



Protocolo de Atenção à Saúde

Ação Programática no Câncer Colorretal – Prevenção e Rastreamento

Área(s): Câmara Técnica de Coloproctologia; Referência Técnica Distrital da Ação Programática para Câncer do Aparelho Digestivo – Coloproctologia da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer

Portaria SES-DF Nº 1123 de 05.11.2021, publicada no DODF Nº 215 de 18.11.2021.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa de dados foi realizada em julho de 2019 nas bases de dados PUBMED, LILACS e COCHRANE, bem como em livros-texto, legislação vigente sobre o assunto e protocolos de serviços já sedimentados, como da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, American Society of Colon and Rectal Surgeons, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva e observando os critérios da metodologia científica..

1.2 Palavra(s) chaves(s)

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

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram pesquisados artigos relevantes entre os períodos de 2014 a 2019, cerca de 25 artigos, considerados os 13 mais relevantes no Rastreamento do Câncer colorretal, 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. Grande parte dessas lesões se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do cólon e reto.

No Brasil consiste na 3ª causa de câncer mais frequente. Nos EUA trata-se da 4ª causa mais frequente de câncer e 2ª causa de morte por câncer.^{2 3 4}

Tem como principais fatores de risco documentados.³

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

Pela última estimativa do IBGE (2018), o Distrito Federal (DF) tem população de 2.974,703 pessoas⁵. Segundo o último censo de 2010 – no DF, são aproximadamente 416.300 pessoas com idade acima de 50 anos⁵. A maioria da população nessa faixa etária se encontra entre 50 e 75 anos (um pouco mais de 372.408 pessoas), população esta considerada de risco para o Câncer Colorretal.⁵

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 INCA para cada ano do biênio 2018-2019 é de 36.360 novos casos, sendo 17.380 homens e 18.980 mulheres.¹ Prevê também 16.697 mortes por CCR sendo 8.163 homens e 8.533 mulheres.¹

Ainda segundo o INCA, a estimativa para o DF em 2018, sugere uma incidência de 27,74/100.000 habitantes do sexo masculino com cerca de 300 novos casos e de 23,57/100.000 habitantes do sexo feminino com aproximadamente 370 novos casos de câncer nesse período¹.

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.

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

- 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 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.”

A recomendação do Sistema Único de Saúde é que sejam priorizadas ações de diagnóstico precoce e abordagem personalizada para o grupo de alto risco^{7 8}. 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.

Reforça-se a necessidade de melhorar e garantir o acesso da população aos exames confirmatórios do diagnóstico – Videocolonoscopia – após estabelecimento de 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 bem como uma melhor interface entre o atendimento primário e secundário para encaminhamento dos pacientes que por ventura sejam diagnosticados com Câncer Colorretal.

Com essas ações espera-se a conscientização da população e a educação em saúde; redução do número de casos de Câncer Colorretal; diagnóstico precoce dos pacientes com diminuição na morbi-mortalidade 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 Coloproctologia é uma especialidade médica de alta demanda no âmbito da SESDF, 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 dispõem de atendimento ambulatorial em Coloproctologia os 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 territorialização do DF e definidas de acordo com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, a saber:

- Região de Saúde Central: Asa Sul, Vila Telebrasilândia, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal.
- Região de Saúde Centro-Sul: Guarã, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA).
- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria;
- Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral;
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia;
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia.

Observa-se vazio assistencial em Coloproctologia nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Leste, ambas regiões atualmente são referendadas ao Instituto Hospital de Base.

6- Critérios de Inclusão

Todas as especialidades médicas que atendam jovens e adultos (até 75 anos) podem solicitar exames de rastreamento (Pesquisa de sangue oculto nas fezes) e confirmatórios, colonoscopias eletivas ou retossigmoidoscopias flexíveis, para

pacientes (a partir de 15 anos completos até 75 anos), na rede SES-DF. Com relação a Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes pelo método FIT, como método de rastreamento do Câncer Colorretal são critérios de inclusão:

-pessoas ASSINTOMÁTICAS, com idade entre 50 e 75 anos, de ambos os sexos, sem histórico pessoal ou familiar de adenoma (lesões pré-malignas) ou câncer colorretal esporádico ou hereditário.^{2 3}

7- Critérios de Exclusão

A realização do teste de Pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método FIT não apresenta contra-indicações absolutas, nem restrições alimentares, nem interação com medicamentos pois detecta pequenas quantidades de sangue utilizando anticorpos específicos para a hemoglobina humana, em amostras simples de fezes.

Contra-indicações relativas: pessoas assintomáticas que não estejam dentro da faixa etária do grupo de risco para o Câncer Colorretal.

8- Conduta

Participam ativamente no atendimento aos pacientes, com o objetivo de Rastrear e prevenir o Câncer colorretal, à Atenção Primária e Secundária de saúde. Na atenção primária o paciente será avaliado clinicamente (Anamnese) e se preencher os critérios de inclusão será solicitado o exame para rastreamento do Câncer Colorretal (Sangue oculto pelo método FIT). Além disso o paciente receberá informações sobre hábitos e estilo de vida que favoreçam a prevenção da doença. Diante de resultado positivo (Sangue oculto FIT), ainda na Atenção Primária a Saúde, será solicitado exame confirmatório – VIDEOSCOLONOSCOPIA, via Regulação, segundo protocolo de solicitação de Videocolonosopia vigente na SES – DF.

Este exame será realizado na Atenção Secundária de Saúde (nível ambulatorial) após regulação e autorização. A partir daí o paciente, no qual o exame tenha se mostrado normal permanecerá em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, com solicitação de exame Sangue oculto – FIT anual; pacientes que tenham sido diagnosticados com lesões pré-malignas em topografia colorretal (pólipos colônicos) também permanecem em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde – segundo critérios definidos no protocolo de Regulação de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia; pacientes que tenham diagnóstico de câncer colorretal (confirmado por histopatológico) necessitam de atendimento especializado em Coloproctologia, portanto, serão encaminhados, via Regulação, segundo protocolo, para consulta ambulatorial na especialidade com classificação de prioridade ZERO (VERMELHO).

8.1 Conduta Preventiva

O plano de ação constitui-se de:

- Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal –
 - Realização de palestras educativas para a população e/ou profissionais de saúde da Atenção Primária com informações sobre fatores de risco e mudanças no estilo de vida que favoreçam a prevenção da doença;^{6 7 8}
 - Matriciamento dos protocolos em Coloproctologia;
 - Realização de exame para Rastreamento do Câncer Colorretal em pacientes ASSINTOMÁTICOS com idade entre 50 e 75 anos (Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes pelo método imunoquímico - FIT) anualmente; Este exame será solicitado pelo médico de família, da Unidade Básica de Saúde, como avaliação de rotina para os pacientes indicados e em vigência de resultados positivos, o paciente será encaminhado para a realização de exame de confirmação de suspeita diagnóstica, a Videocolonoscopia, através de solicitação de exame via SISREG III (segundo o protocolo de Colonoscopia).

A população 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.^{9 10 11}

Os principais guidelines mundiais classificam como população de **RISCO MODERADO** para o Câncer Colorretal:^{2 3 4}

- Pessoas com idade entre 50 – 75 anos;
- Ausência de história pessoal de adenoma ou Câncer Colorretal;
- Ausência de história de Doença Intestinal Inflamatória;
- História familiar negativa para Câncer Colorretal
- História familiar negativa para adenomas avançados confirmados por histopatologia (displasia de alto grau, adenoma viloso ou túbulo-viloso \geq 1cm).

População de **ALTO RISCO** para o Câncer Colorretal:^{2 3 4}

- historico familiar de Câncer Colorretal (Anexo I) ;
- 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);
- Pacientes portadores de Síndromes hereditárias (POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL E SUAS VARIAÇÕES , HNPCC). (Anexo II).

Nos pacientes classificados como ALTO RISCO para Câncer Colorretal está indicada a realização de videocolonosopia, como exame de avaliação⁴ e seguimento de acordo com histórico clínico e achados do exame (protocolo de videocolonosopia).

Os pacientes com indicação para rastreamento do Câncer Colorretal são os considerados de **RISCO MODERADO**³. Nestes, está indicada a realização de Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes anualmente (Método Imunoquímico – FIT ^{3 4}, além de avaliação clínica com questionário específico sobre sintomas intestinais. Sintomas e sinais sugestivos de Neoplasia Colorretal serão reforçados junto a equipe de Médicos de Família e Comunidade (ALTERAÇÃO DO RITMO INTESTINAL, HEMATOQUEZIA, PERDA DE PESO, ANEMIA SEM CAUSA ESCLARECIDA, TUMOR ABDOMINAL PALPÁVEL)¹³ com o objetivo de detectar precocemente a doença.

O exame de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico (FIT), é uma estratégia utilizada como um primeiro teste de triagem por ter uma alta sensibilidade e especificidade (aproximadamente 85%) e apresentar algumas vantagens: baixo custo e ausência de complicações, no entanto casos positivos necessitam de exames confirmatórios (colonoscopia)^{3 12}.

O FIT (Teste Fecal Imunoquímico) – detecta globina humana dentro da hemoglobina nas fezes – não há restrição de dieta , sendo necessário apenas 01 amostra. Apresenta-se como uma opção melhor para rastreamento, tanto pela facilidade de coleta, necessário apenas uma amostra, bem como por apresentar uma maior especificidade.⁴

A videocolonosopia reduz em 77% o risco de câncer de cólon esquerdo e em 56% o risco do câncer de cólon direito. É considerado o exame padrão ouro para avaliação do cólon e reto. Tem sua indicação estabelecida, no rastreamento , para confirmar possíveis alterações sugeridas pelo exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes.^{3 4}

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

SIGTAP COLONOSCOPIA – 02.09.01.002-9

COLONOSCOPIA CÓDIGO SISREG III – 1700012

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).

Já paciente de 85 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).

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

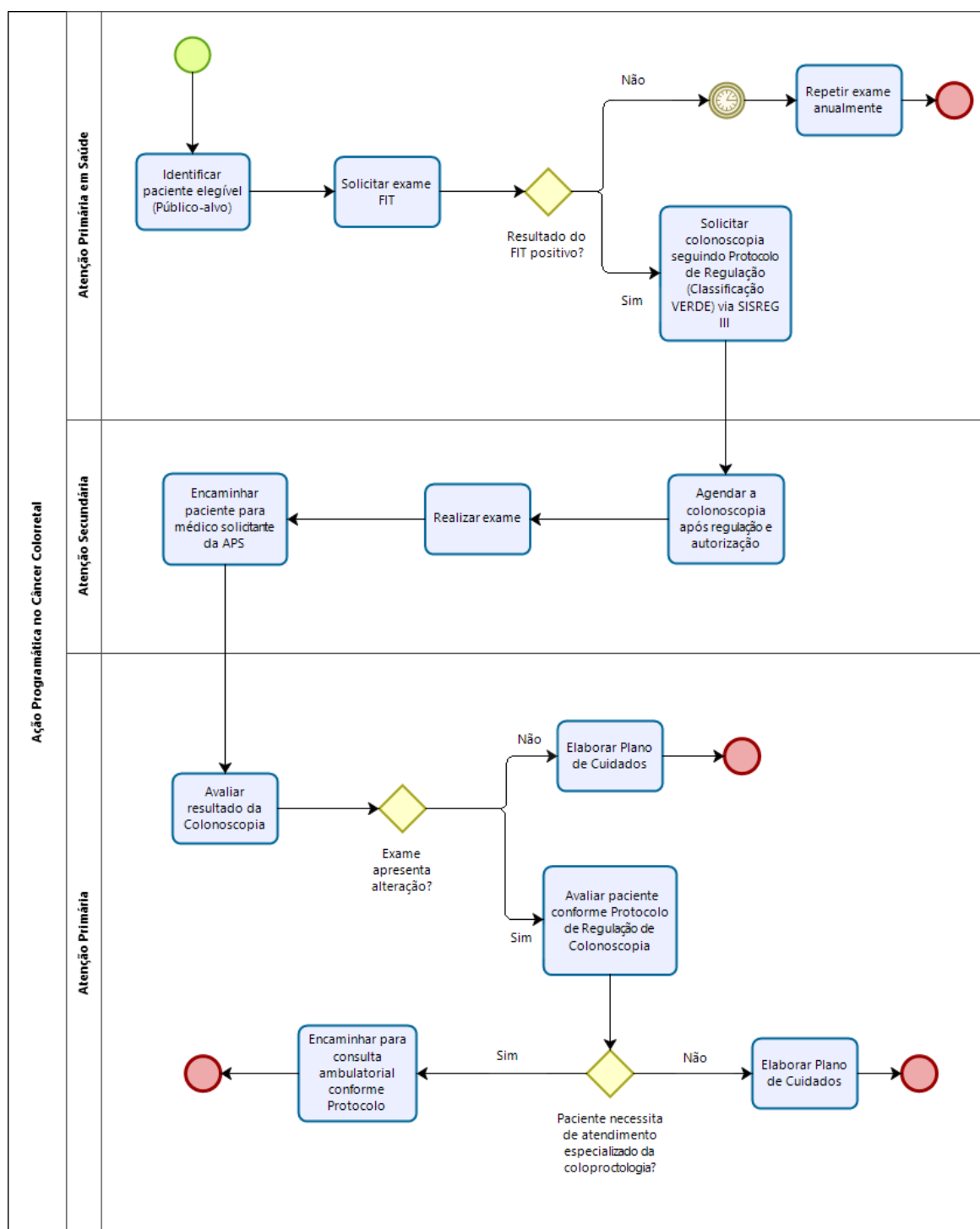
8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

- Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência na prevenção do câncer colorretal;
- Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada baseada na classificação de prioridades;
- Produzir dados para subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

Fluxograma 1 – Ação Programática no Câncer Colorretal



Powered by
bizagi
Modeler

10- Monitorização

A monitorização da realização do Protocolo de Rastreamento do Câncer Colorretal se dará pela avaliação, trimestral, do quantitativo de exames de Pesquisa de sangue oculto nas

fezes pelo método FIT solicitados na rede; seus resultados e conseqüentemente a demanda de colonoscopia gerada; monitorização, também trimestral, da incidência do câncer colorretal, na população geral do DF, diagnosticado e tratado na rede.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O controle e avaliação serão realizados pelo Gestor em conjunto com a ASCCAN e a Referência Técnica Distrital, através de relatórios mensais da regulação verificando assim a funcionalidade do Protocolo (quantidade de exames solicitados, resultados, demanda de colonoscopia, incidência de câncer colorretal na população geral).

14- Referências Bibliográficas

01. CÂNCER DE INTESTINO. Disponível em www.inca.gov.br. Acesso em 16 jan. 2019.

INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL. ESTIMATIVA 2018. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
02. COLORECTAL CANCER SCREENING, VERSION 1.2018. FEATURED UPDATES TO THE NCCN GUIDELINES. J NATL COMPR CANC NETW 2018; 16(8): 939-949.
03. COLORECTAL CANCER SCREENING FOR AVERAGE-RISK ADULTS: 2018 GUIDELINE UPDATE FROM THE AMERICAN CANCER SOCIETY. CA CANCER J CLIN 2018;68:250-281.
04. COLORECTAL CANCER SCREENING: RECOMENDATIONS FOR PHYSICIANS AND PATIENTS FROM THE US MULTI SOCIETY TASK FORCE ON COLORECTAL CANCER. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2017; 86(Nº1):18-33.
05. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - PANORAMA POPULACIONAL DO DISTRITO FEDERAL.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>. Acesso em 22 abr. 2019.
06. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BASICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Volume VII Proctologia. Ministério da Saúde / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016

07. CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, n. 29 - Rastreamento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília 2010.
08. 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.
09. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>
10. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>
11. 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>>
12. 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>>
13. 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>>

ANEXO I

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 pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos;
- câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade;

Solicitar **colonoscopia aos 50 anos**, se:

- câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados que ocorrerem em familiar de primeiro grau com idade maior que 60 anos;

Suspeita de HNPCC - **Critérios de Amsterdam II** (presença de todos os critérios):

- três ou mais familiares com neoplasias associadas ao HNPCC (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células uroepiteliais);
- um dos familiares deve ser de primeiro grau;
- dois ou mais gerações sucessivas acometidas;
- um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos;
- exclusão de polipose adenomatosa familiar.

ANEXO II

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.