

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VII

Proctologia
Versão preliminar

Brasília - DF
2016



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VII



Proctologia
Versão preliminar

Brasília - DF
2016





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: versão preliminar – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 2
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3306-8052
Fax: (61) 3305-8028
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II,
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
SAF/SUL, Quadra 2, Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 301
Brasília/DF – 70070-600
Tel.: (61) 3315-5870
E-mail: drac@saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Eplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717
Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900
Tel.: (61) 3315.3394
Fax: (61) 3315.2974
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: degues@saude.gov.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de Belas
CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 - 1101Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessaunders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Cleuza Rodrigues da Silveira Bernardo
Dirceu Ditmar Klitzke
João Gabbardo dos Reis

Coordenação-Geral:

Dirceu Ditmar Klitzke
João Marcelo Barreto Silva

Revisão Técnica:

Ana Célia da Silva Siqueira
Carolina Pereira Lobato
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Graziela Tavares
Leticia Felipak dos Passos Martins
Luciana Morais Rocha
Luciano Gomes Marcelino
Rosely de Andrade Vargas

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueiri

Elaboração de texto:

Alexandre de Araújo
Daniel de Carvalho Damin
Erno Harzheim
José Nicoletti Filho
Ligia Marroni Burigo
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Pablo de Lannoy Stürmer
Patrícia Sampaio Chueiri
Rudi Roman

Colaboração:

Eduardo Alves Melo
José Inácio Lermen
Mayra Marcela Souza Rodrigues

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação

Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

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

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>
ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Titulos para indexação:

Proctology

SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
1. PROCTOLOGIA ADULTO.....	8
1.1 Hemorroidas	9
1.2 Fissura anal	9
1.3 Fístula anal	10
1.4 Condiloma acuminado / verrugas virais	10
1.5 Suspeita de neoplasia de trato gastrointestinal inferior.....	11
REFERÊNCIAS.....	13
ANEXO - QUADROS AUXILIARES.....	15

APRESENTAÇÃO

A atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo) e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com esta clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Mãos à obra!

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS MS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS

TelessaúdeRS/UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. 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. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões-chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por su-posto, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial a partir dos núcleos de telessaúde e outras ações pedagógicas. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo corretos. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

1 PROCTOLOGIA ADULTO

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Proctologia. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia de canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento ao proctologista, quando comparados a outras condições clínicas previstas nos protocolos. Esses critérios devem ser readaptados conforme necessidade da regulação local.

As seguintes condições necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência: obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena agudo, hemorroida encarcerada. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

1.1 Hemorroidas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingesta hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); ou
- hemorroidas internas com grau III e IV (ver quadro 1 no anexo).

Atenção: Pacientes com hemorroidas, mas que apresentam sintomas sugestivos de malignidade (sangramento de características atípicas para hemorroidas, emagrecimento, anemia ferropriva, mudança de hábito intestinal recente) devem ser encaminhados ao serviço especializado para investigação precoce (ver protocolo Suspeita de neoplasia no trato gastrointestinal inferior).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. classificação das Hemorroidas (interna, externa ou mista) e classe das hemorroidas internas (Grau I a IV);
3. tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos (quando realizado));
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.2 Fissura anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; ou
- fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. presença de comorbidades orificiais com descrição, quando presentes;
3. presença de alteração de hábito intestinal (sim ou não);
4. tratamentos já realizados para fissura anal (orientações, medicamentos e tempo de duração);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.3 Fístula anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. exame de imagem, quando realizado, com data;
3. presença de comorbidades relevantes (doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.4 Condiloma acuminado/verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital ou perianal)/verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal - quando condiloma anorretal);
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

É de boa prática investigar outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como sífilis, HIV, hepatites B e C, em pessoas que apresentam condiloma anorretal.

1.5 Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia, quando disponível na APS:

- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial; ou
- sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical; ou
- episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados¹ ;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo).

Atenção: Em localidades cujo acesso à colonoscopia é restrito, recomenda-se indicar o exame na investigação diagnóstica.

A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de endoscopia digestiva alta para avaliação do trato gastrointestinal superior.

Rastreamento de paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch² ou Polipose Adenomatosa Familiar deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia.

¹Quando câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem. Se câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau com idade maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.

²Suspeita de Síndrome de Lynch - Critérios de Amsterdã II (presença de todos os critérios):

- três ou mais familiares com neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células transitórias de vias excretoras renais ureter ou pelve renal),
- 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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastrologia ou Proctologia:

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de solicitar o exame na APS;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia ou Cirurgia do aparelho digestivo:

- diagnóstico de neoplasia maligna colorretal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; ou
- suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal (quadro 3 no anexo).

Para não atrasar o atendimento de pacientes com alta suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal, optou-se por indicar encaminhamento para o serviço especializado com atuação mais resolutiva na investigação diagnóstica e tratamento.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
2. resultado de hemograma, com data;
3. resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
4. exame de imagem, quando realizado, com data;
5. história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico;
6. história familiar de outras neoplasias compatíveis com Síndrome de Lynch/Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC) (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos? Gerações sucessivas acometidas? Idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

REFERÊNCIAS

- AHNEN, D. J.; MACRAE, AF. **Approach to the patient with colonic polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-colonic-polyyps>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- ACHESON, A. G.; SCHOLEFIELD, J. H. Management of hemorrhoids. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7640, p. 380-383, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244760/>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- BLEDAY, R.; BREEN, E. **Treatment of hemorrhoids**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hemorrhoids>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede nacional de câncer familiar**: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fim.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Anal fissure**: clinical manifestations, diagnosis, prevention. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Anal fissure**: medical and surgical management. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-and-surgical-management>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- 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>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Colorectal cancer**. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected cancer**: recognition and referral. London: NICE, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- 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-history-of-colorectal-cancer>>. Acesso em: 18 out. 2015.

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.

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-Fissure.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

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>. Acesso em: 15 set. 2015.

TRAVIS, A. C.; SALTZMAN, J. R. **Evaluation of occult gastrointestinal bleeding.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-occult-gastrointestinal-bleeding>>. Acesso em: 18 out. 2015.

ANEXO - QUADROS AUXILIARES

Quadro 1 - Classificação das hemorroidas internas

Grau	Apresentação Clínica
I	Sangramento, sem prolapso durante a evacuação
II	Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal
III	Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal
IV	Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva

Fonte: DUNCAN (2013).

Quadro 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	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos). Sugere-se acompanhamento em serviço especializado.
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).

Os fatores relacionados com maior risco de Câncer colorretal são: tamanho do pólipos > 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.

Quadro 3 - Alta suspeita de neoplasia colorretal

<p>Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem</p>
<p>Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro sem causa definida ou mudança de hábito intestinal</p>
<p>Idade superior a 50 anos com sangramento retal e outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro sem causa definida.</p>
<p>Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orificial.</p>
<p>Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.</p>

Fonte: TELESSAÚDERS (2015) adaptado de NICE (2015).

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543