem sofrer erosões e apresentar pequenos sangramentos, que podem ser identificados nas fezes por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes - PSO. Quando essas lesões precursoras são identificadas e retiradas precocemente, antes de sua malignização, a progressão da doença é interrompida, prevenindo o surgimento do CCR. <sup>1</sup>

No caso do câncer colorretal, um dos tumores mais incidentes no Brasil e no mundo, o rastreamento e diagnóstico precoce já demonstrou ser eficaz, com estudos que comprovam seu impacto direto na redução de complicações e mortes. <sup>2</sup>

## 2. COLONOSCOPIA

A colonoscopia é o exame endoscópico que permite a visualização direta da mucosa do reto, todo o cólon e íleo terminal, possibilitando diagnóstico e tratamento de diversas afecções, incluindo a detecção e remoção de pólipos (lesões precursoras do CCR). É o método de referência “padrão ouro” tanto para investigação de sintomas gastrointestinais baixos quanto para rastreamento do CCR.<sup>24,25,26</sup>

Este exame pode ser realizado como teste primário de triagem ou como teste de diagnóstico após um resultado positivo de outra modalidade primária de rastreio. Vários estudos prospectivos de coorte e caso-controle apoiam a realização da colonoscopia, mostrando uma redução na incidência e mortalidade de CCR em até 80% para cólon distal e em até 60% para o cólon proximal.<sup>17</sup>

A colonoscopia é realizada por médico especialista em endoscopia, com o paciente sob sedação, utilizando um colonoscópio flexível que permite inspeção do reto ao íleo distal, coleta de biópsias e remoção de pólipos.<sup>24,25,26</sup>

O preparo intestinal adequado é fundamental para qualidade diagnóstica e segurança. O exame é ambulatorial na maioria das vezes, com paciente recebendo alta após recuperação da sedação.<sup>24,25,26</sup>

Indivíduos mais idosos, com IMC elevado e/ou comorbidades relevantes devem fazer exame em ambiente hospitalar, preferencialmente com acompanhamento de anestesiológico.<sup>24,25,26</sup>

### 2.1. INDICADORES DE QUALIDADE DA COLONOSCOPIA

Na avaliação ambulatorial dos resultados de colonoscopia, é essencial que o laudo contenha informações específicas voltadas ao controle de qualidade do exame. Devem ser destacados, entre outros aspectos:<sup>27,28,29</sup>

- A realização do exame completo, com progressão do colonoscópio flexível até o ceco e confirmação de sua visualização;<sup>27,28,29</sup>

- A qualidade adequada do preparo intestinal, idealmente com pontuação superior a 7 na [Escala de Boston](#); <sup>27,28,29</sup>
- O registro fotográfico tanto das lesões identificadas quanto do ceco, assegurando a documentação adequada do procedimento. <sup>27,28,29</sup>

## 2.2. CONTRAINDICAÇÕES DO EXAME:

São contraindicações absolutas à realização de colonoscopia: <sup>18,26</sup>

- Peritonite; <sup>18,26</sup>
- Perfuração intestinal; <sup>18,26</sup>
- Colite fulminante; <sup>18,26</sup>
- Megacólon tóxico (em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal); <sup>18,26</sup>

São contraindicações relativas à realização de colonoscopia: <sup>18,26</sup>

- Diverticulite aguda (aguardar 60 dias após o tratamento para a realização do exame); <sup>18,26</sup>
- Gestantes; <sup>18,26</sup>
- Instabilidade hemodinâmica; <sup>18,26</sup>
- Coagulopatias não corrigidas; <sup>18,26</sup>
- Preparo inadequado do cólon. <sup>18,26</sup>

## 2.3. RISCOS E EFEITOS ADVERSOS

Trata-se de um procedimento considerado seguro e amplamente utilizado, apresentando baixo índice de complicações. Contudo, como em qualquer intervenção médica, existem riscos potenciais que devem ser reconhecidos e monitorados, tais como: <sup>23,24</sup>

- Perfuração intestinal: < 0,1% dos exames diagnósticos e até 0,3% em procedimentos terapêuticos. <sup>23,24</sup>
- Hemorragia: < 0,3% nas polipectomias pequenas, podendo chegar a até 6% em pólipos grandes. <sup>23,24</sup>
- Eventos adversos anestésicos: raros, geralmente leves e reversíveis. <sup>23,24</sup>

Diante disso, todo paciente deve obrigatoriamente assinar o termo de consentimento informado, assegurando que compreendeu os riscos e benefícios do procedimento. Além disso, é fundamental que receba instruções detalhadas quanto ao preparo prévio, incluindo orientações sobre jejum, bem como sobre os cuidados e o acompanhamento necessários no período pós-exame.<sup>23,24</sup>

#### 2.4. INDICAÇÃO DE COLONOSCOPIA EM AMBIENTE HOSPITALAR:

Pacientes com classificação de risco anestésico segundo a *American Society of Anesthesiologists - ASA* ([Escala ASA](#)), nas categorias IV ou V, ou que apresentem instabilidade clínica significativa, não devem ser submetidos a procedimentos endoscópicos em regime ambulatorial. Nesses casos, a realização do exame deve ocorrer exclusivamente em ambiente hospitalar, com suporte anestésico adequado e monitorização avançada.<sup>19</sup>

A necessidade prevista de sedação profunda ou anestesia geral, constitui indicação para realização em ambiente hospitalar, como nos casos de:<sup>20</sup>

- Via aérea difícil;<sup>20</sup>
- Histórico de evento adverso grave à sedação;<sup>20</sup>
- Falhas prévias de sedação;<sup>20</sup>
- Uso crônico de álcool ou drogas;<sup>20</sup>
- Procedimentos endoscópicos prolongados e terapêuticos.<sup>20</sup>

Da mesma forma, pacientes portadores de comorbidades descompensadas, como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica grave com hipercapnia, hepatopatia avançada, insuficiência renal terminal instável ou arritmias significativas, devem ser avaliados e conduzidos em estrutura hospitalar, conforme recomendações de segurança e classificação de risco.<sup>20</sup>

A presença de distúrbios de coagulação relevantes ou de manejo complexo de antitrombóticos, especialmente em situações de alto risco trombotico associadas a procedimentos com elevado potencial hemorrágico.<sup>21</sup>

Os procedimentos endoscópicos terapêuticos de alto risco, como polipectomias de lesões  $\geq 20$  mm, mucosectomias extensas, disseções endoscópicas da submucosa (ESD) e dilatações pneumáticas, devem ser realizados em ambiente hospitalar devido à maior probabilidade de sangramento, perfuração e necessidade de intervenção imediata.<sup>22</sup>

Por fim, situações que exijam preparo hospitalar, seja por incapacidade do paciente de realizar o preparo em domicílio, risco hidroeletrolítico elevado ou condição de fragilidade sem suporte domiciliar, devem seguir protocolos de preparo e monitorização intra-hospitalar.<sup>23</sup>

### 3. DIAGNÓSTICO:

Uma das ferramentas mais eficazes para reduzir a mortalidade por câncer é o diagnóstico precoce. Isso se dá, entre outras estratégias, por meio de programas organizados de rastreamento, capazes de detectar alterações antes mesmo do surgimento dos primeiros sintomas de alguns tipos de câncer. <sup>2</sup>

As estratégias para a detecção precoce do câncer incluem: <sup>2</sup>

- Rastreamento: consiste na aplicação de exames em uma população-alvo assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas, encaminhando os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento; <sup>2</sup>
- Diagnóstico precoce: é a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença em três etapas, que seriam, a conscientização e busca por assistência à saúde; avaliação clínica e diagnóstica; acesso ao tratamento. <sup>2</sup>

#### 3.1. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O diagnóstico precoce do CCR envolve todos os níveis de atenção à saúde do paciente, havendo necessidade de ter profissionais capacitados dentro da rede pública nos diferentes níveis de atenção, de modo que: <sup>1</sup>

- Atenção primária: identifica os indivíduos que se apresentam com quadro suspeito e solicita o rastreio assertivo na população-alvo, através do PSO e colonoscopia; <sup>1</sup>
- Atenção secundária: realizar testes diagnósticos para confirmação e rastreamento do CCR e atende os pacientes dentro de situações de urgência e emergência como em hemorragias digestivas e em obstrução intestinal (abdome agudo); <sup>1</sup>
- Atenção terciária: recebe os pacientes encaminhados pela atenção primária, avalia a extensão da doença (estadiamento), define tratamento e realiza seguimento deste paciente. <sup>1</sup>

#### 4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CCR:

Para o diagnóstico precoce das doenças colorretais, é fundamental a observação atenta dos sinais e sintomas, fatores de risco e sinais de alarme, considerando sempre a história clínica e os hábitos de vida do paciente.<sup>7,8,26</sup>

- Diarreia Crônica (≥4 semanas): definida como a eliminação de fezes de consistência reduzida (pastosas ou líquidas) com aumento da frequência evacuatória para três ou mais vezes ao dia, requer investigação para exclusão de causas funcionais, infecciosas, inflamatórias ou medicamentosas;<sup>7,8,26</sup>
- Constipação Crônica (≥ 12 semanas): é caracterizada pela redução da frequência evacuatória para menos de três evacuações por semana, acompanhada de esforço excessivo, fezes endurecidas ou sensação de evacuação incompleta. É imprescindível descartar causas secundárias, como distúrbios neurológicos, endocrinológicos, doenças anorretais ou falha no tratamento clínico convencional (dieta, hidratação adequada, uso de laxativos lubrificantes e prática regular de atividade física);<sup>7,8,26</sup>

##### 4.1. FATORES DE RISCO:

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CCR são:<sup>13</sup>

- Idade acima de 50 anos;<sup>16,13</sup>
- Pólipos intestinais (adenomatosos ou serrilhados avançados);<sup>13</sup>
- Obesidade e sobrepeso;<sup>13</sup>
- Sedentarismo;<sup>13</sup>
- Etilismo diário;<sup>13</sup>
- Tabagismo;<sup>13</sup>
- História familiar de CCR em parentes de 1º grau;<sup>13</sup>
- Ingesta excessiva de carnes vermelhas aumenta o risco de desenvolver CCR, sendo necessário, limitar o consumo de carne vermelha a até 500 gramas de carne cozida (equivalente a 750 gramas de carne crua) por semana;<sup>13</sup>

- Ingesta de carnes processadas (cada porção de 50 gramas consumidas diariamente) aumentam o risco de CCR em 18%, portanto, é recomendado evitar o seu consumo;  
14,15
- Baixa ingestão de frutas, legumes e verduras, que atuam como protetores do sistema gastrointestinal nas diferentes fases da carcinogênese, desde a iniciação até a progressão do tumor. Uma alimentação rica em fibras também reduz a resistência à insulina, alteração reconhecida como fator de risco para esse câncer. 14,15

#### 4.2. SINAIS DE ALARME:

Na presença de história clínica compatível e de qualquer um dos sinais de alarme descritos a seguir, o paciente deve ser encaminhado para realização de colonoscopia de forma direta e com prioridade, a fim de possibilitar diagnóstico precoce e adequada condução terapêutica.<sup>1,7,26</sup>

- Anemia importante sem causa definida; <sup>1,7,26</sup>
- Perda ponderal inexplicável; <sup>1,7,26</sup>
- Melena; <sup>1,7,26</sup>
- Hematoquezia não explicadas por causas orificiais; <sup>1,7,26</sup>
- Massa abdominal; <sup>1,7,26</sup>
- Despertar noturno por diarreia crônica; <sup>1,7,26</sup>
- Dor ou desconforto abdominal constante e sem causa definida. <sup>1,7,26</sup>

## 5. RASTREAMENTO DO CCR:

O rastreamento é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade e da incidência, nos casos de existência de lesões precursoras. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, tratamento mais efetivo e menor morbidade associada.<sup>1</sup>

O rastreio é realizado em pessoas assintomáticas, ou seja, que não apresentam sintomas aparentes, com o objetivo de detectar a doença em estágios iniciais ou mesmo alterações pré-cancerígenas. No caso do CCR, os métodos mais utilizados mundialmente são o PSO e a colonoscopia. O PSO é mais acessível e tem boa aceitabilidade entre a população, sendo usado como triagem inicial, enquanto a colonoscopia é o exame padrão-ouro para confirmação de lesões e tratamento de lesões pré-cancerígenas.<sup>1</sup>

### 5.1. RASTREIO DO PACIENTE DE MÉDIO RISCO:

Paciente com idade de 45 a 70 anos, assintomático, sem histórico pessoal ou familiar de CCR ou pólipos colônicos prévios, sem diagnóstico de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa ou histórico de radioterapia abdominal ou pélvica prévia.

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes: solicitar de forma anual. Se positivo, descartar causas orificiais e repetir o teste para confirmação laboratorial.
- Rastreio com colonoscopia: solicitar se PSO positivo, se resultado normal seguir com novo exame em 10 anos até 60 anos. Após 60 anos seguir com novo exame a cada 5 anos.

Paciente com idade de 76 a 85 anos: rastreamento individualizado a depender da expectativa de vida, condições clínicas, histórico de rastreamento anterior e avaliação de risco cardiológica.

Paciente com idade a partir de 86 anos: sem indicação de rastreamento.

Observação: É importante salientar que PSO positivo pode ter origem esôfago-gástrica, especialmente, se o paciente usar ácido acetilsalicílico - AAS ou anti-inflamatório não esteroideal – AINE.

## 5.2. RASTREIO DO PACIENTE DE ALTO RISCO:

Pacientes com histórico familiar de câncer colorretal (CCR) em um ou mais parentes de primeiro grau diagnosticados antes dos 60 anos devem ser considerados de alto risco. Nesses casos, mesmo na ausência de sintomas ou diante de alterações discretas do hábito intestinal, com ou sem outros fatores de risco, a colonoscopia deve ser indicada como exame de primeira escolha para rastreamento e investigação diagnóstica, substituindo o método de triagem de pesquisa de sangue oculto nas fezes, uma vez que permite a visualização direta da mucosa colônica e a realização de biópsias quando necessário. O rastreamento deve ser iniciado aos 40 anos de idade ou 10 anos antes da idade em que o familiar foi diagnosticado, optando-se pelo que ocorrer primeiro.

Nos casos em que o paciente apresente sinais de alarme descritos no tópico 4.2, mas não se enquadre na faixa etária preconizada para rastreamento, a indicação de colonoscopia deverá ser avaliada pelo médico assistente, devendo a justificativa técnica constar expressamente no pedido de solicitação do exame, o qual será avaliado e ponderado pela regulação do Município.

## 6. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE COLONOSCOPIA:

Considerando os sinais e sintomas, os fatores de risco e os sinais de alarme descritos neste protocolo, bem como a possibilidade de solicitação de colonoscopia por meio da Ficha de Requisição de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) ou pelo prontuário eletrônico, ressalta-se que, em ambas as modalidades, é imprescindível distinguir os pacientes pertencentes ao público prioritário daqueles não prioritários, conforme descrito a seguir:

### 6.1. NÃO PRIORITÁRIO:

Pacientes com idade  $\geq$  **50 anos**, assintomáticos ou com alteração do hábito intestinal, associado a um ou mais fatores de risco e sem sinais de alarme.

Paciente com idade  $\geq$  **45 anos**, assintomáticos ou com alteração de hábito intestinal, associado a um ou mais fatores de risco, sem sinais de alarme, com histórico familiar para neoplasias colorretais.

### 6.2. PRIORITÁRIO:

Pacientes com idade  $\geq$  **50 anos**, assintomáticos ou com alteração do hábito intestinal, associado a um ou mais fatores de risco e com sinais de alarme.

Paciente com idade  $\geq$  **45 anos**, assintomáticos ou com alteração de hábito intestinal, associado a um ou mais fatores de risco, com sinais de alarme, com histórico familiar para neoplasias colorretais.

Paciente com idade  $\geq$  **40 anos**, assintomático ou com alteração de hábito intestinal, associado a um ou mais fatores de risco, com ou sem sinais de alarme, com histórico familiar em  $\geq$  1 parente de 1º grau para CCR diagnosticados antes dos 60 anos de idade: seguir com colonoscopia como método de primeira escolha para rastreamento do CCR, aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do familiar (o que ocorrer antes).

### 6.3. OBSERVAÇÕES:

Nos casos de anemia por causa desconhecida, após descartar possíveis causas, estes pacientes devem ser investigados com endoscopia digestiva alta - EDA, não havendo alteração na EDA que possam justificar a anemia, como úlcera gástrica, gastrite hemorrágica, hérnia de hiato acima de 4cm e varizes esofagianas, seguir investigação com colonoscopia.

- Pacientes com idade < 50 anos seguir com EDA inicialmente.
- Paciente com idade > 50 anos seguir com EDA e colonoscopia.

Nos casos em que paciente queixa de sangramento vivo em região anal deve ter, impreterivelmente, a região anal avaliada para descartar hemorroidas ou fissuras. Sendo a colonoscopia indicada para os casos em que há sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível à doença em orifício.

Nos casos de pacientes com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar, devem ser encaminhados ao especialista, mesmo com colonoscopia normal.

## 7. SEGUIMENTO:

A maioria dos pacientes com diagnóstico prévio de doença intestinal já se encontra em acompanhamento especializado. No entanto, casos de diagnóstico recente, perda de seguimento ou pacientes provenientes de outros serviços ou municípios devem ser devidamente inseridos na rede assistencial pelo médico responsável, conforme as orientações descritas a seguir.

- Assintomático: encaminhar ao especialista que avaliará indicação/periodicidade do exame colonoscópico;
- Sintomático: paciente que apresenta sangramento, alteração do hábito intestinal e/ou perda ponderal. Nesses casos, deve ser solicitada colonoscopia inicial e realizado encaminhamento prioritário para avaliação com especialista.

**Pacientes com histórico de neoplasia colorretal, doença inflamatória intestinal, como retocolite ulcerativa ou doença de Crohn, ou outras condições intestinais crônicas, a exemplo da doença celíaca, devem ser encaminhados ao especialista para acompanhamento e seguimento adequado.**

7.1. SEGUIMENTO DOS RESULTADOS DA COLONOSCOPIA:

Tabela 1 - Acompanhamento de lesões pré-malignas

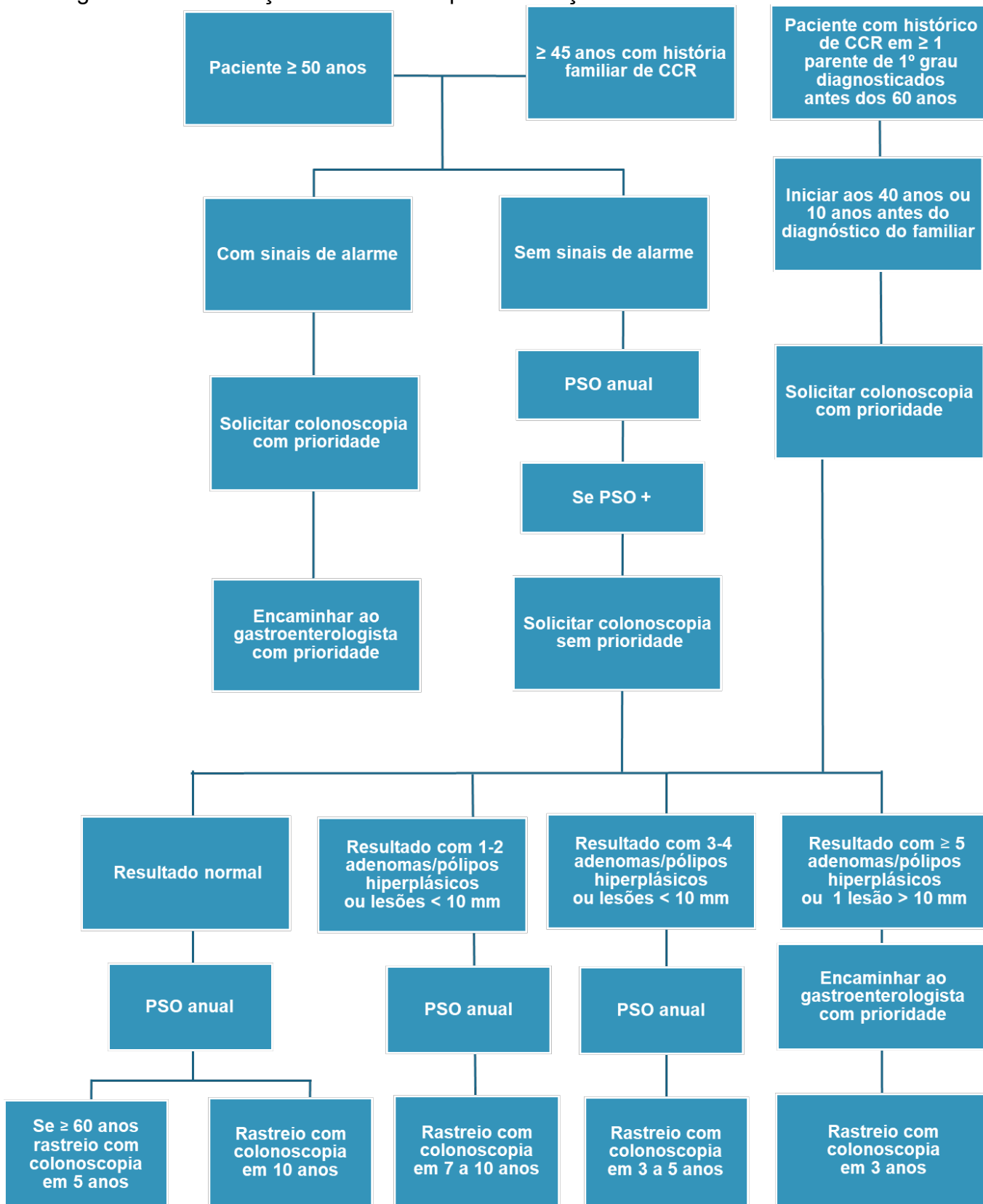
Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
<b>LESÕES ADENOMATOSAS</b>		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	7 a 10 anos	APS
3 a 4 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	3 a 5 anos	APS
≥ 1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada
> 10 adenomas (independente de tamanho)	1 ano	Atenção especializada
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20 mm	6 meses	Atenção Especializada
<b>LESÕES NÃO ADENOMATOSAS</b>		
1 a 2 pólipos hiperplásticos < 10 mm	5 a 10 anos	APS
3 a 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 a 5 anos	APS
Pólipos hiperplásticos ≥ 10 mm	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

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2022) e US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (2020)

8. ANEXOS

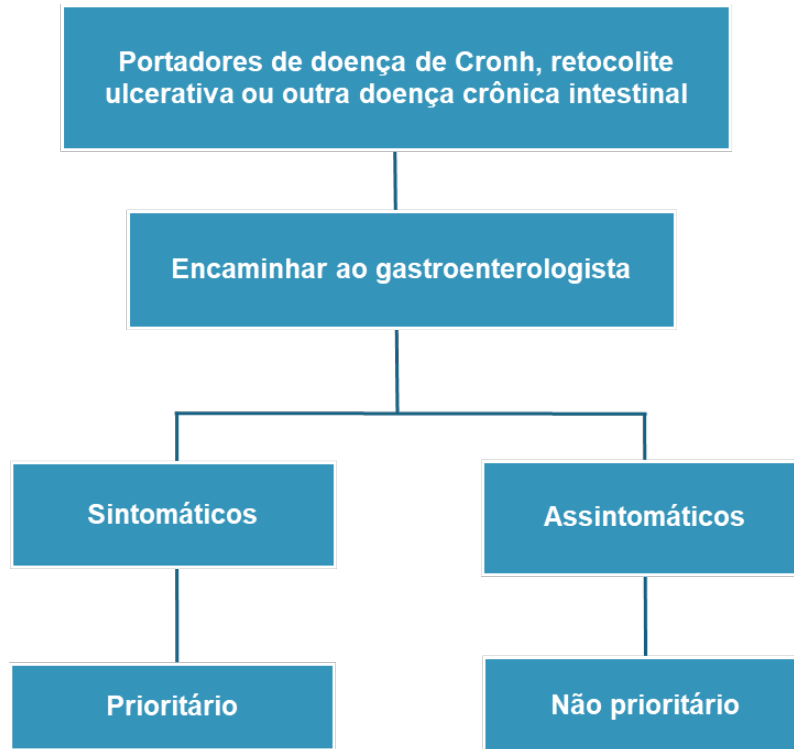
8.1. FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Solicitação de Colonoscopia na Atenção Básica



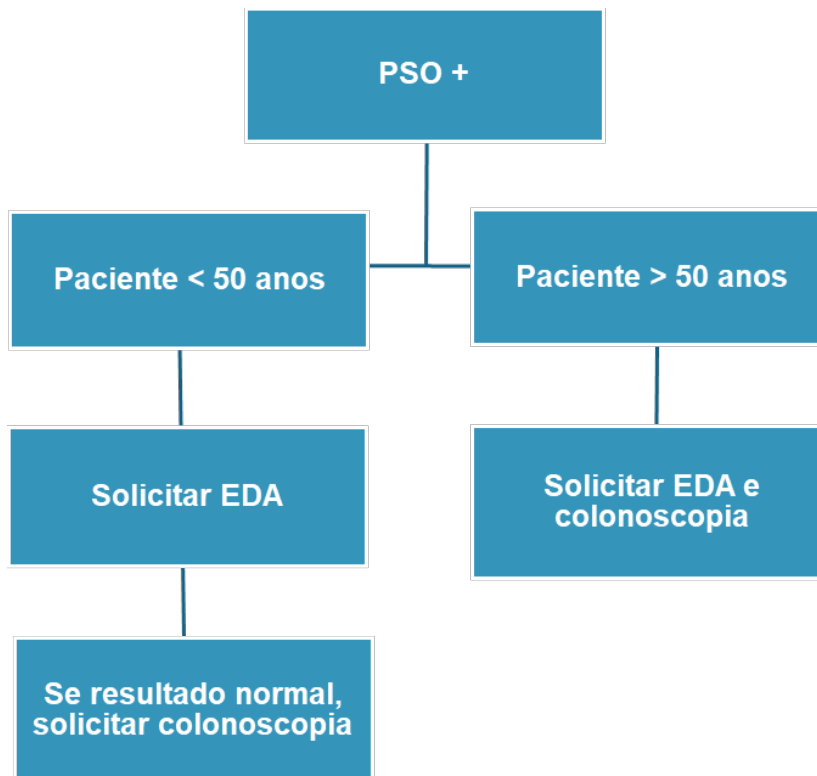
Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Fluxograma 2 – Seguimento de pacientes com doença intestinal crônica.



Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Fluxograma 3 – Seguimento de pacientes com anemia sem causa definida.



Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

## 8.2. PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO VIA SADT

Foto 1 – Preenchimento mínimo da SADT

959713 SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL Nº 1 - 2  
 FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

**CARIMBO COM OS DADOS DA UNIDADE**

NOME DA UNIDADE DE REQUISITANTE \_\_\_\_\_ Nº DE ORDEM \_\_\_\_\_  
 Cód. UNIDADE \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**NOME DO PACIENTE**

NOME \_\_\_\_\_ SEXO 12. ( ) MASC. 25. ( ) FEM.  
 MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ Cód. MUNIC. \_\_\_\_\_

SUSPEITA CLÍNICA  
**Paciente de 50 anos com diarreia crônica e perda de peso, associado a história familiar de CCR.**  
**PSO + / Solicito com prioridade**

DATA PRIMEIROS SINTOMAS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 USO DE ATB.: \_\_\_\_\_  
 OUTRO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_  
 CASO  COMUNICANTE  DE DOENÇA NOT. COMPULSÓRIA  
 CódIGO \_\_\_\_\_

SADT SOLICITADO **Colonoscopia**

DIAGNÓSTICO  CONTROLE Nº SESSÕES \_\_\_\_\_

MATERIAL ENVIADO: \_\_\_\_\_

DATA DA REQUISIÇÃO: **DATA /** \_\_\_\_\_ 1ª AMOSTRA \_\_\_\_\_ 2ª AMOSTRA \_\_\_\_\_

NOME DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O SADT: **Assinatura e Carimbo médico**

ENCAMINHADO PARA: \_\_\_\_\_ Cód. UNIDADE \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_  
 1ª VIA - CLIENTE/SADT 2ª VIA - UNIDADE

Fonte: Prefeitura de Piracicaba – Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

### 8.3. SOLICITAÇÃO VIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO VIGENTE

Foto 2 – Passo a passo do preenchimento via SISS

Ficha Atendimento **Conduta**

Prescrição Médica - Solicitação de Exames

Selecione o(s) exame(s) no painel ao lado.

Nome do Exame

Favoritos

Por Linha de Cuidado

Mais Pedidos

Anterior Próximo

Ficha Atendimento Salvar Atendimento Cancelar Atendimento

Fonte: Prefeitura de Piracicaba – Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

Foto 3 – Passo a passo do preenchimento via SISS

Ficha Atendimento **Conduta**

Prescrição Médica - Solicitação de Exames

☆ COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)

\* Área do Corpo:  
x INTESTINO

\* Prioridade:  
P3 - NÃO PRIORITARIO

\* Diagnóstico:  
K591DIARRÉIA FUNCIONAL

\* Justificativa:  
Paciente assintomática, com fator de risco e histórico familiar de câncer de cólon e do reto, apresentando PSO positivo sem causas oficiais.

Você ainda pode digitar 3858 caracteres

Provas Diagnósticas:

Você ainda pode digitar 4000 caracteres

\* Data Solicitação:  
10/10/2025 19:07

Situação  
Solicitado

Cancelar

Fonte: Prefeitura de Piracicaba – Secretaria Municipal de Saúde, 2025.,

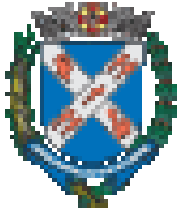
## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer colorretal no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023.
2. World Health Organization (WHO). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection. Geneva: WHO; 2007.
3. NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-10, abr./jun. 2015.
4. NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. Journal of the Royal College of General Practitioners, London, v. 69, n. 678, p. 28-29, Jan 2019. DOI 19.3399/bjgp19X700517.
5. NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.
6. GÉRVAS, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gaceta Sanitaria, [Barcelona], v. 20, p. 127-134, mar. 2006. Supl. 1.
7. TelessaúdeRS-UFRGS. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Proctologia Adulto: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2021 jul 26. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolos\\_encaminhamento\\_proctologia\\_TSRS\\_20161108.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_proctologia_TSRS_20161108.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: proctologia. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 16 p. (v. 7).

9. Prefeitura de São Bernardo do Campo. Protocolo de Regulação do Acesso – Exames de Apoio Diagnóstico: endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Vol. 01. 1ª ed. São Bernardo do Campo: Prefeitura Municipal; 2014.
10. A.C. Camargo Câncer Center. Tudo sobre colonoscopia. Entendendo a colonoscopia. São Paulo: A.C. Camargo Câncer Center; Disponível em: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/medicina-diagnostica/tudo-sobre-colonosopia>
11. BONNINGTON, S. N.; RUTTER, M. D. Surveillance of colonic polyps: are we getting it right?. *World Journal of Gastroenterology*, [Pleasanton, CA], v. 22, n. 6, p. 1925-1934, 14 Feb 2016. DOI 10.3748/wjg.v22.i6.1925.
12. BURNETT-HARTMAN, A. N. et al. Variation in the association between colorectal cancer susceptibility loci and colorectal polyps by polyp type. *American Journal of Epidemiology*, [Cary, NC], v. 180, n. 2, p. 223-232, 15 July 2014. DOI 10.1093/aje/kwe114.
13. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
14. BOUVARD, V. et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *The Lancet. Oncology*, [London], v. 16, n. 16, p. 1599-1600, Dec 2015. DOI 10.1016/S1470-2045(15)00444-1.
15. CHAN, D. S. M. et al. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. *PloS One*, [San Francisco], v. 6, n. 6, p. e20456, 2011. DOI 10.1371/journal.pone.0020456.
16. BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal of Clinicians*, [Hoboken], v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov 2018. DOI 10.3322/caac.21492.
17. PIRES, Maria Eugênia de Paula et al. Rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 6866–6881, mar./abr. 2021. ISSN 2595-6825.

18. OURO PRETO (MG). *Protocolo de Colonoscopia*. Ouro Preto: Prefeitura Municipal de Ouro Preto; 2024
19. ASGE. *Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy*. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(2):327-337.
20. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). *Diretriz de Sedação em Endoscopia Digestiva*. São Paulo: SOBED; 2022.
21. Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, et al. *The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy*. *Gastrointest Endosc*. 2016;83(1):3-16.
22. Park JH, et al. *International Digestive Endoscopy Network consensus on management of antithrombotic therapy in endoscopy*. *Clin Endosc*. 2024;57(1):45-58.
23. SOBED / Associação Médica Brasileira (AMB). *Preparo de cólon para colonoscopia*. São Paulo: SOBED; 2023.
24. ASGE Standards of Practice Committee. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2022;95(1):1–33.
25. ESGE Quality Improvement Committee. Performance measures for lower GI endoscopy. *Endoscopy*. 2022;54(1):88–105.
26. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). *Diretrizes nacionais de colonoscopia e rastreamento do câncer colorretal*. São Paulo: SOBED; 2023.
27. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). *Indicadores de qualidade em colonoscopia: consenso SOBED 2023*. São Paulo: SOBED; 2023.
28. Rex DK, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2022;95(1):1–33.
29. Kaminski MF, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy quality standards. *Endoscopy*. 2020;52(5):484–95.

30. US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update*. *Gastroenterology*. 2020;158(4):1131-1153.e5



# Assinaturas do documento



## "Protocolo de Colonoscopia"

Código para verificação: **TUN4BS9W**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **HELIO DONIZETE ZANATTA** (CPF: \*\*\*.954.388-\*\*) em 07/11/2025 às 15:20:15 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 16/07/2025 - 10:21:37 e válido até 16/07/2028 - 10:21:37.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **CAROLINA DE OLIVEIRA SOUTO** em 07/11/2025 às 12:06:37 (GMT-03:00)  
Emitido por: "AC Final do Governo Federal do Brasil v1", emitido em 15/07/2025 - 09:23:34 e válido até 15/07/2026 - 09:23:34.  
(Assinatura GOVBR)
- ✓ **RODRIGO AZEVEDO DE OLIVEIRA** em 04/11/2025 às 14:58:23 (GMT-03:00)  
Emitido por: "AC Final do Governo Federal do Brasil v1", emitido em 04/11/2025 - 14:58:23 e válido até 04/11/2026 - 14:58:23.  
(Assinatura GOVBR)
- ✓ **DANIELA TAVARES DE ANDRADE** (CPF: \*\*\*.851.168-\*\*) em 04/11/2025 às 14:02:15 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 16/07/2025 - 14:55:03 e válido até 16/07/2028 - 14:55:03.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **CLAUDIA SOUZA MIRANDA BARROS FONSECA** (CPF: \*\*\*.242.727-\*\*) em 04/11/2025 às 10:34:28 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 17/07/2025 - 08:44:12 e válido até 17/07/2028 - 08:44:12.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **AFFONSO AMIRATI CANGUEIRO** (CPF: \*\*\*.114.008-\*\*) em 04/11/2025 às 08:27:41 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 18/07/2025 - 09:05:53 e válido até 18/07/2028 - 09:05:53.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **GIORDANA PESSOA VILAS BOAS** (CPF: \*\*\*.523.182-\*\*) em 04/11/2025 às 07:55:58 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 20/10/2025 - 08:39:21 e válido até 20/10/2028 - 08:39:21.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **SERGIO JOSE DIAS PACHECO JUNIOR** (CPF: \*\*\*.630.118-\*\*) em 03/11/2025 às 16:50:32 (GMT-03:00)  
Emitido por: "SolarBPM", emitido em 16/07/2025 - 11:22:34 e válido até 16/07/2028 - 11:22:34.  
(Assinatura do Sistema)
- ✓ **MARIANGELA DI DONATO CATANDI** em 03/11/2025 às 16:03:28 (GMT-03:00)  
Emitido por: "AC Final do Governo Federal do Brasil v1", emitido em 02/12/2024 - 10:02:55 e válido até 02/12/2025 - 10:02:55.  
(Assinatura GOVBR)

*Esta página foi gerada automaticamente pelo sistema para detalhamento das assinaturas e não é contabilizada na numeração de páginas de processo.*



# Assinaturas do documento

## "Protocolo de Colonoscopia"



Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://sempapel.piracicaba.sp.gov.br/atendimento/conferenciaDocumentos> e informe o processo **PMP 2025/160619** e o código **TUN4BS9W** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.