



Protocolo singularizado para o Município de ITU

GASTROENTEROLOGIA

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de Gestão
de Promoção da Saúde

2023



Secretaria Municipal
de Saúde



Guilherme Gazzola
Prefeito Municipal

Janaina Guerino de Camargo
Secretária Municipal de Saúde

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi
Gestora médica

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas

Erica J. de Castro Tuani
Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
FLUXO DE ATENDIMENTO	7
Priorização	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA.....	8
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta.....	8
1. Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas.....	8
2. Alterações em exame de imagem hepática	10
3. Esteatose hepática.....	11
4. Hepatite B.....	12
5. Hepatite C.....	13
6. Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta (EDA).....	13
7. Alteração de Endoscopia Digestiva Alta.....	15
9. Doença do Refluxo Gastroesofágico.....	17
10. Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior	17
11. Alteração de Hábito Intestinal.....	20
12. Dor abdominal.....	21
Referências.....	22

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que 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.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar 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.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. 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.

A oferta deste protocolo objetiva aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

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 de 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 suspeita de neoplasia hepática ou do trato gastrointestinal, suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal, cirrose não compensada (CHILD B ou C) ou pacientes com hepatite b crônica que necessitam iniciar medicamento imunossupressor ou quimioterapia devem ter preferência no encaminhamento ao gastroenterologista quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência (insuficiência hepática aguda, abdômen agudo, hematêmese, hematoquezia/melena aguda) são contempladas nesses protocolos e não devem esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo.

Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a 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.

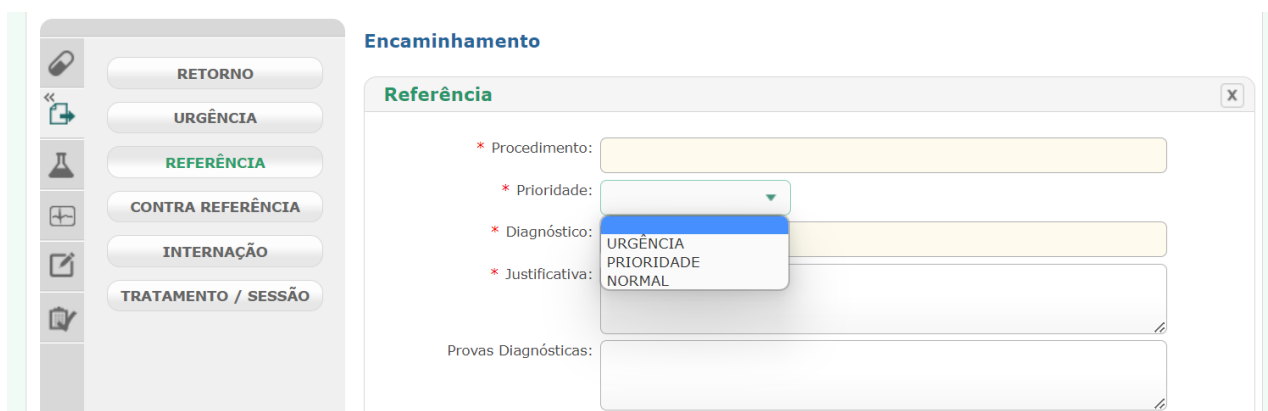
FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.



The screenshot displays the 'Encaminhamento' (Referral) interface in the Siss online system. On the left, a sidebar contains navigation buttons: RETORNO, URGÊNCIA, REFERÊNCIA (highlighted in green), CONTRA REFERÊNCIA, INTERNAÇÃO, and TRATAMENTO / SESSÃO. The main area shows the 'Referência' form with the following fields:

- * Procedimento: [Text input field]
- * Prioridade: [Dropdown menu with options: URGÊNCIA, PRIORIDADE, NORMAL]
- * Diagnóstico: [Text input field]
- * Justificativa: [Text area]
- Provas Diagnósticas: [Text area]

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas
- Alterações em exame de imagem hepática
- Esteatose hepática
- Hepatite B
- Hepatite C
- Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta (EDA)
- Alteração de Endoscopia Digestiva Alta
- Dispepsia
- Doença do Refluxo Gastroesofágico
- Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior
- Alteração de Hábito Intestinal
- Dor abdominal

Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

1. Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática com sinais de descompensação – ascite com início ou piora recente, encefalopatia hepática de início ou piora recente, sangramento digestivo (hematêmese, melena, hematoquezia), icterícia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática (ver quadro 1 no anexo); ou
- Elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS (ver quadro 2 no anexo), de:
 - aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade);
 - fosfatase alcalina ($\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática;
 - aminotransferases (< 2 vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina ($< 1,5$ vezes o limite superior de normalidade) que persistem elevadas por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, hemograma, plaquetas, anti-HCV e HBsAg;
- Resultado de exame de imagem abdominal, com data (se realizado);
- Comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
- Medicamentos em uso (com dose e posologia);

Quadro 1 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Manifestações clínicas	aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia			
Achados laboratoriais	Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia			
Achados ecográficos	fígado com bordos rombóides, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.			
Escore Child-Pugh para classificação de cirrose		1 ponto	2 pontos	3 pontos
	Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0-3,0 mg/dL	>3,0 mg/dL
	Albumina sérica	>3,5 g/dL	2,8-3,5 g/dL	<2,8 g/dL
	Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
	Encefalopatia	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
	Tempo de protrombina (acima do controle) ou INR	< 4 segundos ou <1,7	4-6 segundos ou 1,7-2,3	> 6 segundos ou >2,3
	Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: UPTODATE (2016); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015)

Quadro 2 – Investigação inicial para aumento de TGO, TGP, GGT e/ou Fosfatase Alcalina.

Recomenda-se sempre repetir os exames de TGO, TGP e fosfatase alcalina alterados para confirmar se alteração é persistente.

Exame	Causas principais	Achados / Investigação (exames a serem solicitados)
TGO/AST e TGP/ALT	Consumo de álcool	História de abuso de álcool / Relação AST/ALT > 2
	Hepatites virais	Exames: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV
	DHGNA (NASH)	Obesidade, diabetes, dislipidemia, HAS Exames: ecografia abdominal, glicose, perfil lipídico, ferritina
	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível
	Hemocromatose	Exames: saturação de transferrina, ferritina
Fosfatase alcalina	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível
	Obstrução biliar extra-hepática - Litíase - Neoplásica	Sintomas como dor abdominal, emagrecimento, prurido. Exames: ecografia abdominal.
	Doenças colestáticas (Cirrose Biliar Primária, Colangite Esclerosante)	Sintomas como prurido, fadiga. Avaliação complementar com: Anti-mitocôndria, FAN.

Fonte: TELESSAÚDE-UFRRGS (2016).

Obs: Gama-GT isoladamente elevada (com aminotransferases e fosfatase alcalina normais) não indica doença hepática.

2. Alterações em exame de imagem hepática

Paciente com hepatopatia conhecida (como cirrose, hepatite crônica, doença hepática gordurosa não alcoólica, entre outras) ou com sintomas sugestivos de neoplasia que apresentam lesão hepática indeterminada devem ser avaliados inicialmente em serviço especializado para confirmar diagnóstico. Pacientes de baixo risco, sem sintomas que sugiram neoplasia e com lesões provavelmente benignas (como cistos simples, hemangiomas típicos¹ e lesões sólidas indeterminadas pequenas) podem fazer investigação e acompanhamento inicial na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética Nuclear com contraste), quando disponível na APS:

- Lesão hepática sólida indeterminada ≥ 1 cm em pessoa sem hepatopatia conhecida; ou
- Hemangioma com características atípicas* determinada por ecografia em pessoa sem hepatopatia.

*Considera-se um hemangioma típico quando estiver presente as seguintes características ecográficas: lesão homogênea, hiperecótica, bem delimitada, com reforço acústico posterior e menor de 3 cm.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida; ou
- Lesão hepática com indicação de TC ou RMN na impossibilidade de solicitar o exame na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia ou cirurgia digestiva:

- Suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão;
- Lesão hepática compatível com hepatocarcinoma identificada por exame de imagem; ou
- Lesão hepática descrita como cisto complexo; ou
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- Suspeita clínica ou radiológica de neoplasia metastática (múltiplas lesões hepáticas), sem indício de sítio primário;
- Lesão hepática sólida em paciente com diagnóstico prévio de neoplasia extra-hepática.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);
- Apresenta hepatopatia conhecida? (sim ou não). Se sim, qual;

- Resultado e tipo de exame de imagem realizado, com data;
- História prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, qual.

3. Esteatose hepática

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Esteatose hepática e suspeita de cirrose (ver quadro 1 no anexo); ou
- Esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por 6 meses na APS (ver quadro 3 no anexo); ou
- Esteatose hepática persistente após tratamento conservador (ver quadro 3 no anexo) por 6 meses em pessoa com risco elevado para fibrose (paciente com idade > 45 anos com obesidade e/ou diabetes; ferritina com valor $\geq 1,5$ vezes o limite superior de normalidade).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Índice de massa corporal;
- Paciente é diabético? (sim ou não);
- Paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);
- Resultado dos exames laboratoriais, com data: aminotransferases e ferritina (em paciente sem suspeita de cirrose, descreva 2 resultados de AST/TGO, ALT/TGP e ferritina com intervalo de 6 meses), albumina, hemograma, plaquetas, tempo de protrombina, bilirrubinas, anti-HCV e HbsAg;
- Resultado do exame de imagem, com data;
- Descreva tratamento conservador realizado na APS.

Quadro 1 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Manifestações clínicas	aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia			
Achados laboratoriais	Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia			
Achados ecográficos	fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.			
Escore Child-Pugh para classificação de cirrose		1 ponto	2 pontos	3 pontos
	Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0-3,0 mg/dL	>3,0 mg/dL
	Albumina sérica	>3,5 g/dL	2,8-3,5 g/dL	<2,8 g/dL
	Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
	Encefalopatia	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
	Tempo de protrombina (acima do controle) ou INR	< 4 segundos ou <1,7	4-6 segundos ou 1,7-2,3	> 6 segundos ou >2,3
	Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: UPTODATE (2016); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015)

Quadro 3 – Tratamento conservador para esteatose/esteatohepatite na APS

Bebidas alcoólicas: cessar uso de bebidas alcóolicas
Comorbidades: tratar diabetes, hipertensão e dislipidemia.
Peso: perda de 5 a 10% do peso (em pessoas com sobrepeso/obesidade)
Dieta: redução de alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples, evitar bebidas industriais adoçadas (como refrigerantes, sucos) e alimentos pré-preparados. Aumentar ingestão de alimentos ricos em fibras, peixes ricos em ômega 3 (salmão, sardinha) e preferir carnes brancas, entre outras.
Exercício: realização regular de exercício físico aeróbico moderado três a quatro vezes por semana (mínimo de 150 min/semana).

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

4. Hepatite B

Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia (hepatites virais).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia ou Gastroenterologia (hepatites virais):

- Hepatite viral crônica por vírus B (ver quadro 4 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

- Paciente com coinfeção HBV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE):

- Pacientes com coinfeção HBV e HIV.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de exames de aminotransferases, com data;
- Resultado de HBsAg e anti-HBc (IgM e IgG), com data ;
- Resultado do exame anti-HIV, com data.

Quadro 4 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa
Anti-HBs: indica imunidade a HBV
Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida)

- Infecção ativa: associado a HBsAg +
- Imunidade: associado a Anti-HBs +
- Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção. Discutir caso com especialista.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode cursar com esse anticorpo.

Fonte: DYNAMED (2016), DOOLEY (2011).

5. Hepatite C

Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para Gastroenterologia (hepatites virais).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia/Hepatites virais ou infectologia:

- Hepatite viral aguda por vírus C; ou
- Hepatite viral crônica por vírus C.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

- Pacientes com coinfeção HCV e HIV (quando SAE de referência para HIV não trata hepatite).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SAE):

- Pacientes com coinfeção HCV e HIV.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;
- Resultado do exame anti-HCV, com data;
- Resultado do PCR quantitativo de RNA-HCV (carga viral), com data (preferencialmente dos últimos 6 meses, se realizado);
- Se suspeitar de infecção aguda, descrever data e forma de contágio, e como foi feita a suspeita diagnóstica;
- Resultado do exame anti-HIV, com data.

6. Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta ou gastroenterologia:

- Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior*; ou
- 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
- Pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada; ou
- Pessoa com dispepsia que necessitam iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação; ou

*Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, alterações suspeitas em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).

**A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de colonoscopia para avaliação do trato gastrointestinal inferior.

- Dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *H. pylori* (ver quadro 5 no anexo)); ou
- Confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção);
- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses;
- Acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
- Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- Resultado de endoscopia prévia e biópsia, com data (se realizado);
- Paciente necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação (sim ou não);
- História familiar de neoplasia gástrica/esofágica (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco;
- Se paciente com dispepsia ou DRGE, descreva o tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas).

Quadro 5 – Tratamento para *H. pylori*

Esquema de primeira linha:

- Amoxicilina 1g + claritromicina 500mg e omeprazol 20mg (ou pantoprazol 40 mg ou lansoprazol 30 mg) a cada 12 horas por 7 dias.

Esquemas alternativos / para retratamento:

- Amoxicilina 1g + levofloxacino 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 10 dias.
- Furazolidona 200mg + claritromicina 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 7 dias**.
- Metronidazol 500 mg + claritromicina 500 mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 10 ou 14 dias**.
- Furazolidona 200mg + subcitrato de bismuto 240mg (2cps) + tetraciclina 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12h por 10 dias.
- Metronidazol 250mg + subcitrato de bismuto 120mg + tetraciclina 500mg a cada 6 horas + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12h por 10 dias.

Fonte: COELHO (2014), HUNT (2011), UPTODATE (2016).

* Alternativas ao omeprazol: pantoprazol 40mg 12/12h, lansoprazol 30mg 12/12h

**Podem ser usados como primeira linha em alérgicos a penicilina. Esquema com metronidazol tem maiores taxas de resistência, devendo ser utilizado quando furazolidona não estiver disponível.

7. Alteração de Endoscopia Digestiva Alta

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- Esofagite grau C ou D de Los Angeles; ou
- Estenose péptica; ou
- Endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na APS; ou
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena); ou
- Confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), na indisponibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia do aparelho digestivo:

- Diagnóstico de neoplasia maligna do trato gastrointestinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Resultado de EDA e biópsia, com data (se realizado);
- Se paciente com dispepsia ou DRGE, descreva o tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso;

8. Dispepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta:

- Dispepsia e sinais de alarme*; ou
- Pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente; ou
- Dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação *H. pylori* (ver quadro 5 no anexo);
- Confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica.

* Sinais de alarme (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Impossibilidade de realizar endoscopia digestiva alta na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes);
- Resultado hemograma, com data (se anemia, descreva hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
- Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- Resultado de endoscopia digestiva alta, testagem H. pylori e biópsia, com data (se realizada);
- História familiar de câncer estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;
- Tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso.

Quadro 5 – Tratamento para H. pylori

Esquema de primeira linha:

- Amoxicilina 1g + claritromicina 500mg e omeprazol 20mg (ou pantoprazol 40 mg ou lansoprazol 30 mg) a cada 12 horas por 7 dias.

Esquemas alternativos / para retratamento:

- Amoxicilina 1g + levofloxacino 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 10 dias.
- Furazolidona 200mg + claritromicina 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 7 dias**.
- Metronidazol 500 mg + claritromicina 500 mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12 horas por 10 ou 14 dias**.
- Furazolidona 200mg + subcitrato de bismuto 240mg (2cps) + tetraciclina 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12h por 10 dias.
- Metronidazol 250mg + subcitrato de bismuto 120mg + tetraciclina 500mg a cada 6 horas + omeprazol 20mg (ou equivalente*) a cada 12h por 10 dias.

Fonte: COELHO (2014), HUNT (2011), UPTODATE (2016).

* Alternativas ao omeprazol: pantoprazol 40mg 12/12h, lansoprazol 30mg 12/12h

**Podem ser usados como primeira linha em alérgicos a penicilina. Esquema com metronidazol tem maiores taxas de resistência, devendo ser utilizado quando furazolidona não estiver disponível.

9. Doença do Refluxo Gastroesofágico

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta (EDA):

- Sintomas típicos mais de uma vez por semana, associado a sinais de alarme*; ou
- Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses; ou
- Acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.

*sinais de alarme (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Pacientes com DRGE e indicação de avaliação endoscópica, na impossibilidade de solicitar EDA na APS; ou
- Esofagite graus C e D de Los Angeles; ou
- Estenose péptica; ou
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes);
- Descrever resultado da EDA e biópsia, com data (se realizada);
- Tratamento em uso ou já realizado para a DRGE (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia)
- Outros medicamentos em uso (com dose e posologia);

10. Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior

Atenção: 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 Lynch** ou Polipose Adenomatosa Familiar deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia.

**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 transicionais 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 colonoscopia 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; ou
- Rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados*;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver quadro 6 no anexo).

*Quando 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 maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.

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 7 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- Pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS; ou
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico de acordo com a periodicidade recomendada (ver quadro 6 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
- Resultado de hemograma, com data
- Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
- Exame de imagem, quando realizado, com data;
- Resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;
- História familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.
- 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;

Quadro 6 – 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	Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).
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 pólipos serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

Quadro 7 – Alta suspeita de neoplasia colorretal.

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

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2015) adaptado de NICE (2012).

11. Alteração de Hábito Intestinal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS (ver quadro 8 no anexo);
- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal (ver quadro 8 no anexo);
- Constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia

- Alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna* na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

*suspeita de neoplasia maligna (sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
- Em caso de diarreia: resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV, com data;
- Em caso de constipação: resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia e TSH, com data;
- Resultado de exame de imagem, quando realizado, com data;
- História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;
- Resultado de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, se realizado, com data.

Quadro 8 – Avaliação diarreia crônica.

Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV, EPF, coprocultura, leucócitos fecais, pesquisa de sangue oculto.
Tratamentos empíricos: teste de restrição de lactose e derivados, tratar parasitoses.
Características clínicas das principais causas de diarreia crônica:
<ul style="list-style-type: none"> • Parasitoses/infecções: variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação.
<ul style="list-style-type: none"> • Doença inflamatória intestinal: emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VSG ou proteína C reativa).
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do intestino irritável: dor abdominal recorrente, associada às evacuações e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, exames usualmente normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de má absorção: emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (p. ex: ferro, vitamina D, vitamina B12).

Fonte: DYNAMED, DUNCAN (2013), DOOLEY (2011).

12. Dor abdominal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva sintomas constitucionais, exame abdominal);
- Resultado de hemograma, com data;
- Resultado de exame parasitológico de fezes, com data;
- Resultado de exame de imagem abdominal, com data;
- História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;

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-polyps>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE. The role of endoscopy in dyspepsia. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 82, n. 2, p. 227-232, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite c e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUIX, J.; SHERMAN, M. **Management of hepatocellular carcinoma**: an update. *Hepatology*. Baltimore, v. 53, n. 3, p. 1020, 2011.

BYRNE, C. D.; TARGHER, G. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease: is universal screening appropriate? **Diabetologia**, Berlin, v. 56, n. 6, p. 1141-1144. 2016.

COELHO, L. G. et al. 3rd Brazilian consensus on Helicobacter pylori. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 50, n. 22, p. 81-96, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000200081>. Acesso em: 2 set. 2016.

COELHO, L. G.; COELHO, M. C. Clinical management of Helicobacter pylori: the Latin American perspective. **Digestive Diseases**, Basel, v. 32, n. 3, p. 302-309, 2014.

COHEN, J.; GREENWALD, D. A. **Overview of upper gastrointestinal endoscopy** (esophagogastroduodenoscopy) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-upper-gastrointestinal-endoscopy-esophagogastroduodenoscopy>>. Acesso em: 6 set. 2016.

CROWE, S. E. Indications and diagnostic tests for Helicobacter pylori infection [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/indications-and-diagnostic-tests-for-helicobacter-pylori-infection>>. Acesso em: 9 set. 2016.

CROWE, S. E. Treatment regimens for Helicobacter pylori [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-regimens-for-helicobacter-pylori>>. Acesso em: 9 set. 2016.

CURRY, M. P.; CHOPRA, S. **Hepatic hemangioma** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016.

Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/hepatic-hemangioma>>. Acesso em: 9 set. 2016.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Abnormal liver function tests** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Chronic Diarrhea** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015 [atualizada em 1 Jul. 2016]. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Helicobacter pylori infection** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Liver hemangioma** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015 [atualizada em 19 maio 2016]. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

EISIG, J. N. et al. Helicobacter pylori antibiotic resistance in Brazil: clarithromycin is still a good option. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 261-4.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL clinical practice guidelines on the management of benign liver tumours. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 65, n. 2, p. 386-393, 2016.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER; ASOCIACION LATINOAMERICANA PARA EL ESTUDIO DEL HIGADO. EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines: Non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 63, n. 1, p. 237-264, 2015.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER; EUROPEAN ORGANISATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER. EASL–EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 56, n. 4, p. 908-943, 2012. Erratum in: *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 56, n. 6, p. 1430.

FELDMAN, M. et al. **Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-abnormal-liver-biochemical-and-function-tests>>. Acesso em: 8 set. 2016.

FELDMAN, M. et al. **Slisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease**: pathophysiology, diagnosis, management. 10th ed. Philadelphia: Saunders;Elsevier, 2015.

GOLDBERG E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults**: Etiologies, clinical manifestations, and

diagnosis[Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em:
<<http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 8 set. 2016.

<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação:



Secretaria Municipal
de Saúde

