



## **PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA- CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA – ADULTO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE/SC**

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.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas 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.

### **Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta, de acordo com critérios descritos no protocolo:**

1. Doença do refluxo gastroesofágico não responsivo ao tratamento inicial;
2. Gastrites e dispepsias não responsivo ao tratamento inicial;
3. Gastrite atrófica;
4. Doença ulcerosa péptica;
5. Dor abdominal recorrente;
6. Má absorção intestinal (diarreias crônicas);
7. Sangramento digestivo alto após avaliação no serviço de urgência e emergência;
8. Doença celíaca;
9. Constipação intestinal refratária;
10. Doença diverticular do cólon;
11. Síndrome do intestino irritável refratária;
12. Ingestão de agentes químicos álcalis/ácidos;
13. Disfagia progressiva / estenoses de esôfago;
14. Doenças do pâncreas;
15. Doença hepática esteatótica com elevação de transaminases;
16. Doença hepática alcoólica;
17. Alterações Hepáticas laboratório e imagem;
18. Hipertensão Portal/ Hepatopatias crônicas/Cirrose.



### **Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:**

1. Dispepsias;
2. Gastrite leve/moderada;
3. DRGE responsiva ao tratamento;
4. Esofagite erosiva graus A e B;
5. Controle de tratamento de H. pylori;
6. Diarreia aguda;
7. Intolerância a lactose;
8. Síndrome do intestino irritável;
9. Constipação;
10. Investigação de pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes em paciente estável, sem sangramento visível;
11. Hemangioma hepático;
12. Cisto hepático simples;
13. Esteatose hepática com transaminases normais.

### **Encaminhar a um serviço de emergência:**

1. Suspeita de abdômen agudo;
2. Dor abdominal com alterações hemodinâmicas;
3. Vômitos ou diarreia com desnutrição/desidratação;
4. Hemorragia digestiva: hematêmese, melena, enterorragia;
5. Encefalopatia hepática;
6. Pancreatite aguda;
7. Diverticulite aguda.

### **Encaminhar para o SAE:**

1. Hepatites virais B e C



## Doença do Refluxo Gastroesofágico

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

- Esofagite graus C e D de Los Angeles;
- Estenose péptica;
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena);
- Presença de sintomas e/ou de suas complicações, não responsivo ao tratamento inicial;
- Manifestações extraesofágicas: sintomas respiratórios altos e baixos como rouquidão, estridor, laringite, tosse, broncoespasmo, pneumonia, otite de repetição, halitose, já tendo sido descartadas outras causas.

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

1. 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);
2. Descrever resultado da EDA e biópsia, com data – não encaminhar paciente sem EDA recente – mínimo 1 ano;
3. Tratamento em uso ou já realizado para a DRGE (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia)
4. Outros medicamentos em uso;

Obs.: \* **Sinais de alarme:** disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, alterações suspeitas em RX contrastado de esôfago, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau.



## **Dispepsia**

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

- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento)
- Pacientes com quadro de dispepsia/gastrites associados à presença de sintomas não responsivo ao tratamento inicial e/ou de suas complicações;
- Pacientes com quadro atual ou prévio de doença ulcerosa péptica com recidiva dos sintomas, não responsivo ao tratamento inicial;
- Lesões suspeitas de neoplasia e/ou displasia de alto grau.
- Todos os casos de gastrite atrófica.

### **Encaminhar para a Oncologia via TFD (alta complexidade):**

1. Lesões com forte suspeição de neoplasia
2. Neoplasias confirmadas com biópsia

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

1. 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);
2. Resultado hemograma, com data;
3. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. Resultado de endoscopia digestiva alta, testagem H. pylori e biópsia, com data – não encaminhar paciente sem EDA recente – mínimo 1 ano;
5. História familiar de câncer estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;
6. Tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia).
7. Outros medicamentos em uso.

## Alteração de Hábito Intestinal

### **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:**

- **Parasitoses/infecções:** variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação.
- **Doença inflamatória intestinal:** emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS ou proteína C reativa).
- **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).
- **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)

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

- Diarreia crônica (mais de 4 semanas)
- Suspeita de doença inflamatória intestinal;
- Constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na UBS.

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

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

## **Dor abdominal**

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

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

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

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

## **Alteração de Endoscopia Digestiva Alta**

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

- Esofagite grau C ou D de Los Angeles;
- Estenose péptica;
- Endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica identificada na biópsia;
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena);
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento);
- Atrofia gástrica.

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

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





## Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas

### 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 romboides, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.

### Investigação inicial para aumento de TGO, TGP, GGT e/ou Fosfatase Alcalina:

1. Recomenda-se **sempre repetir os exames** de TGO, TGP e fosfatase alcalina alterados para confirmar se alteração é persistente.
2. 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
    - **DHANA (NASH):** Obesidade, diabetes, dislipidemia, HAS Exames: ecografia abdominal, glicose, perfil lipídico, ferritina
    - **Medicamentos:** Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível – principalmente suspender uso de AINEs, mesmo eventual e repetir exames.
  - Fosfatase alcalina e GGT:
    - **Medicamentos:** Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível
    - **Obstrução biliar extra-hepática (Litíase, Neoplásica):** Sintomas como dor abdominal, emagrecimento, prurido. Exames: ecografia abdominal.

### 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;
- Elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na UBS, de:
  - aminotransferases ( $\geq 2$  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:**

- 1) sinais e sintomas;
- 2) 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**;
- 3) resultado de exame de imagem abdominal, com data;
- 4) comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
- 5) medicamentos em uso (com dose e posologia).

### **Alterações em exame de imagem hepática**

**=> Cistos simples, hemangiomas típicos (lesão homogênea, hiperecólica, bem delimitada e menor de 3 cm) podem fazer investigação e acompanhamento inicial na UBS.**

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

- Lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida;
- Lesão hepática sólida indeterminada  $\geq 1$  cm em pessoa sem hepatopatia conhecida;
- Hemangioma com características atípicas<sup>1</sup> determinada por ecografia em pessoa sem hepatopatia;
- Lesão hepática descrita como cisto complexo;
- Lesão hepática benigna com crescimento, dor abdominal recorrente ou sintomas compressivos;
- suspeita clínica ou radiológica de neoplasia metastática (múltiplas lesões hepáticas);

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

- 1) sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);
- 2) apresenta hepatopatia conhecida? (sim ou não). Se sim, qual?
- 3) resultado e tipo de exame de imagem realizado, com data;
- 4) história prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, qual.



## Esteatose hepática

### => Tratamento conservador para esteatose na UBS:

- **Bebidas alcoólicas:** cessar uso de bebidas alcoólicas
- **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).
- Pesquisar hepatites virais – anti HCV e HbsAg (testes rápidos);
- Acompanhamento deve ser semestral.

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

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

- esteatose hepática e suspeita de cirrose;
- esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases ( $\geq 2$  vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por 6 meses na UBS;
- esteatose hepática persistente após tratamento conservador 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:**

- 1) sinais e sintomas;
- 2) índice de massa corporal;
- 3) paciente é diabético? (sim ou não);
- 4) paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);
- 5) 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**;
- 6) resultado do exame de imagem, com data;
- 7) descreva tratamento conservador realizado na UBS.

### **Referências:**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA GASTROENTEROLOGIA ADULTO, TelessaúdeRS-UFRGS, 2016 Porto Alegre – RS

Protocolo de Consultas Especializadas da SES/SC.

Elaborado por Josiane Fischer – Médica gastroenterologista da rede municipal de saúde de Brusque/SC;

Revisado por Gabriela Lammel – Médica reguladora da Central de Regulação Ambulatorial de Brusque/SC e Vanessa Santos Andrade C. Vento - Médica gastroenterologista da rede municipal de saúde de Brusque/SC.