

---

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À GASTROENTEROLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2021  
Versão I



Prefeitura  
de Jundiaí



## **Organização e Elaboração**

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)  
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra Sheila Lopes dos Santos (gastroclínica  
SMS/FMJ)

Dra Andrea Bonafe (gastroclínica SMS/ FMJ)

Dra Paloma Pacheco (Médica Reguladora –  
Departamento de Regulação da Saúde/UGPS)

Dra Patrícia Ledo (Assistente técnica em saúde do  
adulto e do idoso)

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara  
Fredo.



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
FLUXO DE ATENDIMENTO	4
PRIORIZAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	6
DISPEPSIA	7
ALTERAÇÕES DE HÁBITO INTESTINAL OU ALTERAÇÃO DE COLONOSCOPIA PRÉVIA	9
SANGRAMENTOS GASTROINTESTINAIS	11
DOR ABDOMINAL CRÔNICA	12
HEPATOPATIAS	13
RASTREAMENTO DE NEOPLASIA GASTROINTESTINAL	15
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19



## APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, 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*.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.



A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

## **FLUXO DE ATENDIMENTO**

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde

O agendamento da consulta especializada deve condizer com a estratificação de risco estabelecida pelo médico da unidade básica de saúde. Essa estratificação de risco é importante, uma vez que casos clínicos classificados como prioridade P1 devem ser enviados para a Regulação Médica (via email da regional de saúde a que pertence a UBS).

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para subespecialidade ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).



## PRIORIZAÇÃO:

- o **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao PS (pronto-socorro).
- o **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- o **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- o **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como P1 devem ser encaminhados ao email da regulação médica, de acordo com a regional a que pertence a unidade básica de saúde:

Regional 1 - e-mail: [regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br](mailto:regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br)

Regional 2 - e-mail: [regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br](mailto:regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br)

Regional 3 - e-mail: [regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br](mailto:regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br)

Regional 4 - e-mail: [regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br](mailto:regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br)



## INTRODUÇÃO

Descrições obrigatórias para o encaminhamento:

- Dados relevantes da história clínica;
- Início dos sinais/sintomas;
- Histórico atual ou pregresso de doenças;
- Dados relevantes ao exame físico; exames laboratoriais e de imagem (com data);
- Tratamento realizado (com posologia) e sua duração.



## DISPEPSIA

Compreende casos de epigastralgia, pirose, empachamento pós-prandial, náuseas e vômitos. Deve-se iniciar o tratamento clínico e se não houver melhora após o tratamento inicial (ou recidiva dos sintomas), solicitar endoscopia digestiva alta (EDA).

Na presença de sinais de alerta, a endoscopia digestiva alta (EDA) deve ser realizada com prioridade.

### SINAIS DE ALARME:

- Idade > 45 anos e/ou;
- Queixa de disfagia progressiva e/ou;
- Icterícia e/ou;
- Anemia ou sangramentos e/ou;
- Vômitos persistentes e/ou;
- Perda de peso e/ou;
- Massa epigástrica e/ou;
- Sintomas de grande intensidade ou ocorrência noturna e/ou;
- Histórico familiar neoplasia gástrica.

Encaminhar ao especialista se não houver melhora após tratamento com Inibidor Bomba de Prótons (omeprazol 20-40 mg/dia) por 2 meses e com endoscopia digestiva alta recente (realizada nos últimos 6 meses) compatível com os seguintes achados:

#### a) Doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) erosiva:

- Esofagites graus C e D de Los Angeles (as de grau A e B podem ser tratadas com omeprazol 20-40 mg/d por 2 meses e depois retirar gradualmente, deixando apenas como sintomático e medidas comportamentais. Nova EDA se não houver melhora clínica);





- Úlceras esofágicas; esôfago Barrett e/ou manifestações extra-esofágicas (pneumonias de repetição; rouquidão; dor torácica não cardíaca);
- Se EDA demonstrar esofagite eosinofílica ou monilíase esofágica (comum em diabéticos e usuários de corticóide) não responsiva a tratamento com fluconazol 150 mg/dia por 14-21 dias;
- Em caso de disfagia esofágica (por causa obstrutiva ou motora) solicitar EDA ou se esta não puder ser feita, RX contrastado (Esôfago Estômago Duodeno - EED), descartando causas otorrinolaringológicas ou neurológicas;

**Tratamento clínico para DRGE:** além do omeprazol, orientar medidas comportamentais (dieta fracionada; ingestão moderada de gordurosos, cítricos, chocolate, bebidas gasosas, hortelã; não deitar 2 horas após refeições; elevação da cabeceira da cama em 15 cm; cessar tabagismo; perda de peso se obesos. Não usar AAS e antiinflamatórios).

#### **ATENÇÃO:**

- Considerar avaliação cirúrgica se hérnia hiato  $\geq 4$  cm ou  $\geq 3$  cm se paciente jovem dependente de medicação, sem comorbidades importantes;
- Esofagite por herpes, citomegalovírus ou HIV positivo, encaminhar ao Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI).

**b)** Doença ulcerosa péptica duodenal recidivante ou sem resposta a tratamento clínico ou complicada por hemorragia (as úlceras gástricas por serem potencialmente mais sérias devem ser avaliadas pelo especialista). Orientar o paciente a não fumar e não usar AAS e antiinflamatórios.

Giardíase e estrogiloidíase podem simular úlcera péptica, indicando-se também a realização do exame parasitológico de fezes (EPF) em quadros dispépticos. Considerar também a realização de



ultrassonografia abdominal para descartar colelitíase e pancreatites.

Tratamento giardíase: albendazol 400 mg/dia 5 dias ou metronidazol 250 mg 3x/dia 5 dias. Tratamento estrogiloidíase: albendazol 400 mg/dia 3 dias

c) Gastrites severas; erosivas graves; hemorrágicas; com atrofia ou metaplasia intestinal; pólipos gástricos (especialmente adenomatosos). Lembrar que pólipos de glândulas fúndicas estão muito relacionados ao uso crônico de inibidores de bomba de prótons.

**Indicações de tratamento do *H pylori*:** úlceras gastroduodenais; gastrites crônicas; atrofia ou metaplasia intestinal; histórico familiar de CA gástrico em familiar de primeiro grau.

**Esquema de tratamento:** Inibidor bomba prótons (omeprazol 20 mg 2x/dia) + claritromicina 500 mg 2x/dia + amoxicilina 1 g 2x/dia por 14 dias.

## ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL OU ALTERAÇÃO DE COLONOSCOPIA PRÉVIA

Devem ter prioridade em investigação pacientes com alterações do hábito intestinal (diarreia ou constipação) que tenham início a partir dos 45 a 50 anos, principalmente se associados a perda de peso, despertar noturno pela diarreia, anemia, sangramentos ou histórico familiar de neoplasia colorretal.

### 2.a) Investigação inicial em UBS para diarreia crônica (≥ 4 semanas)

Solicitar:

- EPF (3 amostras);
- Pesquisa de leucócitos fecais (se + : coprocultura);
- pH fecal (<6 na intolerância a lactose);
- Pesquisa de gordura fecal ( se + indica síndrome de má-absorção);
- Pesquisa de sangue oculto;
- Anti-transglutaminase tecidual IgA (anti-TTG) na suspeita de doença



celíaca;

- Laboratório: glicemia, hemograma e proteínas totais e frações.

Após descartar parasitoses e intolerância a lactose (passíveis de orientação e/ou tratamento em UBS), encaminhar ao especialista se os exames acima estiverem alterados.

#### Tratamento de parasitoses:

- Parasitoses mais comuns: albendazol 400 mg dose única;
- *Strongyloides* e *Taenia*: albendazol 400 mg/dia 3 dias;
- *Giardia*: albendazol 400 mg/dia 5 dias ou metronidazol 250 mg 3x/dia 5 dias;
- Amebíase: metronidazol 500 mg 4x/dia 5-7 dias.

Encaminhar ao gastroenterologista:

- Diagnóstico prévio de **Doença celíaca** (intolerância ao glúten)
- **Pancreatite crônica** (diarréia crônica, dor abdominal e diabetes em paciente etilista)
- **Todos os casos de pólipos colônicos.**

Encaminhar ao Proctologista:

- **Retocolite ulcerativa** • **Doença de Crohn**

## **2.b) Constipação:**

### **Avaliação inicial em UBS:**

- Pesquisa de sangue oculto ( 3 amostras);
- Hemograma; glicemia; TSH; T4 livre;
- Sorologia para Chagas (dependendo da procedência do paciente) • Clister opaco na suspeita de doença diverticular e



megacólon chagásico.

Constipação secundária a neuropatias (Parkinson); endocrinopatias (DM; hipotireoidismo) e doenças anorretais (fissuras; hemorróidas): avaliar dentro do contexto da doença de base.

Encaminhar à gastroenterologia ou à proctologia:

- Após insucesso com tratamento clínico por 3 meses ( aumento da ingesta fibras, ingesta hídrica, exercício físico)
- Pacientes portadores de doença diverticular colônica,
- Presença de complicações (sangramento, infecção, estenoses) ou
- Extenso comprometimento colônico (ao enema opaco ou colonoscopia se houver).

## SANGRAMENTOS GASTROINTESTINAIS

**Hemorragia digestiva alta:** origem em esôfago, estômago ou duodeno. Manifesta-se como hematêmese, melena e, mais raramente como enterorragia, quando o sangramento alto tem grande volume, o que indica encaminhamento imediato ao Pronto Socorro. Pode se apresentar também como sangue oculto fecal positivo ou anemia ferropriva.

**Etiologia:** úlcera péptica; ruptura varizes esôfago-gástricas; esofagites; malformações vasculares; tumores

Sem sangramento ativo:

- Solicitar EDA (endoscopia digestiva alta, exame obrigatório).
- Solicitar hemograma e perfil de ferro se sinais de anemia, que se demonstrada, indica avaliação prioritária.

Casos compatíveis com as etiologias acima, encaminhar ao gastroenterologista, com exceção de neoplasias malignas que devem ser



encaminhadas ao oncologista.

Com repercussão hemodinâmica: encaminhar ao Pronto Socorro

**Hemorragia digestiva baixa:** 20% sangramentos gastrointestinais. Origem em cólon (95%) e delgado. Manifesta-se como sangramento anal vivo (avaliação inicial com proctologista) ou sangue oculto fecal positivo ou anemia ferropriva.

**Etiologia:** doença diverticular; angiodisplasias; colite isquêmica; doenças orificiais (hemorróidas; fissuras); tumores; doença inflamatória intestinal;

Sem sangramento ativo:

- Após exame proctológico, solicitar sangue oculto fecal.
- Solicitar hemograma e perfil de ferro se houver sinais de anemia, que, se demonstrada, indica avaliação prioritária.

Com repercussão hemodinâmica: encaminhar ao Pronto Socorro

## **DOR ABDOMINAL CRÔNICA**

Encaminhar ao gastroenterologista após avaliação inconclusiva na UBS com:

- Hemograma, amilase,
- PPF (3 amostras),
- Urina I.
- Endoscopia digestiva alta e ultra-som de abdome se dor no abdome superior.
- Clister opaco se dor no abdome inferior (pelve).
- Se mulher com dor pélvica, descartar patologia ginecológica.

## **SINAIS DE ALARME:**



- Início a partir de 45 anos e/ou
- Despertar noturno pela dor e/ou
- Perda de peso e/ou
- Anemia e/ou
- Sangramentos e/ou
- Icterícia e/ou
- Massa abdominal palpável e/ou
- Histórico familiar de neoplasia gastrointestinal.

A síndrome do intestino irritável (dor ou desconforto abdominal  $\geq$  3x/mês nos últimos 3 meses (distensão abdominal é muito comum) com pelo menos 2 dos achados seguintes: relação com defecação (melhora ou piora da dor após defecação) e início associado a alteração na frequência evacuações ou alteração no formato das fezes. Na maior parte dos casos pode ser acompanhada em UBS. Forte associação com estresse emocional.

## HEPATOPATIAS

**Avaliação inicial:** Hemograma, Tempo de Protrombina, proteínas totais e frações, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama GT, bilirrubinas, sorologias hepatite B e C, lipidograma e HbA1c (em casos de síndrome metabólica).

**Ultrassonografia abdominal (essencial).**

As situações descritas abaixo merecem avaliação do especialista:

**a)** Suspeita ou diagnóstico prévio de cirrose hepática de qualquer etiologia (álcool; vírus; medicamentoso) ou esquistossomose com alterações hepáticas laboratoriais, ultrassonográficas ou endoscópicas (varizes de esôfago).

**b)** Icterícia ou elevação persistente de enzimas hepáticas ( $\geq$  2x o



limite superior transaminases ou  $\geq 1,5x$  fosfatase alcalina por  $\geq 3$  meses).

**c)** Alterações ecográficas sugestivas de hepatopatia crônica (parênquima heterogêneo, bordas irregulares, ascite, dilatação de veia porta) ou lesões focais hepáticas (nódulos indeterminados ou suspeitos para neoplasia; cistos complexos; hemangiomas atípicos ou típicos com  $\geq 4$  cm diâmetro).

Em casos de nódulos sólidos em pacientes com diagnóstico compatível com cirrose de qualquer etiologia (especialmente hepatites B e/ou C), solicitar exames laboratoriais hepáticos com dosagem de alfafetoproteína.

São considerados de baixo risco nódulos compatíveis com cistos simples ou hemangiomas típicos (lesão homogênea, hiperecólica,  $\leq 3$  cm), EXCETO se apresentarem crescimento com sintomas compressivos (dor abdominal ou vômitos).

Para os casos de nódulos hepáticos compatíveis com cistos simples ou hemangiomas típicos  $<4$ cm, fazer acompanhamento com ultrassom a cada 6 meses no primeiro ano do diagnóstico e, se imagem mantida, ultrassom de controle a cada 2 ou 3 anos.

**d)** Esteatose hepática com elevação persistente de enzimas hepáticas ( $\geq 2x$  o limite superior transaminases) ou de risco maior para fibrose hepática ( $> 45$  anos com obesidade, diabetes ou ferritina  $\geq 1,5$  vez o limite superior do normal) ou alterações sugestivas de cirrose na ultrassonografia de abdome ou EDA com varizes de esôfago e/ou gastropatia hipertensiva.

**e)** Hipertensão portal (varizes esofagogástricas e/ou gastropatia hipertensiva na EDA; ascite; plaquetopenia; esplenomegalia, principalmente em paciente etilista)

A maioria dos casos de ascite é de origem hepática, podendo ser



devida a insuficiência cardíaca, carcinomatose, tuberculose peritoneal, pancreatites entre outros. Em casos de início recente ou piora do quadro encaminhar ao PS para realização de paracentese diagnóstica.

## **RASTREAMENTO DE NEOPLASIA GASTROINTESTINAL**

**CA gástrico:** Não há indicação de rastreamento populacional no Brasil. Mas deve-se pesquisar e tratar *H. pylori* em parentes de primeiro grau de portadores de neoplasia gástrica e encaminhar lesões pré-neoplásicas endoscópicas (atrofia, metaplasia, displasia) para seguimento.

### **CA colorretal (CCR):**

#### **● Risco médio:**

★ 50 – 75 anos, sem histórico pessoal ou familiar de CA cólon ou pólipos colônicos prévios; sem diagnóstico de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa ou histórico de radioterapia abdominal ou pélvica prévia.

#### Rastreio:

- Pesquisa sangue oculto fecal anual.
- Se positivo realizar colonoscopia (lembrar que sangue oculto positivo também pode ter origem esôfago-gástrica como úlceras, especialmente se o paciente usar AAS/AINH).
- Se colonoscopia normal, novo exame endoscópico em 10 anos até 60 anos. Após 60 anos: colono a cada 5 anos.

★ 76 - 85 anos: rastreamento individualizado a depender da expectativa de vida, condições clínicas e histórico de rastreamento anterior;

★ ≥ 86 anos: sem indicação de rastreamento.





- **Alto Risco:** histórico pessoal ou familiar Câncer cólon reto (CCR); pólipos colônicos prévios; doença de Crohn; retocolite ulcerativa; radioterapia abdominal ou pélvica prévia.
  - CCR em familiar de primeiro grau diagnosticado com  $\geq 60$  anos: realizar colonoscopia aos 40 anos.
  - CCR em 2 familiares de primeiro grau em qualquer idade ou um familiar de primeiro grau diagnosticado com menos de 60 anos: colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do familiar (o que ocorrer antes).

#### **Exclusão:**

- Halitose: avaliação inicial com dentista e, se negativa, ao otorrinolaringologista
- Neoplasia de esôfago, estômago e colorretal (ao oncologista cirúrgico); - Megaesôfago, hérnias abdominais, portadores de sondas ou drenos: encaminhar ao cirurgião geral.
- Colostomias encaminhar ao proctologista.
- Hemorróidas, fístulas, fissuras, abscessos perianais, enterorragia, incontinência anal, megacólon e cisto pilonidal, doença de Crohn e retocolite ulcerativa: encaminhar ao proctologista

#### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

**P0:** Encaminhar diretamente ao Pronto Socorro

- Dor abdominal aguda com sinais de peritonite (úlcera perforada; apendicite; diverticulite; pancreatite aguda: obstrução intestinal);
- Sangramento digestivo em atividade (descompensação



hemodinâmica);

- Diarréia aguda com hipovolemia e sinais de toxemia;
- Ascite de início recente com dor e/ou febre: para realização paracentese diagnóstica;
- Suspeita de insuficiência hepática aguda grave: icterícia progressiva com aumento de transaminases, encefalopatia e/ou coagulopatia.

#### **P1:**

- Hepatopatias com descompensação recente (ascite; icterícia progressiva; HDA prévia);
- Úlcera péptica ou gastrites hemorrágicas ou com displasia; esôfago Barrett com displasia;
- Doença inflamatória intestinal (Crohn; retocolite ulcerativa) com descompensação recente;
- Suspeita relevante de CA digestivo (disfagia, sangramentos, anemia, odinofagia, vômitos persistentes, perda peso, massa abdominal, história familiar CA gastrointestinal);
- Sangue oculto fecal positivo com anemia ferropriva (após hemograma e perfil de ferro).

#### **P2:**

- Úlceras pépticas ou gastrites severas não hemorrágicas; esofagites erosivas C/D; esôfago Barrett sem displasia;
- Doença celíaca;
- Pancreatite crônica;
- Diarréias crônicas ou dor abdominal crônica (para esclarecimento diagnóstico após avaliação inicial básica inconclusiva em UBS);
- Constipação intestinal sem melhora ao tratamento clínico;
- Doença diverticular colônica refratária a tratamento clínico ou após sangramento ou diverticulite;
- Hepatopatias sem descompensação;



- Lesão hepática indeterminada, cistos complexos, hemangiomas atípicos ou  $\geq 4$  cm;
- Esteatose hepática ou alterações enzimáticas hepáticas ou de exames de imagem (ultrassonografia abdominal);
- Investigação de hipertensão portal;
- Pólipos gástricos;
- Sangue oculto fecal positivo sem anemia ferropriva;
- Rastreamento CA colorretal.

**P3:** Casos fora de protocolo (mediante relatório clínico detalhado)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Protocolos de encaminhamento para Gastroenterologia. UFRGS/TelessaúdeRS. 2016. [www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)
- 2) Coelho LG et al. 3IVth. Brazilian Consensus on Helicobacter pylori, Arq. Gastroenterol; 2018; 55 (2): 97-113
- 3) Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic diarrhea: diagnosis and management. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2017;15:182-193
- 4) Moayyedi P, Mearin F et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice. UEG Journal 2017; vol 5 (6):773-788
- 5) ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021 Am J Gastroenterol 2021; Mar; 116:458-479
- 6) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Ministério da Saúde 2015
- 7) Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG Clínica Médica vol.4 Doenças do Aparelho Digestivo. 2 ed. Barueri, SP; Manole 2016



- 8) American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation *Gastroenterology* 2013; 144: 211-217
- 9) ACG Clinical Guideline: Evaluation of abnormal liver chemistries. Kwo PY; Cohen SM; Lim JK. *Am J Gastroenterol* 2017; 112 (1): 18-35