



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**PROTOCOLO DE
GASTROENTEROLOGIA
ADULTO**



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da
Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, setembro de 2021.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site : <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:

Ana Cristina Vervloet do Amaral
Ana Maria de Almeida Castro
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Karina Zamprogno de Souza
Laís Coelho Caser
Roberta Pedrini Cuzzuol

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay
Guilherme Campello



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Apresentação	02
Critérios de Prioridade	03
Lista de Abreviaturas	05
1. Suspeita de Cirrose ou Alterações Laboratoriais Hepáticas Importantes	07
2. Alterações em Exame de Imagem Hepática	09
3. Esteatose Hepática	10
4. Hepatite B	11
5. Hepatite C	12
6. Alteração de Endoscopia Digestiva Alta	13
7. Dispepsia	13
8. Suspeita de Neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior	15
9. Alteração de Hábito Intestinal	16
10. Doença Diverticular do Cólon	18
11. Referências Bibliográficas	19



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, 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, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuários do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: “(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: “(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALT	Alanina Aminotransferase
APS	Atenção Primária à Saúde
ANTI-HBC	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C
ANTI-HBS	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite B
ANTI-HCV	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C
ANTI-HIV	Anticorpo do Vírus da Imunodeficiência Humana
AST	Aspartato Aminotransferase
CA	Câncer
CT	Colesterol Total
DM	Diabetes Mellitus
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
GGT	Gama Glutamil Transferase
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HBSAG	Imunoensaio cromatográfico rápido para antígeno do vírus da Hepatite B
HBV	Vírus B da hepatite
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
PCR	Proteína C Reativa
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
T3	Tri-iodotironina
T4	Tiroxina



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

TAP	Tempo de Atividade de Protrombina
TC	Tomografia Computadorizada
TC	Tempo de Coagulação
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
USG	Ultrassonografia
VCM	Volume Corpuscular Médio





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Gastroenterologia Adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
 - História da doença atual;
 - Sintomas e tempo de evolução
 - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
 - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. SUSPEITA DE CIRROSE OU ALTERAÇÕES LABORATORIAIS HEPÁTICAS IMPORTANTES

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática (Quadro 1);
- Elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS de (Quadro 1):
 - Aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade);
 - Fosfatase alcalina ($\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática;

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas;
 - Uso de álcool e/ou outras drogas (se sim, descreva);
 - História de transfusão sanguínea, com data (se sim, descreva);
 - História de banho de rio ou lagoa;
 - Comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
 - Medicamentos em uso (com dose e posologia).
- **Exame físico:**
 - Hepatomegalia e/ou esplenomegalia;
 - Aranhas vasculares;
 - Eritema palmar;
 - Ascite;
 - Icterícia;
 - Hálito hepático;
 - Ginecomastia;
 - Hipocratismo digital.
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultado de avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina (proteínas totais e frações), tempo de



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

protrombina, bilirrubina total e frações, hemograma completo, ferritina, saturação de transferrina, CT e frações, TG, glicemia de jejum, anti-HCV e HBsAg, Anti HBC total anti-HBs;

- Descrever resultado de USG de abdome total, com data (obrigatório);
- Descrever resultado de EDA, com data (obrigatório).

1.3. Prioridades para regulação:

- Pacientes com varizes esofagianas de médio e/ou de grosso calibre;
- Enzimas hepáticas > 10 vezes que o valor de referência;
- Presença de nódulo sólido hepático em paciente com diagnóstico de cirrose visualizado em USG de abdome total.

1.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e 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, sinais de infecção associada (sepse, peritonite bacteriana espontânea)

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	< 2mg/dL	2,0 a 3,0 mg/dL	> 3,0 mg/dL
	Albumina Sérica	> 3,5 g/dL	2,8 a 3,5 g/dL	< 2,8g/dl
	Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
	Encefalopatia	Nenhuma	Mínima	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			

Quadro 1. Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Fonte: Uptodate (2016); Ministério da Saúde (2015).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INVESTIGAÇÃO INICIAL PARA AUMENTO DE TGO, TGP, GGT E/OU FOSFATASE ALCALINA		
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.

*DHGNA: doença hepática gordurosa não alcoólica; NASH :nonalcoholic steatohepatitis

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.

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

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

2. ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM HEPÁTICA

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Nódulo hepático (sólido);
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos);
- História prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, descrever qual;

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);
 - Apresenta hepatopatia conhecida? (sim ou não). Se sim, qual?
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultado e tipo de exame de imagem realizado, com data.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

2.3. Prioridades para regulação:

- Suspeita de neoplasia maligna;
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos).

2.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Sinais clínicos de abdome agudo (rotura de nódulo hepático).

3. ESTEATOSE HEPÁTICA

OBS: Sempre pedir sorologia para hepatites em 1ª consulta com o paciente.

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por seis meses na APS (quadro em anexo); ou
- Esteatose hepática persistente após tratamento conservador (Quadro 2) por seis 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).

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas;
 - Paciente é diabético? (sim ou não);
 - Paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);
 - Medicações de uso regular
 - Descreva tratamento conservador realizado na APS.
- **Exame Físico:**
 - Informar o Índice de Massa Corporal (IMC);
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultados de avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, hemograma completo, ferritina, saturação de transferrina, CT e frações, TG, glicemia de jejum, anti-HCV e HBsAg, Anti HBC total anti-HBs; T3, T4 livre e TSH
 - Descrever resultado de USG de abdome total, com data (obrigatório);

3.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico.
- Esteatose grave com risco de fibrose hepática.

3.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.



TRATAMENTO CONSERVADOR PARA ESTEATOSE/ESTEATOHEPATITE NA APS
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 gordura 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.
Exercício: realização regular de exercício físico aeróbico moderado três a quatro vezes por semana (mínimo de 150min/semana).

Quadro 3. Tratamento conservador para esteatose/esteatohepatite na APS.

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

4. HEPATITE B

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista gastroenterologista:

- Hepatite viral crônica por vírus B.

4.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista infectologista:

- Paciente com coinfeção pelo Vírus B da hepatite (HBV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

4.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Exames complementares:**
 - Descrever resultados de exames de aminotransferases, com data;
 - Descrever resultados de HBsAg, Anti-HBs e anti-HBc (IgM e IgG), com data;
 - Descrever resultado de exame anti-HIV, com data;

4.4. Prioridades para regulação:

- Enzimas hepáticas ≥ 10 vezes do que o valor de referência.

4.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.
- Sinais de insuficiência hepática (encefalopatia hepática, distúrbios de coagulação)

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.

Quadro 4 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV

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

5. HEPATITE C

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista gastroenterologista:

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

5.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista infectologista:

- Pacientes com coinfeção Vírus da Hepatite C (HCV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

5.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

- Se suspeitar de infecção aguda, descrever data e forma de contágio, e como foi feita a suspeita diagnóstica;

- **Exames complementares:**

- Descrever resultado de hemograma completo, aminotransferases, anti-HCV e anti-HIV com data;
- Descrever resultado da dosagem de Proteína C Reativa (PCR), quantitativo de RNA-HCV (carga viral), com data (preferencialmente dos últimos seis meses, se realizado);

5.4. Prioridades para regulação:

- Valor das enzimas hepáticas ≥ 10 vezes do que o valor de referência.

5.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico;
- Sinais de insuficiência hepática (encefalopatia hepática, distúrbios de coagulação).



6. ALTERAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Esofagite graus C ou D de Los Angeles ou graus 3, 4 e 5 de Savary -Miller;
- Estenose péptica;
- Endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia;
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por três meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena);
- Para confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (oito a doze semanas após tratamento da infecção), apenas na indisponibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado oito a doze semanas após início do tratamento).

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas;
 - 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.
- **Exames complementares:**
 - Descrever os resultados das EDA e biópsia, com data;

6.3. Prioridades para regulação:

- Esôfago de Barrett, metaplasia intestinal com displasia;
- Suspeita de neoplasia;
- Estenoses;
- Paciente pós alta hospitalar devido hemorragia digestiva alta por úlcera (de preferência nos primeiros quinze dias após a alta).

6.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico;
- Síndrome de estenose pilórica;
- Sinais de desnutrição;
- Sinais de caquexia.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

7. DISPEPSIA

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Paciente com sinais de alarme (idade > 45 anos, disfagia, história de câncer do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente);
- Apenas na impossibilidade de realizar endoscopia digestiva alta na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado oito a doze semanas do início do tratamento).

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - 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);
 - 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.
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultado de hemograma, com data (se anemia, descreva hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
 - Descrever resultado de Exame Parasitológico de Fezes (EPF)/MIF, três amostras, com data (se realizado);
 - Descrever resultado de endoscopia digestiva alta, testagem H. pylori e biópsia, com data.

7.3. Prioridades para regulação:

- Paciente com anemia de causa desconhecida e/ ou emagrecimento sem causa aparente;
- Paciente com disfagia.

7.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

8. SUSPEITA DE NEOPLASIA TRATO GASTROINTESTINAL INFERIOR

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita clínica de neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior (paciente com idade > 45 anos, história de câncer do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente);
- Todos os pólipos gastrointestinais, exceto hiperplásicos e/ou inflamatórios;
- Todos os adenomas;
- Presença de massa em topografia retal ou anal identificada em exame físico ou exame de imagem;
- Idade superior a 50 anos com sangramento retal;
- Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada;
- Paciente com idade superior a 45 anos com história familiar de câncer colorretal em parentes de primeiro grau ou de pólipos intestinais,
- Paciente com diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal;
- Para rastreio: pacientes com idade superior a 45 anos.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas;
 - História familiar de câncer colorretal ou de pólipos intestinal (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.
- **Exame físico:**
 - Exame físico abdominal.
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
 - Descrever resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
 - Descrever resultado de exame de imagem, quando realizado, com data;
 - Descrever resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data.

8.3. Prioridades para regulação:

- Paciente com sinais de alarme (anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente, paciente sintomático com histórico de câncer do aparelho digestivo em parente de primeiro grau).
- Pesquisa sangue oculto nas fezes (PSOF) positiva.

8.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico;
- Suspeita de obstrução.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

9. ALTERAÇÃO DE HÁBITO INTESTINAL

9.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Diarréia crônica (mais de quatro semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS (Quadro 5);
- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal;
- Constipação (dificuldade constante ou eventual de eliminação das fezes levando a desconforto) sem melhora após doze semanas de tratamento na APS;
- Síndrome do intestino irritável.

9.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

• Anamnese:

- Sinais e sintomas (hábitos fecais, hábitos alimentares, prática de exercícios, uso de medicamentos);
- Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
- Em caso de diarréia: resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma, TSH e anti-HIV, com data;
- Em caso de constipação: resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia de jejum e TSH, 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.

• Exame físico:

- Exame físico abdominal.

• Exames complementares:

- Descrever resultado da endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, se realizado, com data.

9.3. Prioridades para regulação:

- Paciente com sinais de alarme (anemia de causa desconhecida, emagrecimento importante, paciente sintomático com histórico de câncer do aparelho digestivo em parente de primeiro grau)
- Suspeita de Doença Inflamatória Intestinal.

9.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Abdome agudo obstrutivo ou perfurativo
- Paciente com hemorragia digestiva baixa.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

AVALIAÇÃO DA DIARRÉIA 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.• Doença inflamatória intestinal: emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VSG 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).

Quadro 5. Avaliação diarreia crônica.

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

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 orificial.
Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.

Quadro 6. Alta suspeita de neoplasia colorretal.

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



10. DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON

10.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Todos os pacientes com doença diverticular do cólon confirmada ao exame de imagem (colonoscopia ou Tomografia Computadorizada de abdome).

10.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
 - Sinais e sintomas;
 - História familiar de câncer colorretal ou de pólipos intestinais (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.
- **Exame físico:**
 - Exame físico abdominal.
- **Exames complementares:**
 - Descrever resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
 - Descrever resultado de imagem (colonoscopia e/ou TC de abdome), com data;

10.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico;
- História prévia de diverticulite;
- História prévia de hemorragia digestiva baixa;
- Comorbidades associadas.

10.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Diverticulite aguda;
- Hemorragia digestiva baixa;
- Abdome agudo (obstrução, perfuração).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de encaminhamento para Gastroenterologia. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

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 nonalcoholic fatty liver disease: is universal screening appropriate? *Diabetologia*, Berlin, v. 56, n. 6, p. 1141-1144. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000200081. Acesso em: 15 jun. 2021.

DOOLEY, J. S. et al. *Sherlock's diseases of the liver and biliary system*. 12th ed. Oxford, UK: WileyBlackwell, 2011.

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

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. 2020. Disponível em:



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

<<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-abnormal-liver-biochemical-andfunction-tests>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FELDMAN M, et al. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th edition. Elsevier. 2020.

GOLDBERG E.; CHOPRA, S. Cirrhosis in adults: Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-anddiagnosis>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Ed.). Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

OGATA, S. K.; GALES, A. C.; KAWAKAMI E. Antimicrobial susceptibility testing for Helicobacter pylori isolates from Brazilian children and adolescents: comparing agar dilution, E-test, and disk diffusion. Brazilian Journal of Microbiology, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1439-48, 2014.

PENNER, R. M.; FISHMAN, M. B.; MAJUMDAR, MPH. Evaluation of the adult with abdominal pain [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SCHWARTZ, J. M.; KRUSKAL, J. B. Solid liver lesions: Differential diagnosis and evaluation. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/solid-liver-lesions-differential-diagnosis-and-evaluation>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SHAHEEN, A. A.; MYERS, R. P. Diagnostic accuracy of the aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index for the prediction of hepatitis C-related fibrosis: a systematic review. Hepatology, Baltimore, v. 46, p. 912-921, 2007.

SIMON, C. et al. Manual de clínica geral de Oxford. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

ZATERKA S, et. al. Tratado de Gastroenterologia da Graduação à Pós-Graduação. 2ª edição. Porto Alegre: Atheneu. 2016.