

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Gerência de Rede Ambulatorial Especializada – GERAЕ

Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde – DMAC

**ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA ESPECIALIZADA COM
GASTROENTEROLOGISTA**

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

PARA TODOS OS ENCAMINHAMENTOS

HISTÓRIA CLÍNICA: Descrever a história sucinta com o tempo de evolução dos sintomas. Relatar a presença da dor e as características do processo álgico como intensidade, forma e localização; enfatizar a presença dos sintomas de alarme (perda de peso, anemia, dor intensa e persistente, hiporexia e presença de sangramento digestivo). Relatar sintomas gastrointestinais: pirose, regurgitação ácida, disfagia, odinofagia, alterações do hábito intestinal (fezes líquidas, pastosas, sanguinolentas ou esteatorréicas). Descrever os medicamentos em uso, consumo de bebidas alcoólicas, história familiar de câncer, e história de tabagismo, se presente.

EXAME FÍSICO: Relatar os achados importantes, enfatizando a presença de massa abdominal, visceromegalias, dor abdominal e icterícia.

EXAMES COMPLEMENTARES: Hemograma, PCR, função hepática, enzimas hepáticas, sorologia para hepatites virais, TSH, exame parasitológico de fezes e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). Os exames devem ser direcionados de acordo com o quadro clínico do paciente. Exames endoscópicos do trato digestivo devem ser anexados se realizados (não são obrigatórios para o encaminhamento para a consulta com o gastroenterologista).

TRATAMENTOS REALIZADOS: Apenas o nome dos medicamentos prescritos para a patologia (exemplos: analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros, orientações e tempo de uso da medicação).

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Descrever.

CONDIÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Sangramento digestivo alto e baixo manifestado como hematêmese, melena ou hematoquezia, com repercussão hemodinâmica;
- Cirrose hepática com sinais de descompensação aguda (ascite, encefalopatia hepática, hemorragia digestiva);
- Impactação alimentar no esôfago;

- Ingestão de corpo estranho;
- Sinais de abdome agudo;
- Hepatite aguda grave.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas neste protocolo. Entretanto, ressalta-se que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRAS ESPECIALIDADES

- **Sorologia positiva para Hepatites Virais B e C:** encaminhar para a especialidade Infectologia (Hepatite virais).
- **Colelitíase:** encaminhar para a especialidade Cirurgia Geral (emitir AIH).
- **Pólipos de vesícula maior que 10 mm:** encaminhar para a especialidade Cirurgia Geral (emitir AIH).

Esse é um protocolo para direcionamento para consulta especializada. Não há pretensão de incluir todas as doenças gastroenterológicas. Caso haja alguma condição sem abrangência na listagem abaixo, o encaminhamento deve ser referendado com descrição da prioridade que o médico assistente acredite ser pertinente e com a principal hipótese diagnóstica para apreciação da auditoria.

SUMÁRIO

1 - SINAIS DE ALERTA POR CAUSAS GASTROENTEROLÓGICAS (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO).....	5
2 - NEOPLASIA GASTROINTESTINAL: ESÔFAGO, ESTÔMAGO, FÍGADO, PÂNCREAS E VIAS BILIARES, COLORRETAL (REGULAÇÃO PARA ONCOLOGIA).....	5
3 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: HEMATÊMESE, MELENA (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO).....	6
4 - CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO).....	6
5 - COLESTASE (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO).....	7
6 - CIRROSE HEPÁTICA (PRIORIDADE ALTA).....	7
7 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (PRIORIDADE ALTA).....	9
8 - ELEVAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS (PRIORIDADE ALTA).....	9
9 - DISTÚRBIOS MOTORES DO ESÔFAGO (PRIORIDADE MÉDIA).....	12
10 - DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (PRIORIDADE MÉDIA).....	12
11 - ESOFAGITE EOSINOFÍLICA (PRIORIDADE MÉDIA).....	13
12 - METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA (PRIORIDADE MÉDIA).....	13
13 - ÚLCERA GÁSTRICA E DUODENAL (PRIORIDADE MÉDIA).....	14
14 - PANCREATITE CRÔNICA (PRIORIDADE MÉDIA).....	14
15 - CISTOS PANCREÁTICOS (PRIORIDADE MÉDIA).....	15
16 - NÓDULOS HEPÁTICO (PRIORIDADE MÉDIA).....	15
17 - DIARRÉIA CRÔNICA (PRIORIDADE MÉDIA).....	16
18 - DOENÇA CELÍACA (PRIORIDADE MÉDIA).....	17
19 - ANEMIA CARENCIAL (PRIORIDADE MÉDIA).....	17
20 - GASTRITE AUTOIMUNE (PRIORIDADE BAIXA).....	17
21 - ESTEATOSE HEPÁTICA (PRIORIDADE BAIXA).....	18
22 - CONSTIPAÇÃO REFRATÁRIA (PRIORIDADE BAIXA).....	18
23 - EPIGASTRALGIA REFRATÁRIA (PRIORIDADE BAIXA).....	19
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	20

CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE GASTROENTEROLOGIA ADULTO

DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO PARA GASTROENTEROLOGIA

1 - SINAIS DE ALERTA POR CAUSAS GASTROENTEROLÓGICAS (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO)

- Sangramento digestivo alto manifestado como hematêmese, melena sem repercussão hemodinâmica;
- Perda ponderal não intencional e significativa em relação ao basal do paciente;
- Mudança abrupta do hábito intestinal (diarréia ou constipação) em contexto de hipótese diagnóstica de doença neoplásica;
- Anemia grave sem causa definida após investigação inicial na APS;
- Disfagia progressiva com perda ponderal e impactação de alimentos;
- Vômitos persistentes com perda ponderal e dor;
- Dor abdominal tipo cólica acentuada e limitante (excluídas patologias da vesícula biliar, rins e útero).

O quadro de alerta para maior gravidade das doenças gastrointestinais está associado à combinação dos sintomas descritos acima. Quadro isolado de dor abdominal, mudança do hábito intestinal ou anemia não caracteriza gravidade.

2 - NEOPLASIA GASTROINTESTINAL: ESÔFAGO, ESTÔMAGO, FÍGADO, PÂNCREAS E VIAS BILIARES, COLORRETAL (REGULAÇÃO PARA ONCOLOGIA)

Os pacientes com diagnóstico de neoplasia gastrointestinal devem ser encaminhados para serviço de oncologia. O encaminhamento é realizado pelo serviço de regulação com prioridade muito alta/sob regulação.

Para o diagnóstico de neoplasia necessita-se de história clínica, exames laboratoriais,

imagem (radiológicos e endoscópicos) e histologia. Algumas neoplasias, como fígado e pâncreas, não necessitam de biópsia para encaminhamento para oncologia, uma vez que os exames radiológicos (tomografia computadorizada e ressonância magnética) são altamente sugestivos do diagnóstico.

3 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: HEMATÊMESE, MELENA (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO)

Pacientes com hemorragia digestiva alta (hematêmese ou melena) manifestada de forma aguda, com hipotensão arterial, sudorese, lipotímia e outros sinais de repercussão hemodinâmica, devem ser estabilizados com hidratação venosa e encaminhados para o serviço de urgência. As principais causas para esse tipo de sangramento são varizes esofágicas e gástricas secundárias à hipertensão portal e úlceras gástricas ou duodenais com sangramento ativo. Esses pacientes necessitam de suporte avançado, como possível hemotransfusão e tratamento endoscópico ou cirúrgico da causa do sangramento.

Aqueles pacientes sem instabilidade hemodinâmica, mas com sangramento recente, sem grande monta, devem ser encaminhados para consulta com gastroenterologista com prioridade muito alta/sob regulação. Apesar das principais causas serem as mesmas, provavelmente o sangramento é autolimitado, mas com índice significativo de recidiva. Portanto, precisa de investigação etiológica e tratamento precoce. É importante que o paciente tenha exames atualizados dos níveis hematemétricos e dados vitais no encaminhamento.

4 - CIRROSE HEPÁTICA DESCOMPENSADA (PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO)

Cirrose hepática com sinais de descompensação aguda (ascite, encefalopatia hepática, hemorragia digestiva) devem ser encaminhados para a urgência, conforme estabelecido acima.

Os demais casos de ascite, encefalopatia hepática e hemorragia digestiva sem descompensação aguda devem ser encaminhados com prioridade muito alta/sob regulação.

5 - COLESTASE (**PRIORIDADE MUITO ALTA/ SOB REGULAÇÃO**)

Paciente com quadro de colestase deve ser encaminhado para consulta com gastroenterologista com prioridade muito alta/sob regulação pelo risco de doença hepática grave, obstrução de via biliar e neoplasia do fígado, pâncreas e vias biliares.

O quadro de colestase é caracterizado por icterícia, hiporexia, prurido, colúria, acolia fecal, perda ponderal e dor abdominal. Nos casos de colangite, os pacientes evoluem com febre e calafrio. Nos pacientes idosos, a possibilidade de neoplasia ou coledocolitíase é alta. Nos pacientes mais jovens, a maior possibilidade é de litíase e doenças autoimunes hepáticas. A colestase também está presente na hepatite alcoólica aguda e na hepatopatia crônica fibrosante descompensada.

A colestase se caracteriza laboratorialmente por aumento das bilirrubinas, fosfatase alcalina e GGT. As transaminases também podem estar aumentadas em menor intensidade. Caso seja viável, deve ser solicitado exame de ultrassom abdominal na APS para iniciar a avaliação do fígado, pâncreas e vias biliares.

6 - CIRROSE HEPÁTICA (**PRIORIDADE ALTA**)

A cirrose hepática é caracterizada pela identificação de hepatopatia crônica fibrosante em um exame de imagem, principalmente ultrassom abdominal. No Quadro 1, observa-se a descrição dos principais achados clínicos, laboratoriais e de exames complementares para diagnóstico da cirrose hepática.

Na consulta especializada será investigada a etiologia da hepatopatia: alcoólica, metabólica, infecciosa, autoimune, genética dentre outras possíveis causas. A avaliação da função hepática deve ser mensurada pelo Escore Child-Pugh (Quadro 2).

Quadro 1 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática

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.
Diagnóstico complementar	• Biópsia hepática com resultado de escore METAVIR F4 ou Ishak 5 ou 6. • Elastografia hepática compatível com METAVIR F4 (Elastografia transitória ou por ultrassonografia). • Paciente com hepatopatia e presença de varizes esofágicas. • Fígado descrito como cirrótico em laparoscopia ou laparotomia prévia
Alterações clínicas e laboratoriais que indicam alta suspeita de cirrose em pacientes com hepatopatia conhecida ou presumida	• Ascite • Veias abdominais dilatadas • Esplenomegalia • Plaquetopenia < 110mil • Albumina < 3,5

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goldberg e Chopra (2021a), Brasil (2017) e Udell et. al (2012).

Quadro 2 – Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose

	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Encefalopatia	Ausente	Mínima	Coma avançado
Ascite	Ausente	Facilmente controlada	Mal controlada
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
Bilirrubina	< 2 mg/dL	2 - 3 mg/dL	> 3 mg/dL

Albumina	> 3,5 g/dL	2,8 - 3,5 g/dL	> 2,8 g/dL
-----------------	------------	----------------	------------

Child A: 5-6 pontos; Child B: 7-9 pontos; Child C: 10-15 pontos

7 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (PRIORIDADE ALTA)

A doença inflamatória intestinal (DII) é caracterizada por um conjunto de doenças crônicas, inflamatórias e autoimunes do intestino. A DII é representada pela Doença de Crohn e pela Retocolite ulcerativa. Os principais sintomas da doença são:

- Dor abdominal e alterações no hábito intestinal, o que inclui constipação ou diarreia por mais de 4 semanas (além da persistência das dores e da diarreia, em alguns casos é possível observar a presença de sangue ou muco nas fezes);
- Fadiga e cansaço frequentes;
- Perda de peso não intencional (5% do peso habitual) nos últimos três meses;
- Urgência para evacuar;
- Lesões na região do ânus de difícil cicatrização (fistulas perianais).

O diagnóstico da DII depende de uma boa anamnese, associada a exames laboratoriais (hemograma, PCR, VHS, calprotectina fecal, vitaminas e função hepática) e de imagem (US abdominal, TC/RNM abdominal, endoscopia digestiva alta – EDA e colonoscopia).

Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de doença de Crohn ou Retocolite ulcerativa devem ser encaminhados para o especialista.

8 - ELEVAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS (PRIORIDADE ALTA)

A elevação das enzimas hepáticas pode estar associada a várias etiologias. As causas mais frequentes são toxicidade por medicamentos e infecções virais. Na maior parte dos casos, quando se retira o fator agressor do fígado, as enzimas retornam aos valores normais sem necessidade de nenhum tratamento específico. Recomenda-se sempre repetir os exames de AST/TGO, ALT/TGP e fosfatase alcalina alterados para confirmar se a alteração é persistente. Gama-GT isoladamente elevada (com aminotransferases e fosfatase alcalina normais) não indica doença hepática.

Naquele paciente com elevação persistente de enzimas hepáticas (transaminases,

fosfatase alcalina e GGT) deve-se realizar uma investigação clínica. O Quadro 3 ilustra a condução inicial da APS.

Quadro 3 – Investigação da elevação das enzimas hepáticas

Exame alterado	Causas principais	Achados/Investigação (exames a serem solicitados)
AST/TGO e ALT/TGP	Consumo de álcool	História de abuso de álcool / Relação AST/ALT > 2.
	Hepatites virais	Relação ALT > AST (com cirrose, AST > ALT). <u>Exames</u> : HBsAg, Anti-HCV (ou testes rápidos para HBV e HCV).
	Doença hepática metabólica do fígado	Sobrepeso ou obesidade, diabetes, dislipidemia, HAS. Relação ALT > AST (com cirrose, AST > ALT). <u>Exames</u> : ecografia abdominal, glicose, perfil lipídico.
	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível.
	Hepatite autoimune	Relação ALT > AST. <u>Exames</u> : FAN, anti-músculo liso, IgG total sérico ou em eletroforese de proteínas.
	Hemocromatose	Relação ALT > AST. <u>Exames</u> : saturação de transferrina, ferritina.
Fosfatase alcalina	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos

		e substituir quando possível.
	Obstrução biliar extra-hepática • Litíase • Neoplasia	Sintomas como dor abdominal, emagrecimento, prurido. Exames: ecografia abdominal.
	Doenças colestáticas (Cirrose Biliar Primária, Colangite Esclerosante)	Sintomas como prurido, fadiga. Avaliação complementar com: Anti-mitocôndria, FAN.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Após investigação da elevação das enzimas hepáticas pela APS, conforme as recomendações do Quadro 3, indica-se encaminhar para a consulta especializada:

- Elevação de aminotransferases ou fosfatase alcalina com diagnóstico definido ou provável de doença hepática crônica como hemocromatose, hepatite autoimune, colangite biliar primária ou colangite esclerosante primária;
- Elevação de aminotransferases > 5 vezes o limite superior da normalidade sem etiologia definida após investigação inicial na APS;
- Elevação por mais de 6 meses, sem etiologia definida após investigação inicial na APS, de:
 - Aminotransferases entre 2 e 5 vezes o limite superior de normalidade
 - Fosfatase alcalina $\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade com gama-GT também elevada.
- Elevação por mais de 6 meses, quando persiste suspeita de doença hepática crônica mesmo após investigação inicial negativa na APS de:
 - Aminotransferases < 2 vezes o limite superior da normalidade
 - Fosfatase alcalina < 1,5 vezes o limite superior de normalidade com gama-GT também elevada.

Paciente com elevação aguda das transaminases (mais de cinco vezes a referência), com elevação do RNI, aumento da bilirrubina e sinais de encefalopatia devem ser encaminhados para serviço de urgência pelo risco de hepatite fulminante.

9 - DISTÚRBIOS MOTORES DO ESÔFAGO (PRIORIDADE MÉDIA)

Os distúrbios motores do esôfago são caracterizados por disfagia, dor torácica, regurgitação e impactação alimentar. A disfagia é o sintoma de maior destaque e é definida como uma dificuldade para deglutir que inicia segundos após a ingestão de sólidos ou de líquidos, resultando na sensação de alimento impactado na região torácica.

Para diagnóstico dos distúrbios do esôfago, o exame inicial é a EDA com biópsia do esôfago, que deve ser solicitada pela APS. Caso o exame endoscópico seja normal, será necessária a complementação da propedêutica (exame contratado do esôfago e manometria esofagiana) na consulta especializada. As principais afecções são: acalasia, espasmo esofágico, hipomotilidade esofágica e esofagite eosinofílica.

Os pacientes com disfagia esofágica com sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso, progressão da disfagia para outras consistências alimentares, hematêmese, anemia por deficiência de ferro, impactação alimentar, vômitos persistentes) devem ser encaminhados com prioridade muito alta/sob regulação pela probabilidade de neoplasia do esôfago e da cárdia.

10 - DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (PRIORIDADE MÉDIA)

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é o retorno involuntário e repetitivo do conteúdo do estômago para o esôfago. Os sintomas mais frequentes são dor epigástrica, pirose, dor torácica, tosse, pigarro, disfonia e soluço. É uma doença muito frequente e crônica. Os pacientes com diagnóstico clínico e endoscópico devem ser submetidos ao tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose dobrada por oito semanas associado a medidas comportamentais (controle dietético, interrupção do tabagismo, controle da obesidade, redução da ansiedade). Habitualmente os sintomas recorrem, portanto, os pacientes podem se submeter a novo ciclo do IBP. Alguns pacientes necessitam do uso de IBP por período prolongado.

Na listagem a seguir, estão os casos que necessitam do encaminhamento ao gastroenterologista:

- Esofagite graus C e D de Los Angeles;
- Estenose péptica;

- Hérnia hiatal de grande tamanho;
- DRGE refratário ao tratamento otimizado por no mínimo dois meses;
- Esôfago de Barrett.

Pacientes com esôfago de Barrett com displasia detectada na vigilância endoscópica, devem ser encaminhados com prioridade muito alta/ sob regulação.

11 - ESOFAGITE EOSINOFÍLICA (PRIORIDADE MÉDIA)

A esofagite eosinofílica é uma enfermidade crônica e imunologicamente mediada do esôfago, caracterizada clinicamente por manifestações de disfunção esofagiana: pirose, dor torácica, disfagia e impactação alimentar. O diagnóstico é confirmado pela presença de pelo menos 15 eosinófilos no campo de maior aumento na amostra do tecido esofágico colhido por EDA.

Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de esofagite eosinofílica devem ser encaminhados para acompanhamento com gastroenterologista.

12 - METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA (PRIORIDADE MÉDIA)

A metaplasia intestinal da mucosa gástrica é uma alteração detectada na histologia dos exames endoscópicos (EDA). Essa alteração é caracterizada pela substituição da mucosa gástrica antral e oxíntica por mucosa intestinal. A metaplasia intestinal pode ser classificada em completa e incompleta. Para quantificar a extensão da metaplasia, utiliza-se o estadiamento de OLGIM (grau I a IV).

A metaplasia intestinal gástrica está associada a infecção pelo *H pylori*. Portanto, é necessário o tratamento com esquema triplo (amoxicilina + claritromicina + IBP – 14 dias) e confirmação da erradicação da bactéria de 8 a 12 semanas após a conclusão do tratamento.

Apesar da correlação da metaplasia intestinal com neoplasia gástrica, não serão todos os pacientes que terão risco para evolução para displasia e câncer precoce do estômago. Deverão ser encaminhados para gastroenterologista os pacientes que apresentam as seguintes alterações:

- Metaplasia intestinal gástrica focal (presente apenas no antro ou no corpo gástrico) em paciente com histórico familiar de câncer gástrico em parente de primeiro grau;
- Metaplasia intestinal gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico);
- Metaplasia intestinal gástrica OLGIM III ou IV;
- Infecção por *H pylori* não erradicada.

13 - ÚLCERA GÁSTRICA E DUODENAL (PRIORIDADE MÉDIA)

A presença da úlcera péptica gástrica ou duodenal está relacionada na maioria dos casos à infecção por *H pylori*. Outra causa frequente é o uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais. Todos os pacientes devem ser tratados com inibidor de bomba de prótons em dose dobrada por período de 8 a 12 semanas. Aqueles com infecção por *H pylori* devem ser submetidos ao esquema antimicrobiano para erradicação da bactéria. A erradicação da bactéria deve ser confirmada por novo exame endoscópico ou teste respiratório.

Os pacientes que persistem com úlcera após controle endoscópico realizado após 8 a 12 semanas de tratamento otimizado (incluindo erradicação do *H. pylori*, se infecção comprovada) devem ser encaminhados para o gastroenterologista.

Caso a infecção por *H. pylori* persista após o tratamento inicial com esquema tríptico com amoxicilina + claritromicina + IBP, o paciente deve ser submetido a novo tratamento com amoxicilina + levofloxacino + IBP. Os pacientes sem erradicação da bactéria após os dois esquemas, mesmo que a úlcera esteja cicatrizada, devem ser encaminhados para o gastroenterologista.

14 - PANCREATITE CRÔNICA (PRIORIDADE MÉDIA)

A pancreatite crônica é uma inflamação do pâncreas de longa duração, resultante de uma deterioração irreversível da estrutura e da função pancreática. A causa predominante da pancreatite é o consumo aumentado do álcool.

O diagnóstico de pancreatite é feito pela história clínica (alcooolismo, desnutrição, hipovitaminose, dor abdominal acentuada, perda ponderal, esteatorréia, diabetes mellitus de difícil controle e insulínod dependente), exame laboratorial (presença de gordura nas fezes, elastase fecal baixa, hiperglicemia, deficiência de vitamina A, D, E e K) e exame de imagem que evidencia parênquima pancreático atrófico, tortuosidade e dilatação do ducto principal e

calcificações pancreáticas.

Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de pancreatite crônica ou pancreatite aguda recorrente devem ser encaminhados para acompanhamento com gastroenterologista.

15 - CISTOS PANCREÁTICOS (PRIORIDADE MÉDIA)

As lesões císticas do pâncreas, na sua maior parte, são achados incidentais em exames radiológicos de rotina (ultrassom ou tomografia abdominal). As lesões císticas mais frequentes são: cisto seroso, cisto mucinosa e neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPNM). A maioria das lesões são pequenas (menores que 2cm) e assintomáticas.

Todos os pacientes com detecção de cistos no pâncreas devem ser encaminhados para acompanhamento com gastroenterologista para caracterização das lesões através da ressonância das vias biliares.

Aqueles pacientes com características de malignidade, como cisto maior que 3 cm, paredes espessadas, ducto principal maior que 10mm, nódulos murais, atrofia do pâncreas e gânglios linfáticos aumentados devem ser encaminhados para gastroenterologista com prioridade muito alta/sob regulação.

16 - NÓDULOS HEPÁTICO (PRIORIDADE MÉDIA)

Um nódulo no fígado é uma lesão anormal que se forma no tecido hepático, podendo ser uma massa sólida ou uma área de tecido anômalo que se diferencia do tecido ao redor. Esses nódulos podem ser benignos ou malignos.

A maioria dos nódulos hepáticos são assintomáticos, menores que 5 cm e detectados incidentalmente durante um exame radiológico. Essas lesões frequentemente são benignas e bem caracterizadas em exames radiológicos contrastados, principalmente a ressonância nuclear do abdome com contraste hepatoespecífico. É infrequente a necessidade da realização de biópsias. As lesões mais detectadas são: hemangioma, adenoma e hiperplasia nodular focal. Os cistos também são achados incidentais.

Pacientes com nódulos hepáticos e cistos septados devem ser encaminhados para gastroenterologista para realização do exame de imagem de alto custo para definição radiológica da lesão e avaliação de necessidade do seguimento periódico.

Aqueles pacientes com nódulo definido como neoplásico em um exame de imagem (hepatocarcinoma, colangiocarcinoma, lesões secundárias) devem ser encaminhados sob

regulação para a oncologia.

A presença de nódulo hepático em paciente com hepatopatia crônica fibrosante, hepatite B, hepatite C, hemocromatose e doença metabólica do fígado tem alta probabilidade de hepatocarcinoma e deve ser encaminhado para gastroenterologista com prioridade muito alta/sob regulação.

17 - DIARRÉIA CRÔNICA (**PRIORIDADE MÉDIA**)

A diarreia crônica é a alteração do hábito intestinal caracterizado por aumento da frequência evacuatória ou diminuição da consistência das fezes que persiste por mais de quatro semanas. Há causas variadas como intolerância alimentar, infecção crônica, síndrome do intestino irritável, má absorção e doença inflamatória intestinal.

Na abordagem inicial, a APS deve rastrear as causas mais frequentes de diarreia, como mostra o Quadro 4. Aqueles pacientes sem definição etiológica, sem resposta ao tratamento na APS ou com diagnóstico de causas específicas como doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou insuficiência pancreática, devem ser encaminhados para consulta com gastroenterologista.

Quadro 4 – Avaliação da diarreia crônica

Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV, EPF, coprocultura, leucócitos fecais.
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 (PCR, VHS e calprotectina fecal). ● 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 (ferro, vitamina D, vitamina B12), presença de gordura fecal.

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

18 - DOENÇA CELÍACA (PRIORIDADE MÉDIA)

A doença celíaca é uma condição imunomediada caracterizada pela produção de anticorpos à exposição ao glúten, que ocorre em pacientes geneticamente predispostos. Esses anticorpos agredem a mucosa do intestino delgado, destruindo as vilosidades intestinais. Os sintomas são: diarreia, má digestão, anemia carencial, flatulência, distensão abdominal e lesões dermatológicas (dermatite herpetiforme).

O diagnóstico é feito pelo exame sorológico positivo de antitransglutaminase IgA e alterações atróficas na biópsia do duodeno.

Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de doença celíaca devem ser encaminhados para acompanhamento com gastroenterologista.

19 - ANEMIA CARENCIAL (PRIORIDADE MÉDIA)

Pacientes com anemia crônica devem ser investigados inicialmente pela APS. Caso a causa não seja definida, a primeira especialidade a ser encaminhada é a hematologia.

Pacientes com anemia ferropriva devem ser investigados para doença celíaca através da solicitação de anticorpo antitransglutaminase. Pacientes com mais de 50 anos devem ser encaminhados para o gastroenterologista para investigação de sangramento gastrointestinal.

Aqueles pacientes com anemia por deficiência de vitamina B12 devem ser encaminhados para o gastroenterologista pela suspeita de gastrite autoimune ou outra doença disabsortiva.

20 - GASTRITE AUTOIMUNE (PRIORIDADE BAIXA)

A gastrite autoimune é uma doença caracterizada pela produção de anticorpos (principal: anticélulas parietais) que agredem a mucosa gástrica com consequente atrofia da mucosa oxíntica e prejuízo na absorção da vitamina B12. Os pacientes com diagnóstico de gastrite atrófica autoimune devem ser encaminhados para gastroenterologista pelo risco de neoplasia neuroendócrina.

21 - ESTEATOSE HEPÁTICA (PRIORIDADE BAIXA)

A esteatose hepática é uma alteração detectada frequentemente em exames de imagem (ultrassom, tomografia e ressonância). Essa afecção é caracterizada por acúmulo de gordura no parênquima hepático, com consequente aumento do volume (hepatomegalia). A doença metabólica do fígado caracteriza-se pela presença de esteatose hepática associada à: obesidade, aumento da glicemia (resistência periférica à insulina), diminuição do HDL, hiperglicemia e hipertensão arterial.

A doença pode evoluir com fibrose progressiva do fígado e doença hepática avançada (hepatopatia crônica fibrosante e hepatocarcinoma). Os marcadores de gravidade são transaminases elevadas, trombocitopenia e albumina sérica baixa.

O tratamento da doença hepática metabólica envolve perda ponderal, controle da dislipidemia e da hiperglicemia, recomendação de atividade física e abstenção alcoólica. Aqueles pacientes com transaminases persistentemente elevadas por seis meses após medidas clínicas na APS, devem ser encaminhados para o gastroenterologista.

22 - CONSTIPAÇÃO REFRATÁRIA (PRIORIDADE BAIXA)

Os pacientes com constipação crônica devem ser encaminhados para o gastroenterologista se não obtiverem melhora após 12 semanas de tratamento otimizado na APS. As orientações para tratamento clínico são mostradas no Quadro 5.

Quadro 5 – Tratamento da constipação intestinal em adultos

Modificações da dieta: dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada, com aumento no uso de alimentos com efeito laxante ¹ e redução daqueles com efeito constipante ² .
Modificações do estilo de vida: explicar sobre o reflexo gastrocólico (causa vontade de evacuar mais frequentemente após as refeições, sendo importante percebê-lo e, sempre que possível, não inibir a vontade evacuatória).
Suplementação de fibras: • Aveia, farelo de trigo, farinha de linhaça (2 a 4 colheres de sopa dissolvidos em água, suco ou iogurte);

• Agentes formadores de bolo fecal como psyllium e metilcelulose (1 a 2 colheres de sopa ao dia), havendo uma série de apresentações comerciais disponíveis.
Uso de laxativos osmóticos³: • Leite de magnésia: 2 a 4 colheres de sopa, divididas em 1 a 3 vezes ao dia, em horários distantes das refeições principais; • Lactulose: 15 a 30 mL ao dia, pela manhã ou à noite; • PEG (macrogol) –1 a 2 sachês ao dia.
Excluir causas secundárias de constipação: • Medicamentos: anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, diuréticos, ferro, antiinflamatórios, opióides. • Condições clínicas: hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon.

1 - Alimentos laxantes: abacaxi, ameixa, maçã com casca, mamão, manga, melancia, cajá, umbu, acerola, cacau, aveia, farelo de trigo, milho, laranja com bagaço, feijão, lentilha, soja, grão de bico, semente de linhaça, abóbora, abobrinha, verduras cruas, arroz integral, pão integral, vagem, pepino, figo, folhas (alface, agrião, rúcula);

2 - Alimentos constipantes farinhas refinadas presentes no macarrão, pão branco, arroz branco, biscoitos refinados, bem como batata, mandioca, tapioca, batata doce, mandioquinha, cuscuz, alimentos industrializados em geral (ultraprocessados).

3 - Indicados para pacientes que não respondem às medidas acima ou que não toleram o uso de fibras.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2023).

Caso necessário, consultar também o Protocolo de Critérios para Agendamento de Consultas na Coloproctologia, disponível em:

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/9df749169b61f180203379b547caa834223f60a3.pdf>

23 - EPIGASTRALGIA REFRATÁRIA (PRIORIDADE BAIXA)

A dispepsia funcional é caracterizada por um desconforto na área superior do abdômen, com sensação de queimação, distensão ou flatulência, náuseas ou plenitude precoce após se alimentar (conforme definido no Protocolo de Critérios para Agendamento de EDA) <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/03b1c779f0a1d93efc7015cae9a1ecb28e1c68e4.pdf>). É uma doença crônica, com recorrência frequente. Os pacientes com mais de 50 anos com

sintomas persistentes após tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) por oito semanas, devem ser submetidos à EDA.

Os pacientes que persistem com epigastralgia, sem doença do refluxo gastroesofágico, sem úlcera péptica, sem infecção por *H pylori* e que a endoscopia evidenciou somente gastrite leve inativa, devem ser tratados com IBP por seis meses, associado a medidas comportamentais. Deve-se excluir outras causas de epigastralgia como colecistolitíase. O encaminhamento para gastroenterologia deve ocorrer se esgotarem as medidas expostas acima.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Books, D. C. *et al.* The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of cystic pancreatic neoplasms. *Gastrointest Endosc* 2016; Volume 84, Issue 1; P1-9
2. Coelho, L. G. *et al.* IVth Brazilian Consensus on Helicobacter Pylori Infection. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo.
3. Cohen, J.; Greenwald, D. A. Overview of upper gastrointestinal endoscopy (esophagogastroduodenoscopy). Waltham (MA): UpToDate, 10 Aug. 2022.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical practice guidelines on the management of benign liver tumours. *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 65, n. 2, p. 386-3938, Aug. 2016.
5. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *Journal of Hepatology*, September 2024. vol. 81 j 492–542.
6. Fass, R. *et al.* AGA Clinical Practice Update on Functional Heartburn: Expert Review. *Gastroenterology*. Vol. 158. Issue 8p. 286–2293.
7. Forbes, N. *et al.* ASGE guideline on endoscopic submucosal dissection for the management of early esophageal and gastric cancers: summary and recommendations *Gastrointest Endosc* 2023; Volume 98, Issue 3; P271-284
8. Friedman, L. S. Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests. Waltham (MA): UpToDate, 30 Aug. 2024a.
9. Goldberg E.; Chopra, S. Cirrhosis in adults: etiologies, clinical manifestations, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 08 Jan. 2025a.

10. Husby, M.A. *et al.* AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Monitoring of Celiac Disease—Changing Utility of Serology and Histologic Measures: Expert Review. *Gastroenterology*. 2019 Mar;156(4):885-889.
11. Imbrizi, M. *et al.* Second Brazilian Consensus on the Management of Crohn's disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arq Gastroenterol*.2022. v. 59. Suplemento.
12. Khashab, M.A. *et al.* ASGE guideline on the management of achalasia. *Gastrointest Endosc* 2020; Volume 91, Issue 2; P213-227.
13. Protocolos de Regulação Ambulatorial: Gastroenterologia Adulto – Regula SUS. TelessaúdeRS-UFRGS (2023).
14. Qumseya, B. *et al.* ASGE guideline on screening and surveillance of Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc*. 2019 Sep;90(3):335-359.e2.