

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
Gerência de Rede Ambulatorial Especializada - GERAЕ
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde - DMAC
Gerência de Atenção Primária à Saúde - GEAPS

**CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA (EDA)**

Elaboração:

Andrea Franchini Silveira de Castilho - gastroenterologista - URS Campos Sales
Emanuella Braga de Carvalho - gastroenterologista - URS Centro-sul

Participação:

Alline Gomes Gonçalves Fagundes - GEAPS/DAPS
Ana Carolina Diniz Oliveira - GERAЕ/DMAC
Helaine Oliveira - GEAPS/DAPS
Isabel Maria Gomes Soares - GERAЕ/DMAC
Márcio Albeny Gallo - GERAM/DMAC
Yasmim Nogueira Medina - GERAЕ/DMAC

MAIO/2025

Índice

1 - Introdução.....	2
2 - Estratificação de Prioridades.....	3
3 - Qualificação da Solicitação.....	4
4 - Principais doenças que motivam a solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA). 6	
4.1 - DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico).....	6
4.2 - Dispepsia.....	7
5 - Critérios de Agendamento.....	8
5.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Urgência/ Emergência.....	8
5.2 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Muito Alta/Regulação (VERMELHA).....	8
5.3 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Alta (LARANJA).....	8
5.4 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Média (AMARELA).....	10
5.5 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Baixa (VERDE).....	10
5.6 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao Gastroenterologista na prioridade Muito Alta/Regulação (VERMELHA).....	11

1 - Introdução

A realização de exames de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um instrumento essencial no diagnóstico e tratamento de diversas condições gastrointestinais, como gastrite, úlceras e doenças do esôfago. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), a utilização adequada desse recurso torna-se ainda mais importante, considerando que se trata de um procedimento especializado cuja oferta depende de um gerenciamento eficiente para atender às necessidades da população.

A organização dos critérios de encaminhamento para endoscopia, com a definição clara de indicações clínicas específicas, é uma medida estratégica para otimizar o acesso aos exames especializados. Isso permite maior eficiência e precisão nas solicitações para os usuários, reduzindo encaminhamentos inadequados, otimizando o uso de recursos e fortalecendo o processo de regulação.

A Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM) desempenha um papel fundamental ao organizar e priorizar o acesso à endoscopia, aplicando critérios como a classificação de risco e a urgência clínica. Esse processo é essencial para que os atendimentos ocorram em tempo hábil, minimizando atrasos no diagnóstico de condições que, se não tratadas precocemente, podem evoluir para quadros mais graves.

No processo de qualificação do acesso, a partir das ferramentas regulatórias, a classificação de prioridade dos encaminhamentos é fundamental para garantir que os pacientes recebam atendimento em tempo oportuno conforme a necessidade de priorização de atendimento, garantido assim, a equidade. Durante o processo de Regulação da solicitação podem ser realizados pedidos de Esclarecimentos para melhor definição do quadro.

Além de promover eficiência no uso dos recursos, o uso criterioso de protocolos na solicitação de exames de endoscopia assegura a equidade no acesso aos procedimentos especializados. Pacientes com sintomas graves ou de maior risco têm de ter prioridade, garantindo que o sistema de saúde ofereça suporte qualificado e tempestivo a quem mais necessita em tempo oportuno.

Dessa forma, o manejo adequado dos recursos para exames de endoscopia é fundamental para garantir um acesso justo, eficiente e resolutivo. A atualização contínua dos

critérios de encaminhamento é essencial para que os profissionais de saúde tenham orientações claras e embasadas na prática clínica, promovendo um atendimento integrado entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada. Assim, a rede SUS em Belo Horizonte fortalece seu compromisso com uma assistência eficaz, humanizada e equitativa, beneficiando a comunidade como um todo.

2 - Estratificação de Prioridades

O município de Belo Horizonte definiu quatro níveis de prioridade, representados por cores, cada uma correspondendo a um grau de priorização do atendimento, conforme veremos a seguir:

Prioridade*



VERMELHO - MUITO ALTA/REGULAÇÃO

LARANJA - ALTA

AMARELO - MÉDIA

VERDE - HABITUAL

3 - Qualificação da Solicitação

A qualificação da solicitação é um processo essencial para compreensão do quadro pelo regulador. Toda informação relevante da história clínica deverá ser registrada na solicitação de forma objetiva e sucinta para facilitar a comunicação e mostrar a relevância da priorização clínica do paciente de acordo com o grau solicitado pelo médico assistente.

O motivo da solicitação do exame deve ser informado de forma clara e coerente, informando sinais e sintomas, tempo de início, agudizações (piora do quadro) e presença de sinais de alarme. É essencial a informação e disponibilização (em anexo ou relato) de exames anteriores, em especial, da última endoscopia realizada, ou a informação que o paciente não tem endoscopia prévia (nunca fez endoscopia).

Devem ser registradas no pedido informações adicionais sobre comorbidades e uso de medicações. Alguns pacientes necessitam realizar a endoscopia em ambiente hospitalar sob assistência de anestesista. O médico solicitante deve avaliar essa necessidade e registrar no pedido. Os principais motivos para encaminhar pacientes para realização do exame hospitalar são: presença de doenças sistêmicas descompensadas ou consideradas de risco pela equipe médica, em especial, cardiopatas, pneumopatas e obesidade grave (IMC>40). Pacientes com deficiências (físicas ou mentais) e pacientes psiquiátricos graves também podem ser candidatos a realizar endoscopia em ambiente hospitalar. As endoscopias terapêuticas têm fluxo especial. Pacientes com varizes de esôfago devem ser acompanhados pelo gastroenterologista, que solicitará tratamento endoscópico das varizes, se necessário. Demais tratamentos endoscópicos são realizados nos hospitais da rede terciária e são solicitados pelos gastroenterologistas da rede própria através de encaminhamento para consulta na gastroenterologia referência.

Em pacientes diabéticos, o uso de insulina e hipoglicemiantes deve ser postergado para após a realização do exame e esses pacientes têm prioridade de marcação da endoscopia no período inicial da manhã. Paciente usuários de AAS podem realizar endoscopia diagnóstica com biópsias simples sem suspensão da medicação. Pacientes em uso dos demais antiagregantes plaquetários ou em uso de anticoagulantes devem ter a medicação suspensa antes da endoscopia conforme orientação do seu médico e segundo literatura específica (Protocolo de Anticoagulação Ambulatorial, disponível em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/ffde1bd00bdd372dfe111906059dedada1267864.pdf>). Pacientes em uso dos novos medicamentos para diabetes/obesidade (semaglutida, liraglutida) também precisam ser orientados para a suspensão dos mesmos antes do exame.

A endoscopia é um exame essencial para avaliação do trato digestivo. Sua solicitação deve ser feita de maneira responsável, com a avaliação e orientação adequada dos pacientes no momento do pedido e com o registro de todas as informações relevantes na guia de solicitação. Isso é importante para garantir o preparo adequado do paciente e otimizar a realização dos exames segundo a prioridade de cada caso.

- Conteúdo descritivo mínimo que a solicitação deve ter:
 - Sinais e sintomas com indicação de sinais de alarme, se houver.
 - Comorbidades e medicações relevantes. (Exame pela manhã, se paciente

diabético / Determinar se necessária EDA em ambiente hospitalar / Orientar suspensão de medicações conforme necessidade);

- Determinação de priorização conforme critérios de agendamento. (Se houver mais de um motivo para realização do exame, considerar a prioridade de indicação mais alta).

4 - Principais doenças que motivam a solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA)

4.1 - DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico)

A DRGE é uma doença de elevada prevalência, de evolução crônica, caracterizada pelo retorno involuntário do conteúdo gástrico para o esôfago e que causa comprometimento da qualidade de vida do paciente.

O diagnóstico é baseado em sintomas e confirmado com boa resposta a inibidor de bomba de prótons (IBP). Em pacientes com sintomas típicos (azia e regurgitação), na ausência de complicações, pode-se considerar o tratamento empírico, sem realização inicial de EDA.

A EDA deve ser sempre considerada em pacientes com suspeita de DRGE, na presença de sintomas atípicos ou extra esofagianos (dor torácica, tosse, asma, rouquidão, globus, pigarro, laringite, erosões dentárias).

A solicitação de EDA é essencial na presença de sinais de alarme ou de complicações (disfagia, odinofagia, perda de peso não intencional, sangramento, anemia ferropriva de causa desconhecida) e em pacientes com múltiplos fatores de risco para Esôfago de Barrett (≥ 50 anos, sexo masculino, leucodermo, DRGE de longa data – mais de 5 anos, presença de hérnia hiatal, tabagismo, obesidade).

O tratamento da DRGE se baseia em mudanças de hábitos de vida e de dieta, e tratamento medicamentoso. A maioria dos pacientes não necessita de endoscopias repetidas, sendo importante o enfoque no tratamento clínico das recorrências e orientação dos pacientes.

A DRGE com presença de esôfago de Barrett (EB) tem indicação de vigilância

endoscópica dependendo de sua classificação/tamanho (ultracurto - <1cm, curto – 1 a 3cm, e longo - >3cm). O EB ultracurto não necessita de vigilância endoscópica. No EB curto, deve-se repetir EDA a cada 5 anos. No EB longo, deve-se repetir a EDA de 3/3 anos. Esses pacientes devem ser acompanhados pelo gastroenterologista.

4.2 - Dispepsia

A dispepsia caracteriza-se por sintomas de dor/queimação epigástrica ou dificuldade de digestão (saciedade precoce ou plenitude pós-prandial) e frequentemente se associa a náuseas, eructação e distensão abdominal. As causas podem ser diversas, mas a grande maioria é funcional. A dispepsia também é frequente, tem caráter crônico e recorrente. É comum em pacientes com DRGE e síndrome do intestino irritável (SII).

A presença de sinais de alarme indica necessidade de uma imediata investigação, incluindo a realização de EDA. Na presença de sintomas típicos de DRGE, sugere-se realização de um tratamento empírico com IBP. Em pacientes jovens, sem sinais de alarme, pode-se considerar realização de exame não invasivo para pesquisa de *H. pylori*- teste respiratório. A avaliação da dispepsia incluiu exclusão de parasitoses, avaliação de fatores psicológicos, ambientais, dietéticos e medicamentos, em especial AAS e anti-inflamatório não esteróide (AINE), além do diagnóstico diferencial com doença do pâncreas e vias biliares, doença celíaca e da intolerância a lactose.

É importante a realização de EDA em pacientes dispépticos com história familiar de câncer gástrico ou na presença de sinais de alarme (emagrecimento, vômitos recorrentes, hematêmese, anemia ferropriva de causa desconhecida, febre, massa abdominal palpável, disfagia progressiva, icterícia).

O tratamento da dispepsia inclui mudança do estilo de vida, estímulo à incorporação de hábitos saudáveis, a abordagem dos fatores emocionais, além do uso de medicações diversas (IBP, procinéticos, antidepressivos). Deve-se tratar a infecção de *H. pylori* e posteriormente fazer um controle de tratamento conforme Nota técnica 11 – Comissão de Farmácia e terapêutica- 2023 (<http://manuaisdasaude.pbh/af/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%20CFT/NT%20CFT%202023%2011.pdf>). Não é necessária a repetição de EDA em todas as crises, devendo-se focar

inicialmente no tratamento clínico.

5 - Critérios de Agendamento

5.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Urgência/ Emergência

- Quadro agudo de hemorragia digestiva alta;
- Ingestão de corpo estranho;
- Disfagia aguda altamente desconfortável (sintomas agudos e intensos);
- Ingestão de cáusticos;
- Impactação alimentar.

5.2 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Muito Alta/Regulação (VERMELHA)

- Sintomas em abdome superior associada a sinais de alarme sugestivos a doença neoplásica do TGI superior (perda ponderal >10%, disfagia, odinofagia, vômitos persistentes, sangramento digestivo, anemia, massa palpável em abdome superior ou lesão TGI superior visualizada em outro exame de imagem, linfonodomegalia supraclavicular à esquerda, história familiar de câncer digestivo);
- Sintomas dispépticos persistentes em indivíduos > 50 anos (citar tratamentos realizados até o momento) e que nunca tenham realizado EDA e não tenham sinais de alarme descritos acima.
- História de hematêmese ou melena recente, não aguda, sem repercussão hemodinâmica ou paciente com anemia ferropriva a esclarecer, afastadas causas ginecológicas (alterações de fluxo menstrual);

5.3 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Alta (LARANJA)

- Sintomas dispépticos persistentes em indivíduos > 50 anos (citar tratamentos realizados até o momento) sem EDA nos últimos 2 anos;

Acompanhamento evolutivo de lesões:

- **Esôfago de Barrett:**
 - 1 a 3 cm – Reavaliação de 5/5 anos;
 - > 3 cm – Reavaliação de 3/3 anos;
 - **Se displasia:** Repetir.
- **Metaplasia intestinal gástrica ou gastrite atrófica:**
 - Sem displasia – Reavaliação de 3/3 anos;
 - **Com displasia de baixo grau** – Reavaliação de 1/1 ano;
 - **Com displasia de alto grau** – Repetir com múltiplas biópsias e, depois, repetir de 6 a 6 meses; caso a lesão seja definida, considerar ressecção endoscópica.
- **Tumor carcinóide (tipo 1 ou tipo 2) < 1-2 cm:**
 - Ressecção endoscópica é o tratamento de escolha – Conferir se ressecção completa de lesão - Repetir EDA se incompleta; **após ressecção completa** - Reavaliação de 6/6 meses a 1/1 ano
- **Megaesôfago ou sequela de esofagite cáustica.**
 - Reavaliação de 1/1 ano.
- **Lesão subepitelial**
 - Se < 2 cm – reavaliação de 1/1 ano,
 - Se > 2 cm - Encaminhar para ecoendoscopia e avaliar ressecção.

(Obs: Pâncreas ectópico é uma lesão subepitelial benigna que pode ser encontrada no antro e não necessita de vigilância endoscópica.)

Pacientes com lesões esofagogástricas que necessitem de vigilância endoscópica devem ser acompanhados pelo especialista e aqueles com displasias de alto grau ou que necessitem de tratamento endoscópico das lesões, devem ser acompanhados na gastroenterologia referência.

Em tempo: Devem ser consideradas **prioridade alta** as solicitações de EDA para acompanhamento de lesões que forem solicitadas com intervalo adequado conforme

protocolo.

5.4 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Média (AMARELA)

- Sintomas dispépticos persistentes em indivíduos <50 anos (citar tratamentos realizados até o momento) e que nunca tenham feito EDA ou sem EDA nos últimos 5 anos.
- Investigação e controle de hipertensão portal:
 - Sem varizes ou varizes de fino calibre - Repetir em 2 a 3 anos;
 - Varizes de médio, grosso calibre - Repetir em 1 ano.
- Controle de esofagite erosiva grau C e D de Los Angeles ou complicada (úlceras ou estenose), após tratamento clínico;
- Controle de úlcera gástrica - Realizar 2 a 3 meses após tratamento clínico;
- Controle de úlcera duodenal complicada (subestenose, profundas):
 - Realizar após tratamento clínico.
- Controle pós gastrectomia por doença maligna (acompanhamento com a oncologia):
 - Checar vínculo com instituição de origem de tratamento oncológico;
- Controle de pólipos:
 - Hiperplásicos e glandulares
 - Sem necessidade de vigilância
 - Se >1 cm - Avaliar polipectomia
 - Adenomatoso: polipectomia e reavaliar 1 ano após ressecção; depois, reavaliar de 3/3 anos
- Pré-operatório (cirurgia bariátrica).

5.5 - Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação em prioridade Baixa (VERDE)

- Sintomas em abdome superior persistentes após tratamento clínico, com EDA prévia;
- Controle de erradicação de *H. pylori* – 2 a 3 meses após o término do tratamento;
- Pós-gastrectomia por doença benigna
 - Pós-bariátrica: acompanhamento no serviço de referência que fez a cirurgia.

5.6 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao Gastroenterologista na prioridade Muito Alta/Regulação (VERMELHA)

- Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores e seguimento de patologias com potencial de transformação maligna (exemplo: metaplasia intestinal, displasia, lesões adenomatosas, gastrite atrófica, megaesôfago, esôfago de Barrett, lesões subepiteliais) sem acompanhamento.
- Procedimentos terapêuticos específicos (polipectomia, dilatação, mucosectomia, ablações) são avaliados e encaminhados pelo gastroenterologista. Após a consulta com o gastroenterologista, o mesmo avaliará o encaminhamento ao serviço terciário. O fluxo de tratamento endoscópico de varizes (esclerose ou ligadura elástica) e polipectomia/mucosectomia é realizado pelo SIGRAH na opção ENDOSCOPIA TERAPÊUTICA e solicitado pelo gastroenterologista na consulta especializada.
- História de esofagites cáusticas/químicas (acompanhamento nos primeiros 5 anos).