

**PROTOCOLO PARA  
ENCAMINHAMENTO DE CONSULTA  
EM COLOPROCTOLOGIA ADULTO**

**MÉDIA  
COMPLEXIDADE**



MUNICÍPIO DE  
**ITAJAÍ**

## **APRESENTAÇÃO:**

Os protocolos de regulação de acesso são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolubilidade de cada um deles.

Sendo assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itajaí definiu esta normativa como instrumento de Regulação da Assistência de Média e Alta Complexidade em conformidade com o Ministério da Saúde, qualificando a estrutura reguladora do município, que permite a organização hierarquizada do sistema de assistencial ambulatorial, o uso racional dos recursos diagnósticos e a promoção da Integralidade.

A Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação e agendamento das consultas e procedimentos, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços municipais, contratadas ou referenciadas.

### **Elaboração:**

Dra. Priscila Ribeiro Brisolara  
Coloproctologista  
CRM/SC 16480 RQE nº 14491

### **Participação:**

Dr. Rodrigo Eller  
Médico  
CRM/SC 21215

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>1.1 Fluxo de Encaminhamento e Regulação do Acesso</b> .....	4
<b>2. DOENÇA HEMORROIDÁRIA</b> .....	6
<b>3. FISSURA ANAL</b> .....	8
<b>4. FÍSTULA ANAL</b> .....	9
<b>5. DOENÇA PILONIDAL</b> .....	9
<b>6. CONDILOMA ACUMINADO/VERRUGA VIRAIS</b> .....	10
<b>7. DIVERTICULOSE E DOENÇA DIVERTICULAR</b> .....	11
<b>8. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE COLONOSCOPIA</b> ...	12
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	14

## 1. INTRODUÇÃO

Os motivos de encaminhamento incluídos neste protocolo são os mais prevalentes na especialidade de Coloproctologia Adulto. Ressaltamos, entretanto, que outras situações clínicas podem não estar protocoladas e mesmos assim, justificar a necessidade do encaminhamento. Assim, sugerimos que todas as informações consideradas importantes sejam relatadas.

As informações contidas no encaminhamento devem ser suficientes para informar a necessidade e grau de prioridade do encaminhamento.

Algumas condições de saúde podem requerer a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência, nesse caso cabe ao médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

**Atenção:** o paciente deverá ser orientado a trazer em consulta o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, além das receitas com os medicamentos de uso contínuo e os exames complementares, se disponíveis.

### 1.1 Fluxo de Encaminhamento e Regulação do Acesso

- a)** A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico da Atenção Básica (ESF, clínico geral, ginecologista, geriatra) que irá solicitar a teleconsultoria em COLOPROCTOLOGIA ADULTO;
- b)** Os encaminhamentos feitos por especialistas somente serão aceitos, sem passar via teleconsultoria, se atenderem ao estipulado na IN nº 15/2019, Art. 4º, § 1º e § 2º.
- c)** O paciente que preencher os critérios do Protocolo de Acesso e o teleconsultor orientar o encaminhamento para a especialidade, deverá ser inserido pela Unidade Básica de Saúde na Central Municipal de Regulação (CMR), via SISREG, conforme classificação designada pelo teleconsultor, informando o nº da teleconsultoria;
- d)** O médico regulador da CMR identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, por meio do nº da teleconsultoria informada, podendo aceitar ou não a classificação estipulada pelo teleconsultor de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado;

-Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do SISREG todos os dados solicitados, com nº da teleconsultoria, indicação do médico solicitante, nome e CRM. O paciente será agendado de acordo com a classificação de prioridade estipulada pelo médico regulador e conforme vagas disponíveis na CMR;

**f)** As solicitações que não estiverem devidamente preenchidas serão devolvidas. A ausência ou a falta de informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento;

**g)** O paciente, após atendimento terá o retorno inserido no SISREG, em regulação, pela Unidade Básica de Origem

**URGÊNCIA-** são encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos para aguardar em lista de espera, sob pena de grave comprometimento clínico e/ou físico do usuário. Neste caso o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de urgência/Hospitalar.

**PRIORIDADE-** são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora no agendamento altere sobremaneira a conduta a ser seguida ou cause algum dano/prejuízo a saúde do usuário;
- II. Cujas demoras implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

**RETORNO-** Solicitações inseridas em Prioridade 3- atendimento eletivo (cor azul), em regulação pela UBS, devendo ser informado o mês de retorno e nome do médico solicitante.

## 2. DOENÇA HEMORROIDÁRIA

### Condições clínicas que indicam a necessidade encaminhamento:

- Hemorroidas internas, externas e mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (alimentação rica em fibras e água, banho de assento, tópicos, flebotômicos e analgésicos/anti-inflamatórios); ver quadro 1 e 2.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Hemorroida encarcerada

### Quadro 1- Classificação de hemorroidas internas

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

Fonte: DUNCAN *et al* (2013)

### Quadro 2 - Tratamento clínico da doença hemorroidária.

#### Tratamento não medicamentoso

- Banhos de assento: imersão em água morna utilizando bacia ou banheira durante 10 a 15 minutos, 2 a 4 vezes ao dia e após a evacuação; - aumento da ingesta hídrica (1,5 a 2 L ao dia); - aumento de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia); - evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros

<b>Tratamento medicamentoso</b>	
Sintomáticos tópicos (anestésicos, anti-inflamatórios e adstringentes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● se sintomas presumivelmente decorrentes de mamilos hemorroidários internos, preferir formulações em formato supositório (ex: Proctyl®);</li> <li>● se recursos limitados: lidocaína gel isolada 3 a 4 vezes ao dia, conforme necessidade;</li> <li>● formulações disponíveis em farmácias:               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ cinchocaína + policresuleno :Proctyl®;</li> <li>■ lidocaína + associações: Proctosan®, Hemovirtus®;</li> <li>■ lidocaína + fluocortolona: Ultraproct®;</li> <li>■ lidocaína + hidrocortisona: Xyloproct®.</li> </ul> </li> </ul>
Agentes venoativos (diosmina, hesperidina, flavonoides)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● podem melhorar tônus venoso e diminuir sintomas agudos e sua recorrência;</li> <li>● diosmina 450mg + flavonoides hesperidina 50mg 1 comprimido, por via oral, de 12 em 12 horas (durante a crise pode ser usado 1 comprimido de 6 em 6 horas).               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ formulações disponíveis em farmácias:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perivasc®, Flavonid®, Daflon®, Diosmin®, Venaflon®, Venovaz®.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Analgésicos e AINES orais	Recomenda-se os fármacos de preferência do médico assistente, de acordo com as opções disponíveis no SUS.

**Conteúdo descritivo no encaminhando deve ter:**

- 1- Sinais e sintomas (pelo menos inspeção; toque retal, se possível);
- 2- Classificação de hemorroida (interna, externa ou mista);
- 3- Tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração).

**Atenção:**

- Para pacientes que apresentam sinais e sintomas sugestivos de malignidades: sangramento crônico intestinal não decorrente de doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica e retal, dor abdominal/retal, tenesmo, emagrecimento, alteração do hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal história familiar de neoplasia colorretal. Para esses casos, sugere-se investigação com colonoscopia.

### 3. FISSURA ANAL

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- Fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (presença de fístula);
- Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico otimizado por 2 meses (Quadro 3)

#### Quadro 3

Fissura Anal Aguda e Crônica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medidas iniciais:<ul style="list-style-type: none"><li>- Banhos de assento: imersão em água morna utilizando bacia ou banheira durante 10 a 15 min, 2 a 4 vezes ao dia</li><li>- Aumento da ingesta hídrica (2 L ou mais)</li><li>- Ingesta de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia)</li><li>- Evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros;</li></ul></li></ul>
Persistência dos sintomas ou fissuras crônicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medidas iniciais<ul style="list-style-type: none"><li>- Tratamentos tópicos em pacientes com <b>hipertonia</b> anal sobre a fissura e no canal anal (manipulação do medicamento):<ul style="list-style-type: none"><li>- Bloqueadores de canal cálcio:<ul style="list-style-type: none"><li>• Nifedipina 0,2 a 0,3% com lidocaína 5%, 3 vezes ao dia por 6 a 8 semanas</li><li>• Diltiazem 2% com lidocaína 5%, 3 vezes ao dia por 6 a 8 semanas</li><li>• Doadores de óxido nítrico:<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinitrato de isossorbida 1% com lidocaína 5%, 3 vezes ao dia por 6 a 8 semanas</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>

#### Exemplo de manipulação:

Diltiazem 2%

Lidocaína 5%

Creme -----QSP 100 gramas

Aplicar no local da fissura e no canal anal de 8/8 horas por 2 meses.

#### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1- Sinais e sintomas (pelo menos inspeção; toque retal, se possível).
- 2- Presença de comorbidades orificiais (sim ou não).
- 3- Presença de alteração do hábito intestinal (sim ou não). Se sim, descreva qual alteração (diarreia ou constipação), tempo de evolução e presença de sinais e sintomas (sangue e/ou muco nas fezes).
- 4- Tratamentos já realizados para fissura anal (tratamento conservador e farmacológico com tempo de evolução).

#### 4. FÍSTULA ANAL

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:**

- Caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou confirmado de fistula anal.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1- Sinais e sintomas (pelo menos inspeção, toque retal, se possível).
- 2- Presença de comorbidades relevantes (sim ou não). Se sim descreva (Ex: doença inflamatória intestinal, radioterapia previa).
- 3- Presença de alteração do hábito intestinal (sim ou não). Se sim, descreva qual alteração (diarreia ou constipação), tempo de evolução e presença de sinais e sintomas (sangue e/ou muco nas fezes).
- 4- Anexar exames ou orientar o paciente a trazer na consulta na especialidade (Colonoscopia, tomografia computadorizada, RNM e outros que houver).
- 5- Em caso de tratamento cirúrgico prévio anal (drenagem, cirurgia orificial prévia) relatar no encaminhamento.

#### 5. DOENÇA PILONIDAL

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:**

- Doença pilonidal crônica (com secreção seropurulenta persistente ou intermitente) ou recorrente (episódios recorrentes de abscesso pilonidal);

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:**

- Abscesso perianal

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1- Sinais e sintomas (pelo menos inspeção).
- 2- Presença de comorbidades orificiais (sim ou não). Se sim, descreva qual.
- 3- Tratamento cirúrgico já realizados para doença pilonidal.

Obs.: Abscesso pilonidal (fase aguda) deve ser drenado cirurgicamente, sem necessidade de encaminhamento na maioria dos casos. O procedimento deve ser realizado com anestesia local em nível primário de tratamento. Em abscessos muito extensos (que é bem incomum), pode ser necessário o emprego de bloqueio anestésico espinhal, estando indicado o encaminhamento a serviço de urgência/ emergência.

Não há indicação de tratamento cirúrgico em pacientes com doença pilonidal assintomática ou após resolução da primeira drenagem.

## 6. CONDILOMA ACUMINADO/VERRUGA VIRAIS

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:**

- Pacientes com condilomas acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensão ou numerosas)

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:**

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

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1- Descrição da lesão (incluir localização, evolução, toque retal).
- 2- Resultados de anti-HIV, hepatites B e C, VDRL (é importante investigar outras ISTs concomitantes).
- 3- Tratamentos realizado (descrever medicamentos e duração).
- 4- Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (Sim ou não).

Pacientes com lesões condilomatosas na borda e margem anal devem ser encaminhados ao proctologista da rede para avaliação de canal anal com anoscopia.

Cauterização de pequenas lesões com ATA a 80-90% pode ser iniciada pelo clínico da UBS, no intervalo de 1 a 2 semanas (enquanto o paciente aguarda a consulta com a especialidade).

## 7. DIVERTICULOSE E DOENÇA DIVERTICULAR

- O divertículo é uma protrusão sacular da mucosa através da parede muscular do cólon, esta ocorre em áreas de fragilidade da parede intestinal onde vasos sanguíneos podem penetrar.
- O termo diverticulose significa apenas presença de divertículos.
- A maioria dos pacientes com divertículos é assintomática, o que dificulta a estimativa de sua prevalência.
- A prevalência da diverticulose colônica aumenta com a idade.
- Presença de divertículos na colonoscopia é muito comum, na maioria das vezes não é considerada uma patologia.
- Uma pequena parcela destes apresenta algum sintoma, principalmente dor abdominal e mudança no hábito intestinal, passando a apresentar a “doença diverticular”.
- A grande maioria dos pacientes com doença diverticular necessita tratamento clínico baseado principalmente na correção dos hábitos alimentares e eventualmente no uso de analgésicos. O fator mais importante na correção dos hábitos alimentares é o aumento da ingestão de fibras (legumes, verduras, frutas e grãos) na dieta.

### Diverticulite aguda

A diverticulite aguda é uma complicação da doença diverticular caracterizada por manifestações clínicas variadas na dependência da extensão do processo diverticular. É comum se apresentar com:

- dor no quadrante inferior esquerdo do abdome, dor na diverticulite pode irradiar-se para o flanco, dorso ou região supra púbica.
- febre baixa
- alterações na movimentação intestinal
- anorexia
- leucocitose moderada.

A tomografia computadorizada do abdome e pelve é o exame de imagem de escolha, uma vez que apresenta sensibilidade (93 a 97%) e especificidade (próxima de 100%) elevadas para o diagnóstico da doença diverticular dos cólons e respectivas complicações.

O tratamento da diverticulite é baseado na utilização de antibióticos por via oral nos casos mais simples e por via venosa nos casos mais complicados, necessitando internação hospitalar. A grande maioria dos casos de diverticulite responde ao tratamento clínico em torno de sete a dez dias. O tratamento cirúrgico é reservado para os casos mais graves que não melhoram com o tratamento clínico e evoluem com a formação de abscesso ou peritonite (infecção grave no abdômen), necessitando de cirurgia de emergência.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento Proctologia:**

-Doença diverticular refratária ao tratamento otimizado na APS.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:**

-Doença diverticular complicada (diverticulite).

## 8. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE COLONOSCOPIA

**#Para investigação de doenças e neoplasias (em pacientes sintomáticos):**

- Sangramento do trato gastrointestinal inferior de origem não orifical.
- Anemia ferropriva (comprovar com exames laboratoriais) sem causa definida;
- Massa abdominal em topografia colônica ou retal.
- Alteração persistente de hábito intestinal não justificada pela dieta.
- Perda ponderal, não intencional, de importância clínica (>5% do peso corporal ou 5 Kg durante 6 meses).
- Diarreia crônica (mais de 1 mês) na suspeita de doença inflamatória intestinal.

**#Para rastreamento de câncer colorretal (em pacientes assintomáticos):**

- Pacientes acima de 50 anos (rastreamento de câncer colorretal)
- História familiar de câncer de colorretal

- Familiar com diagnóstico < de 60 anos: iniciar colonoscopia a partir dos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes)
- Se DOIS familiares de primeiro grau acometidos (pais e/ou irmãos): iniciar colonoscopia a partir dos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes)

- Polipose Adenomatosa Familiar

- Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100)

Obs.: Periodicidade para a realização de colonoscopia de acordo com os pólipos colorretais

**Quadro 4 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia.**

**Atenção:** as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
<b>LESÕES ADENOMATOSAS</b>		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada*
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada*
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses	Atenção Especializada*
<b>LESÕES NÃO ADENOMATOSAS</b>		
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada*
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada*

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

\*O encaminhamento à atenção especializada visa a realização da colonoscopia em centro de referência, visto que profissionais experientes e melhores equipamentos aumentam a taxa de detecção de câncer colorretal. O encaminhamento deverá ser realizado no momento oportuno, conforme o intervalo indicado para o seguimento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Gupta *et al.* (2020) e Hassan *et al.* (2020).

## REFERÊNCIAS

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: ISBN 1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializada\\_proctologia\\_v\\_VII.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf)>. Acessado em: 20 de agosto de 2022.

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

Sociedade Brasileira de Coloproctologia *et al.* **Diverticulite**: diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação médica brasileira e Conselho Federal de Medicina. Disponível em: < [http://projetodiretrizes.org.br/8\\_volume/21-Diverticulite.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/8_volume/21-Diverticulite.pdf)>. Acessado em: 13 de setembro de 2022.

Sociedade Brasileira de Coloproctologia. **Doença diverticular**. Folhetos informativos- SBCP, 2009. Disponível em: < <https://sbcp.org.br/pdfs/publico/doencaDiverticular.pdf>>. Acessado em: 15 de setembro de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Proctologia Adulto**: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 26 jul. 2021. (RegulaSUS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.