



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO DE AÇÃO PROGRAMÁTICA NO CÂNCER COLORRETAL – PREVENÇÃO E RASTREAMENTO

Área(s): Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer (ASCCAN)

Portaria SES-DF Nº 136 de 15 de abril de 2025, publicada no DODF Nº 73 de 16/04/2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASCCAN - Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer

CCR - História familiar de Câncer Colorretal.

DF - Distrito Federal

HNPCC - Câncer Colorretal Hereditário Não-polipose

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAF - Polipose Adenomatosa Familiar

RTD - Referência Técnica Distrital

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura.....	4
1.1. Bases de dados consultadas	4
1.2. Palavra(s) chave(s)	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	4
2. Introdução.....	4
3. Justificativa.....	6
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	6
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional	7
6. Critérios de Inclusão	7
7. Critérios de Exclusão	7
8. Conduta	8
8.1. Conduta Preventiva – Rastreamento Primário	8
8.2. Conduta Preventiva – Rastreamento Secundário	8
8.3. Fluxograma.....	10
8.4. Tratamento Não Farmacológico	11
8.5. Tratamento Farmacológico	11
9. Benefícios Esperados	11
10. Monitorização	11
11. Acompanhamento Pós-tratamento	11
12. Termo de consentimento informado – TCI.....	11
13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor	12
14. Referências Bibliográficas.....	13

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

A pesquisa de dados foi realizada em setembro de 2023 nas bases de dados PUBMED, LILACS e COCHRANE.

1.2. Palavra(s) chaves(s)

Câncer colorretal; Pólipo do cólon e reto; Rastreamento; Pesquisa de sangue oculto nas fezes; Videocolonosopia.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados 18 artigos relevantes entre os períodos de 2016 a 2023, protocolos de serviços já sedimentados, bem como livros-texto e a legislação vigente sobre o assunto.

2. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal abrange tumores que podem acometer qualquer segmento do intestino grosso (desde o ceco até o reto). É tratável, e na maioria dos casos curável, ao ser diagnosticado precocemente¹. A maioria dos tumores de intestino tem início a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do cólon e reto.

Principais fatores de risco documentados:^{6,9}

- Tabagismo;
- Obesidade;
- Hábitos alimentares (alto consumo de carnes vermelhas processadas, embutidos e baixo consumo de frutas e vegetais)
- Abuso de álcool;
- Sedentarismo.

Mundialmente o Câncer colorretal é o terceiro tumor mais comum (mama e pulmão são os mais frequentes) e responde pela segunda causa de morte por câncer, perdendo apenas para o câncer de pulmão^{6,15}. No Brasil consiste na 3ª causa de câncer mais frequente^{15,17}.

Os pacientes com indicação para rastreamento do Câncer Colorretal são os considerados de alto risco e risco moderado³. Nestes, está indicada a realização de Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes anualmente, além de avaliação clínica com questionário específico sobre sintomas intestinais. Tais como: alteração do ritmo intestinal, hematoquezia, perda de peso, anemia sem causa esclarecida, tumor abdominal palpável¹⁴.

O exame de sangue oculto nas fezes é uma estratégia utilizada como um primeiro teste de triagem por ter uma alta sensibilidade e especificidade (aproximadamente 75% e 85 a 97%, respectivamente) e apresentar algumas vantagens: baixo custo, ausência de complicações e maiores índices de participação da população na realização do exame^{11,16}. No entanto, casos positivos necessitam de exames confirmatórios (colonoscopia).

A pesquisa de sangue oculto pelo método imunocromatográfico, um imunoenensaio de fluxo lateral qualitativo, utiliza anticorpos anti-hemoglobina que reagem com a amostra do paciente. Não necessita de restrição de dieta para sua execução, sendo necessária coleta de apenas 01 amostra de fezes^{11,16}.

Apresenta-se como método de escolha, para rastreamento do Câncer Colorretal e está disponível na rede SES/DF, além de ser o exame mais utilizado mundialmente, como método de rastreio para a doença. É considerado uma estratégia adequada e efetiva para rastreio.

A Organização Mundial da Saúde advoga que para se estabelecer um Programa de Rastreamento de doença é necessário que¹⁵:

- Existam recursos (humanos, equipamentos, tecnologia) suficientes para cobrir quase todo o público alvo;
- Exista retaguarda de serviços de confirmação diagnóstica e oferta de tratamento/seguimento dos resultados anormais; A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o rastreamento sistemático com pesquisa de sangue oculto nas fezes, para pessoas acima de 50 anos, nos países com condições de garantir “a confirmação diagnóstica, referência e o tratamento da doença”¹⁵. A recomendação do Sistema Único de Saúde (SUS) é que sejam priorizadas ações de diagnóstico precoce e abordagem personalizada para o grupo de alto risco, reforçando que o país apresenta diferentes realidades epidemiológicas e de redes de saúde, sendo necessários estudos para avaliar a viabilidade da introdução do rastreamento nesses diferentes contextos^{1,2,15}. Pelo último censo demográfico de 2022, o Distrito Federal (DF) tem uma população de 2.817.381 pessoas. Sendo aproximadamente 696.262 pessoas com idade acima de 50 anos⁷. A maioria da população nesta faixa etária se encontra entre 50 e 75 anos (um pouco mais de 604.123 pessoas), população essa considerada de risco para o Câncer Colorretal. Reforça-se a necessidade de melhorar e garantir o acesso da população aos exames confirmatórios do diagnóstico – Videocolonoscopia – após estabelecimento do Programa de Ação na Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal; sendo assim conseguir-se-á que os resultados pretendidos – Prevenção e Diagnóstico precoce do Câncer Colorretal – sejam alcançados. Outro ponto importante é o conhecimento do fluxo para o tratamento dos pacientes que por ventura, sejam diagnosticados com Câncer Colorretal, durante o rastreamento da doença, sendo necessária uma melhor interface entre o atendimento primário

e secundário para encaminhamento dos pacientes, nesse contexto. Com essas ações espera-se uma maior conscientização da população, promoção da educação em saúde, diminuição na incidência de casos de Câncer Colorretal, diagnóstico precoce dos pacientes e conseqüentemente diminuição na morbimortalidade da doença.

3. JUSTIFICATIVA

A presente ação se justifica pela alta incidência do Câncer Colorretal na população brasileira e especificamente aqui no DF. A estimativa de casos de Câncer colorretal no Brasil, divulgado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para cada ano do triênio 2023-2025 é de 45.630 novos casos, sendo 21.970 homens e 23.660 mulheres. Em termos de mortalidade no Brasil, em 2020, ocorreram 20.245 óbitos por câncer de cólon e de reto (9,56 por 100mil)⁶.

Ainda segundo o INCA, a estimativa para o DF em 2023, sugere uma incidência de 21,47/100.000 habitantes do sexo masculino com cerca de 330 novos casos e de 23,15/100.000 habitantes do sexo feminino com aproximadamente 380 novos casos de câncer nesse período⁶.

Considerando a alta incidência do câncer colorretal, uma longa fase pré-clínica, lesões precursoras tratáveis, alto custo de tratamento e a correlação de mortalidade com estágio do diagnóstico, o Câncer Colorretal se caracteriza como uma excelente opção para programas de rastreamento primário e secundário, impactando não apenas a mortalidade mas também a incidência da doença.

Sendo assim faz-se necessárias ações para estabelecer e fortalecer medidas que visem abranger os objetivos descritos acima, principalmente junto aos Médicos da Atenção Primária. Com essas ações espera-se uma maior conscientização da população, promoção e educação em saúde, diminuição na incidência de casos de Câncer Colorretal, diagnóstico precoce dos pacientes e conseqüentemente diminuição na morbimortalidade da doença.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

K63.5 - Pólipo de cólon

C18 - Neoplasia maligna do cólon;

C19 - Neoplasia maligna da junção retossigmoidiana;

C20 - Neoplasia maligna do reto;

D12 - Neoplasia benigna do cólon e reto;

Z12.1 - Exame especial de rastreamento de neoplasia do trato intestinal

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

A população considerada de BAIXO RISCO, para o Câncer Colorretal, consiste naquela com idade inferior a 50 anos, assintomática, onde o rastreio da doença não está indicado em âmbito populacional^{3,4,5}.

- A população considerada de RISCO MODERADO, para o Câncer Colorretal, são as pessoas:^{3,4,5}
 - COM idade entre 50 – 75 anos;
 - SEM história pessoal de adenoma ou Câncer Colorretal;
 - SEM de história de Doença Intestinal Inflamatória;
 - SEM história familiar de Câncer Colorretal;
 - SEM história familiar de adenomas avançados confirmados por histopatologia (displasia de alto grau, adenoma viloso ou túbulo-viloso $\geq 1\text{cm}$).
- A população considerada de ALTO RISCO para o Câncer Colorretal, são aqueles pacientes que apresentam:^{3,4,5}
 - Histórico familiar de Câncer Colorretal (Anexo 1);
 - Pacientes portadores de Doença Intestinal Inflamatória (Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn) há mais de 10 anos;
 - Pacientes que tenham sido submetidos a Irradiação pélvica (normalmente utilizada para tratamento de outros cânceres).

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as especialidades médicas que atendam adultos, com idades entre 50 e 75 anos, na rede SES/DF, podem solicitar exames de rastreamento

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes para:
 - pessoas ASSINTOMÁTICAS, DE AMBOS OS SEXOS, sem histórico pessoal ou familiar de adenoma (lesões pré-malignas) ou câncer colorretal esporádico ou hereditário;
 - pessoas portadoras de História familiar de CCR (Anexo 1);
 - pessoas portadoras de Polipose Adenomatosa Familiar (Anexo 2).

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas assintomáticas que não estejam dentro dos grupo considerados de risco MODERADO e ALTO, para o Câncer Colorretal.

8. CONDUTA

8.1. Conduta Preventiva – Rastreamento Primário

- Realização de palestras educativas para a população e/ou profissionais de saúde da Atenção Primária, com informações sobre os fatores de risco para o Câncer Colorretal e como preveni-los;
- Orientação à população com relação a hábitos alimentares e mudanças de estilo de vida que favoreçam à saúde e evitem o câncer;
- Matriciamento dos Protocolos em Coloproctologia.

Todo gerenciamento da educação continuada será realizada pelo Referência Técnica Distrital (RTD) em Ação Programática para câncer do Aparelho Digestivo- coloproctologia, sob a supervisão da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer (ASCCAN).

8.2. Conduta Preventiva – Rastreamento Secundário

Na Atenção Primária à Saúde, o paciente será avaliado clinicamente, através da anamnese e em preenchendo os critérios de inclusão, será solicitado o exame para rastreamento do Câncer Colorretal (Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes).

Se o resultado do exame for NEGATIVO, o paciente deverá repetir o exame anualmente. Diante de resultado POSITIVO, ainda na Atenção Primária à Saúde, será solicitado exame confirmatório – VIDEOCOLONOSCOPIA, através do SISREG III, Regulação de Exames Eletivos Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia flexível na rede SES/DF (Portaria SES/DF nº 1045 de 20.12.2019, publicado no DODF nº 247 de 30.12.2019 .

A videocolonoscopia é um exame solicitado via SISREG III, de acordo com:

- SIGTAP COLONOSCOPIA – 02.09.01.002-9
- COLONOSCOPIA CÓDIGO SISREG III - 1700012

Este exame será realizado na Atenção Secundária à Saúde (nível ambulatorial), após regulação e autorização, seguindo fluxograma (ANEXO 3).

Com o resultado em mãos, o paciente retornará ao médico da Atenção Primária e poderá seguir 3 percursos:

- VIDEOCOLONOSCOPIA NORMAL – o paciente permanecerá em acompanhamento na Atenção Primária, com solicitação de exame de rastreamento (pesquisa de sangue oculto nas fezes) após 5 anos;
- VIDEOCOLONOSCOPIA COM DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS SUBMETIDOS A POLIPECTOMIAS – o paciente permanecerá em acompanhamento na Atenção Primária e deverá repetir o exame de VIDEOCOLONOSCOPIA, de acordo com o resultado do histopatológico dos pólipos, segundo o

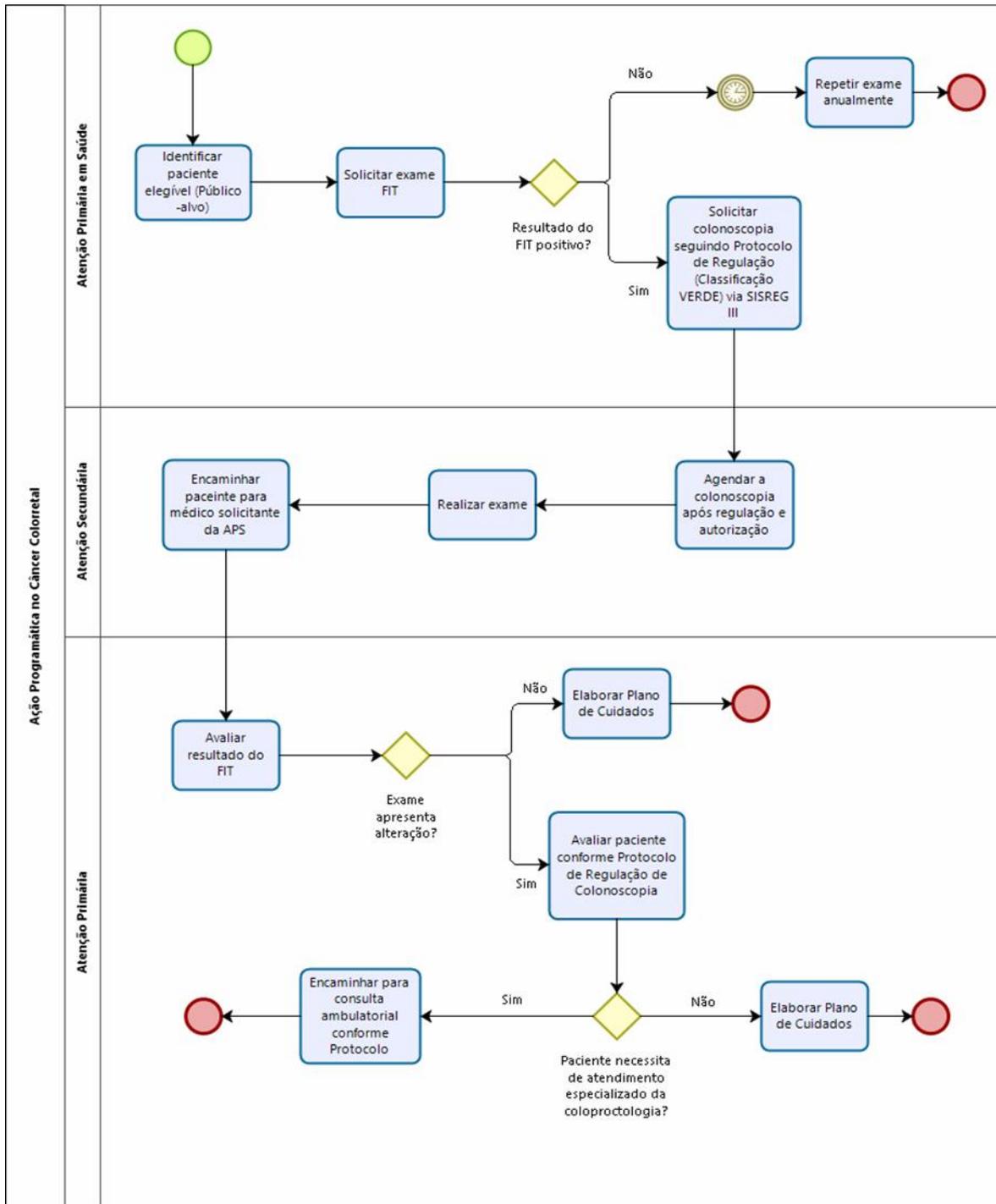
ANEXO 2 do protocolo de Regulação de Exames Eletivos Endoscopia Digestiva Baixa –
Colonoscopia e Retossigmoidoscopia flexível – na redeSES/DF:

Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia⁹	
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	
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos) (Sugerido acompanhamento em serviço especializado)
a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	1 a 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: Adaptado: 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)

- VIDEOCOLONOSCOPIA COM DIAGNÓSTICO DE TUMOR COLORRETAL - o paciente retornará ao médico da Atenção Primária com o laudo do exame e após a confirmação diagnóstica pelo histopatológico, deverá ser regulado para consulta ambulatorial em Coloproctologia/Proctologia na rede SES/DF, segundo protocolo publicado (Portaria SES/DF nº 1045 de 20/12/2019, publicado no DODF nº 247 de 30/12/2019), classificado como prioridade VERMELHA. A literatura sugere a descontinuação do rastreamento periódico para o Câncer Colorretal nos pacientes acima de 75 anos que tenham sido submetidos a exames de avaliação colônica previamente. Para pacientes entre 76 e 85 anos, recomenda-se contra o rastreamento de rotina, nestes casos a solicitação de exame para rastreamento deve ser individualizada. Existe de substancial a moderada evidência de que o benefício é pequeno (grau de recomendação C)^{4,5}. Pacientes com 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)^{4,5}.

8.3. Fluxograma



Powered by
bizagi
Modeler

PS: NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, O ENFERMEIRO DA UNIDADE HABILITADO PODE IDENTIFICAR O PACIENTE ELEGÍVEL AO RASTREAMENTO E SOLICITA OS EXAMES INICIAIS.

8.4. Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.5. 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

- Promover o rastreamento primário e secundário do Câncer Colorretal;
- 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 na prevenção do câncer colorretal.

10. MONITORIZAÇÃO

A monitorização da aplicação do Protocolo da Ação Programática no Câncer Colorretal - Rastreamento e Prevenção será realizada pela ASCCAN periodicamente para avaliação de resultados e ajustes necessários.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Não se aplica.

12. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

Não se aplica.

13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

O controle será realizado pela ASCCAN, em conjunto com a Referência Técnica Distrital de proctologia.

Como ferramentas administrativas serão utilizadas no acompanhamento do Protocolo:

13.1 Indicador de Educação Permanente

Indicador	Profissionais capacitados no rastreio de câncer colorretal
Limitações	Avaliar a adesão de todos os profissionais ao protocolo
Fonte	Lista de presença no treinamento
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de profissionais capacitados} \times 100}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}}$
Periodicidade de monitoramento	Semestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Treinar no mínimo 20% dos profissionais a cada trimestre.

13.2 Indicadores de Resultado

Indicador	Nº de biópsia confirmando neoplasia
Conceituação	Encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado
Limitações	Teste altamente dependente da experiência do operador
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de pessoas com pólipos detectados} \times 100}{\text{nº de pessoas que realizaram colonoscopia}}$
Periodicidade de monitoramento	Semestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	42%
Descrição da Meta	Aumentar para 50% o número de pessoas diagnosticadas com pólipos, com consequente aumento do diagnóstico precoce de neoplasia malignas
<small>Barua I etc. Artificial intelligence for polyp detection during colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. Endoscopy. 2021;53(3):277-284</small>	

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, n. 29 - Rastreamento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília. 2010.
2. 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.
3. COLORECTAL CANCER SCREENING, VERSION 1.2018. FEATURED UPDATE TO THE NCCN GUIDELINES. J NATL COMPR CANC NETW 2018; 16(8): 939-949.
4. COLORECTAL CANCER SCREENING FOR AVERAGE-RISK ADULTS: 2018 GUIDELINE UPDATE FROM THE AMERICAN CANCER SOCIETY. CA CANC J CLIN 2018;68:250-281.
5. COLORECTAL CANCER SCREENING: RECOMMENDATIONS FOR PHYSICIANS AND PATIENTS FROM THE US MULTI SOCIETY TASK FORCE ON COLORECTAL CANCER. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2017; 86(Nº1): 18-33.
6. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer. -Rio de Janeiro: INCA, 2022.
7. IBGE– INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- PANORAMA POPULACIONAL DO DISTRITO FEDERAL. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em 27.Out.2023.
8. Gini A, Jansen EEL, Zielonke N, Meester RGS, Senore C, Anttila A, Segnan N, Mlakar DN, de Koning HJ.
9. AHNEN; MACRAE, 2015, Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016).
10. Kohler LN, Garcia DO, Harris RB, Oren E, Roe DJ, Jacobs ET. Adherence to Diet and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines and Cancer Outcomes: A Systematic Review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016 Jul;25(7):1018-28. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0121. Epub 2016 Jun 23. PMID: 27340121; PMCID: PMC4940193.
11. Mosquera I, Todd A, Balaj M, Zhang L, Benitez Majano S, Mensah K, Eikemo TA, Basu P, Carvalho AL. Components and effectiveness of patient navigation programmes to increase participation to breast, cervical and colorectal cancer screening: A systematic review. Cancer Med. 2023 Jul;12(13):14584-14611. doi:10.1002/cam4.6050. Epub 2023 May 28. PMID: 37245225; PMCID: PMC10358261.
12. Mutneja H, Agrawal R, Bhurwal A, Arora S, Go A, & Attar B. (2021). Comparative Effectiveness of fecal immunochemical test versus flexible sigmoidoscopy for colorectal cancer screening: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J. Gastrointestinal Liver Dis, June 2021 Vol.30 No2:267-273.
13. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.
14. Ramos MC, Passone JAL, Lopes ACF, Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro Júnior U, de Soárez PC. Economic evaluations of colorectal cancer screening: A systematic review and quality assessment. Clinics (Sao Paulo). 2023 Apr 24;78:100203. doi:10.1016/j.clinsp.2023.100203. PMID: 37099816; PMCID: PMC10182269.

15. Rock, C.L., Thomson, C., Gansler, T., Gapstur, S.M., McCullough, M.L., Patel, A.V., Andrews, K.S., Bandera, E.V., Spees, C.K., Robien, K., Hartman, S., Sullivan, K., Grant, B.L., Hamilton, K.K., Kushi, L.H., Caan, B.J., Kibbe, D., Black, J.D., Wiedt, T.L., McMahon, C., Sloan, K. and Doyle, C. (2020), American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA A Cancer J Clin*, 70: 245-271. <https://doi.org/10.3322/caac.21591>
16. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
17. Świtalski J, Tatara T, Wnuk K, Miazga W, Karauda D, Matera A, Jabłońska M, Jopek S, Religioni U, Gujski M. Clinical Effectiveness of Faecal Immunochemical Test in the Early Detection of Colorectal Cancer-An Umbrella Review. *Cancers (Basel)*. 2022 Sep 9;14(18):4391. doi: 10.3390/cancers14184391. PMID: 36139551; PMCID: PMC9496929.
18. Zhao J, Xu L, Sun J, et al. Global trends in incidence, death, burden and risk factors of early-onset cancer from 1990 to 2019. *BMJ Oncology* 2023;2:e000049. doi:10.1136/bmjonc-2023-000049.

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 (adenocarcinomacolorretal, 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

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e suas variantes (Polipose adenomatosa atenuada, a Síndrome de Gardner e a Síndrome de Turcot) tem transmissão genética autossômica dominante, através da mutação do gene APC no cromossomo 5q.

Apresenta fenótipo de mais de 100 pólipos adenomatosos no cólon e reto, predominando no cólon esquerdo. Múltiplos pólipos são encontrados em média aos 16 anos e o Câncer Colorretal (CCR) por volta de 40 anos:

A Polipose adenomatosa atenuada é uma variante da PAF com evolução mais branda, caracterizada por um número mais reduzido de pólipos com localização preferencialmente à direita no cólon e idade de início mais tardia.

Os pacientes portadores de PAF podem apresentar dor abdominal, diarreia, história de sangramento digestivo, no entanto a maior parte destes pacientes permanecem assintomáticos até surgirem os sintomas do Câncer Colorretal.

ANEXO 3

A Coloproctologia é uma especialidade médica de alta demanda no âmbito da SES/DF, entretanto há déficit de profissionais (considerando-se a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, Ministério da Saúde) e, como consequência, apresenta grandes filas de espera por atendimento.

Atualmente dispõe de atendimento ambulatorial em Coloproctologias seguintes hospitais da rede:

- Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF);
- Hospital Regional da Asa Norte (HRAN);
- Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB);
- Hospital Regional de Sobradinho (HRS);
- Hospital Regional de Taguatinga (HRT);
- Hospital Regional de Ceilândia (HRC);
- Hospital Regional do Gama (HRG).

Considerando-se as regiões de saúde determinadas de acordo com a territorialidade 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, ParkWay, 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 Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião; - Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria;
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia, Brazlândia, Sol Nascente/Pôr do Sol
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia e Arniqueira.