

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: GASTROENTEROLOGIA ADULTO	6
Mudanças da nova versão	8
Protocolo 1 – Cirrose	9
Protocolo 2 – Alterações Laboratoriais Hepáticas	10
Protocolo 3 – Lesões Hepáticas	11
Protocolo 4 – Esteatose Hepática	13
Protocolo 5 – Hepatite B	14
Protocolo 6 – Hepatite C	16
Protocolo 7 – Solicitação De Endoscopia Digestiva Alta	18
Protocolo 8 – Alteração De Endoscopia Digestiva Alta	19
Protocolo 9 – Dispepsia	20
Protocolo 10 – Doença Do Refluxo Gastroesofágico	21
Protocolo 11 – Disfagia	22
Protocolo 12 – Neoplasia De Cólon E Reto	23
Protocolo 13 – Diarreia	25
Protocolo 14 – Constipação	26
Protocolo 15 – Colelitíase E Coledocolitíase	27
Protocolo 16 – Ostomias (gastrostomias, ileostomias e colostomias)	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES	35

Protocolos de Regulação Ambulatorial: gastroenterologia adulto

Os protocolos de Gastroenterologia adulto foram publicados como parte integrante da [estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade gastroenterologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa com o encaminhamento.

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. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem esses recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionados a serviços de oncologia. Aqueles com coledocolitíase sem indicação de procedimento desobstrutivo de urgência (sem dor e sem suspeita de colangite), doença inflamatória intestinal com atividade clínica, hepatite aguda grave após avaliação em emergência, cirrose com escore de Child-Pugh B ou C ou carcinoma hepatocelular com cirrose descompensada devem ter preferência no encaminhamento para gastroenterologia quando comparados com outras condições clínicas previstas nestes protocolos.

Os pacientes com critérios para encaminhamento para oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas, respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo, conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do profissional assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, documentos pertinentes com informações clínicas sobre o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 12 de dezembro de 2016.

Última revisão em 27 de janeiro de 2025.

Protocolo 1 – Cirrose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de cirrose com sinais de descompensação (como ascite com início ou piora recente, encefalopatia hepática de início ou piora recente, icterícia, sangramento digestivo - hematêmese, melena ou hematoquezia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Alta suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#) e [Quadro 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descrever os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico ([Quadro 1](#) e [Quadro 2](#)).
3. Descompensação prévia da cirrose, como sangramento varicoso, ascite, encefalopatia ou peritonite bacteriana espontânea (sim ou não). Se sim, descrever.
4. Exames laboratoriais, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), hemoglobina, plaquetas, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas.
5. Escore Child para estadiamento da cirrose ([Quadro 3](#)).
6. Resultados de testes rápidos para HBV e HCV (ou HBsAg e anti-HCV).
7. Anexar laudo de exame de imagem abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).
8. Comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes).

Protocolo 2 – Alterações laboratoriais hepáticas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Elevação de aminotransferases associada a sinais de gravidade (encefalopatia ou RNI acima de 1,5).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- 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 ([Quadro 4](#)).
- Elevação por mais de 6 meses, sem etiologia definida após investigação inicial na APS ([Quadro 4](#)), de:
 - aminotransferases entre 2 e 5 vezes o limite superior da 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 ([Quadro 4](#)), de:
 - aminotransferases < 2 vezes o limite superior da normalidade; ou
 - fosfatase alcalina < 1,5 vezes o limite superior da normalidade com gama-GT também elevada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Se há suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 1](#)). Se sim, encaminhar conforme descritivo do [Protocolo 1](#).
3. Dois resultados de enzimas hepáticas, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, gama glutamil transferase.
4. Exames laboratoriais adicionais, com data: hemoglobina, plaquetas, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, testes rápidos para HBV e HCV (ou HBsAg e anti-HCV).
5. Anexar laudo de exame de imagem abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).
6. Comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes).
7. Medicamentos utilizados recentemente e de uso crônico (com tempo aproximado de uso, dose e posologia - [Quadro 5](#)).

Protocolo 3 – Lesões hepáticas

Paciente com hepatopatia conhecida (cirrose, hepatite crônica, doença hepática gordurosa não alcoólica, entre outras) ou com sintomas sugestivos de neoplasia que apresentam lesão hepática indeterminada devem ser avaliados inicialmente em serviço especializado para confirmar diagnóstico. Já pacientes de baixo risco, sem sintomas que sugiram neoplasia e com lesões provavelmente benignas (cistos simples, hemangiomas típicos¹ e lesões sólidas indeterminadas pequenas, entre outras) podem fazer investigação e acompanhamento inicial na APS - [Figura 1](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (tomografia computadorizada - TC ou ressonância magnética nuclear - RMN com contraste), quando disponível na APS:

- Lesão hepática sólida indeterminada ≥ 1 cm em pessoa sem hepatopatia conhecida.
- Hemangioma com características atípicas¹ determinada por ecografia em pessoa sem hepatopatia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Lesão hepática compatível com carcinoma hepatocelular identificada por exame de imagem em paciente que não preenche os critérios para encaminhamento à oncologia cirurgia do aparelho digestivo ou à oncologia clínica.
- Lesão hepática sólida indeterminada ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida (hepatite, cirrose, doença hepática gordurosa não alcoólica).
- Lesão hepática com indicação de TC ou RMN na impossibilidade de solicitar o exame na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia do aparelho digestivo:

- Lesão hepática descrita como cisto complexo.
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos).
- Lesão hepática sólida isolada e indeterminada, sem hepatopatia conhecida (hepatite, cirrose, doença hepática gordurosa não alcoólica).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia do aparelho digestivo:

- Lesão hepática compatível com carcinoma hepatocelular, sendo um nódulo único em paciente Child A, sem hipertensão portal ou trombose de veia porta.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica:

- Suspeita de metástase hepática (pacientes com neoplasia extra-hepática atual ou prévia, ou múltiplas lesões hepáticas sem sítio primário definido).
- Lesão hepática compatível com carcinoma hepatocelular, com invasão de veia porta ou metástases.

¹ Considera-se um hemangioma típico quando estiver presente as seguintes características ecográficas: lesão homogênea, hiperecoica, bem delimitada, com reforço acústico posterior e menor que 3 cm

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais).
2. Diagnóstico prévio de cirrose ou outra hepatopatia (sim ou não). Se sim, descrever.
3. Anexar laudo(s) de exame(s) de imagem abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.
4. História prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, qual.

Protocolo 4 – Esteatose hepática

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Esteatose hepática e suspeita de cirrose ([Quadro 1](#)) ou suspeita de fibrose avançada pelos escores não invasivos (FIB-4 > 3,25) ([Quadro 2](#)).
- Esteatose hepática e persistência de elevação de aminotransferases por 6 meses ($\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade) mesmo após tratamento conservador por 6 meses na APS¹ ([Quadro 6](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Comorbidades: hipertensão, diabetes, sobrepeso/obesidade, dislipidemia (sim ou não). Se sim, descrever quais.
3. Se o paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não). Se sim, descrever.
4. Resultado dos exames laboratoriais, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP; em paciente sem suspeita de cirrose, descrever 2 resultados), hemoglobina, plaquetas, albumina, bilirrubinas, tempo de protrombina, testes rápidos para HBV e HCV (ou HBsAg e anti-HCV).
5. Resultado dos escores não invasivos de fibrose ([Quadro 2](#));
6. Anexar laudo de exame de imagem abdominal que diagnosticou esteatose, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.
7. Tratamento conservador realizado na APS e mensuração de peso perdido.

¹ Em pacientes com sobrepeso/obesidade, é necessário a perda de, pelo menos, 5% do peso corporal, além dos outros critérios descritos no [Quadro 6](#).

Protocolo 5 – Hepatite B

A hepatite B é uma doença de notificação compulsória.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em hepatites. Paciente com suspeita de cirrose deve ser encaminhado preferencialmente para gastroenterologia.

Pacientes com **hepatite B aguda** podem ser acompanhados na APS, a menos que apresentem sinais de gravidade.

Gestante com hepatite B, sem suspeita ou diagnóstico de cirrose, não necessita acompanhamento em Pré-Natal de Alto Risco, porém deve ter prioridade no encaminhamento ao SAE ou Infectologia em razão de terapia profilática para transmissão vertical. O recém-nascido deve receber imunoglobulina para hepatite B (HBIG) ao nascimento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Hepatite B aguda grave, definida pela presença de:
 - coagulopatia (RNI acima de 1,5); ou
 - sintomas e icterícia evidente (bilirrubina total > 3 mg/dL ou bilirrubina direta > 1,5 mg/dL) por mais de 4 semanas; ou
 - hepatite fulminante (caracterizada por encefalopatia hepática e/ou ascite).
- Hepatite B aguda com incapacidade de manter hidratação por via oral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada (SAE) ou infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- Hepatite crônica por vírus B (HBV) ([Quadro 7](#)) sem suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#) e [Quadro 3](#)).
- Gestantes com teste rápido para HBV ou HBsAg reagentes.
- Suspeita de hepatite B oculta (presença de anti-Hbc total reagente com HBsAg e outros marcadores não reagentes) em paciente com risco de reativação (em terapia ou candidatos a terapia imunossupressora - [Quadro 8](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Hepatite crônica por HBV ([Quadro 7](#)) com suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#) e [Quadro 3](#)).
- Hepatite crônica por HBV ([Quadro 7](#)) com suspeita ou diagnóstico de carcinoma hepatocelular (ver [Protocolo 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de teste rápido para hepatite B (ou HBsAg), e um segundo teste confirmatório (PCR quantitativo para HBV, anti-HBc total ou HBeAg) com data.
2. Resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data,
3. Suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descrever os achados ou exames ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#)) que indicam a suspeita ou o diagnóstico e escore de Child para estadiamento da cirrose ([Quadro 3](#)).
4. Descompensação prévia da cirrose, como sangramento varicoso, ascite, encefalopatia ou peritonite bacteriana espontânea (sim ou não). Se sim, descrever.

5. Suspeita ou diagnóstico de carcinoma hepatocelular (sim ou não). Se sim, descrever os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico.
6. Resultado do teste rápido para HIV e HCV (ou exame anti-HIV e anti-HCV), com data.
7. Anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).
8. Outros sinais e sintomas (se presentes).
9. Se gestante, informar idade gestacional.

Atenção: é recomendado investigar outras ISTs. Oferecer testagem para HIV, sífilis e HCV no momento do diagnóstico. O uso de testes rápidos deve ser sempre priorizado.

Protocolo 6 – Hepatite C

A hepatite C é uma doença de notificação compulsória.

Atentar para fluxos regionais específicos dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em hepatites.

As medicações antivirais de ação direta contra a hepatite C fazem parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e estão disponíveis para serem prescritas na APS, com dispensação nas [Unidades Dispensadoras de Medicamentos](#). Os candidatos a tratamento na APS são os pacientes sem suspeita de cirrose, sem tratamento prévio para Hepatite C, sem coinfeções virais e/ou sem doença renal crônica.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C são contraindicados durante a gestação e aleitamento materno. Após o nascimento, o recém-nascido deve realizar seguimento no SAE ou infectologia pediátrica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Serviço de Assistência Especializada (SAE) ou infectologia (quando o SAE de referência não tratar essas condições):

- Hepatite por vírus C (HCV) sem suspeita ou diagnóstico de cirrose e:
 - coinfeção com HIV; ou
 - coinfeção com hepatite B; ou
 - doença renal crônica com TFG < 30 mL/min/1,73m²; ou
 - história de tratamento prévio para a hepatite C, sem resposta virológica; ou
 - neoplasias (com exceção de câncer de pele não melanoma);
 - transplantados em uso de terapia imunossupressora; ou
 - com manifestações extra-hepáticas graves (vasculites sistêmicas, glomerulopatias); ou
 - uso de medicamentos com interação significativa com antivirais¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Hepatite crônica por HCV com suspeita ou diagnóstico de cirrose ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#) e [Quadro 3](#)).
- Hepatite crônica por HCV em paciente com carcinoma hepatocelular (ver [Protocolo 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de teste rápido para hepatite C (ou anti-HCV) e carga viral (PCR quantitativo do RNA-HCV), com data.
2. Resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data.
3. Suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descrever os achados ou exames ([Quadro 1](#), [Quadro 2](#)) que indicam a suspeita ou o diagnóstico e escore de Child para estadiamento da cirrose ([Quadro 3](#)).
4. Descompensação prévia da cirrose, como sangramento varicoso, ascite, encefalopatia ou peritonite bacteriana espontânea (sim ou não). Se sim, descrever.
5. Esquema de tratamento com antivirais já realizado e carga viral comprovando ausência de resposta virológica sustentada (resultado do PCR quantitativo do RNA-HCV a partir de 12 semanas após tratamento), com data.

¹ Anticonvulsivantes de primeira geração (carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína e fenobarbital), amiodarona, rifampicina e rifapentina. Verificar interações medicamentosas em <http://www.hep-druginteractions.org/>.

Atenção: é recomendado investigar outras ISTs. Oferecer testagem para HIV, sífilis e HBV no momento do diagnóstico. O uso de testes rápidos deve ser sempre priorizado.

6. Resultado de teste rápido para HBV e HIV (ou HBsAg e anti-HIV), com data.
7. Anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).

Protocolo 7 – Solicitação de endoscopia digestiva alta

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA) ou encaminhamento para gastroenterologia (se EDA não disponível na APS):

- Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior¹.
- Investigação de anemia por deficiência de ferro sem causa definida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial².
- Pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada.
- Pessoa com dispepsia que necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação.
- Dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *Helicobacter pylori*).
- Confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção e de uso de bloqueador de bomba de prótons).
- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena - [Quadro 9](#)) por 2 meses.
- Vigilância endoscópica de pacientes com:
 - metaplasia intestinal gástrica focal (presente apenas no antro ou no corpo gástrico) em paciente com fatores de risco para neoplasia gástrica³; ou
 - metaplasia intestinal gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico); ou
 - atrofia da mucosa gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Resultado de hematócrito/hemoglobina, com data (se anemia, descrever também VCM, ferritina e índice de saturação de transferrina).
3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizadas).
4. Anexar laudo de endoscopia prévia e biópsia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizadas).
5. Paciente necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação (sim ou não). Se sim, descrever.
6. História familiar de neoplasia gástrica/esofágica (sim ou não). Se sim, informe grau de parentesco.
7. Se paciente com dispepsia ou DRGE, descrever o tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas).

¹ Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior: disfagia esofágica (ver definição no [Protocolo 11](#)), odinofagia, emagrecimento não explicável, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, alterações suspeita em radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau.

² A investigação de anemia por deficiência de ferro sem causa definida em adultos também requer solicitação de colonoscopia para avaliação do trato gastrointestinal inferior.

³ A metaplasia intestinal focal só tem indicação de repetição da EDA se presença de fatores de risco como: história familiar de câncer gástrico, metaplasia intestinal incompleta, gastrite atrófica autoimune ou *H. pylori* persistente.

Protocolo 8 – Alteração de endoscopia digestiva alta

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA) ou encaminhamento para gastroenterologia (se EDA não disponível na APS):

- Confirmação de erradicação de *Helicobacter pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção).
- Vigilância endoscópica de pacientes com:
 - metaplasia intestinal gástrica focal (presente apenas no antro ou no corpo gástrico) em paciente com fatores de risco para neoplasia gástrica¹); ou
 - metaplasia intestinal gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico); ou
 - atrofia da mucosa gástrica difusa (presente em antro e corpo gástrico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Esofagite grau C ou D de Los Angeles.
- Estenose péptica.
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratária ao tratamento otimizado por 2 meses (inibidor da bomba de prótons em dose plena - [Quadro 9](#) e medidas comportamentais).
- Esôfago de Barrett sem displasia, caso indicada vigilância endoscópica ([Quadro 10](#)).
- Esôfago de Barrett com presença de displasia identificada na biópsia.
- Úlcera péptica que persiste em controle endoscópico realizado após 8 a 12 semanas de tratamento otimizado (incluindo erradicação do *H. pylori*, se infecção presente).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia do aparelho digestivo ou oncologia cirúrgica:

- Diagnóstico de neoplasia maligna do trato gastrointestinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Anexar laudo de EDA prévia, biópsia e testagem para *H. pylori*, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizadas).
3. Se paciente com dispepsia ou DRGE, descrever o tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia).

¹ A metaplasia intestinal focal só tem indicação de repetição da EDA se presença de fatores de risco como: história familiar de câncer gástrico, metaplasia intestinal incompleta, gastrite atrófica autoimune ou *H. pylori* persistente.

Protocolo 9 – Dispepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA) ou encaminhamento para gastroenterologia (se EDA não disponível na APS):

- Dispepsia e sinais de alarme¹.
- Dispepsia de início recente em pessoa com idade maior ou igual a 50 anos.
- dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *Helicobacter pylori*, se infecção comprovada).
- Confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Úlcera péptica que persiste em controle endoscópico realizado após 8 a 12 semanas de tratamento otimizado (incluindo erradicação do *H. pylori*, se infecção comprovada).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever tempo desde o início dos sintomas, fatores associados à piora ou melhora, se há perda de peso involuntária e em quanto tempo).
2. Resultado de hematócrito/hemoglobina, com data (se anemia, descrever também VCM, ferro e ferritina).
3. Descrever o tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (não farmacológico e medicamento utilizado com dose, posologia e tempo de uso).
4. Anexar laudo de EDA prévia, biópsia e testagem para *H. pylori*, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizadas).
5. Exame parasitológico de fezes (não obrigatório em pacientes com suspeita de neoplasia).
6. História familiar de câncer de estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco e idade ao diagnóstico.
7. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

¹ Sinais de alarme: disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa epigástrica, alterações suspeitas em radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno e dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau.

Protocolo 10 – Doença do refluxo gastroesofágico

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de endoscopia digestiva alta (EDA) ou encaminhamento para gastroenterologia (se EDA não disponível na APS):

- Sintomas típicos mais de uma vez por semana, associados a sinais de alarme¹.
- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado² por 2 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Pacientes com DRGE e indicação de avaliação endoscópica, na impossibilidade de solicitar EDA na APS.
- Esofagite graus C e D de Los Angeles.
- Estenose péptica.
- Hérnia hiatal e DRGE refratário ao tratamento otimizado² por 2 meses.
- Esôfago de Barrett sem displasia, caso indicada vigilância endoscópica ([Quadro 10](#)).
- Esôfago de Barrett com presença de displasia identificada na biópsia ([Quadro 10](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes).
2. Anexar laudo de EDA prévia e biópsia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizadas).
3. Tratamento em uso ou já realizado para a DRGE (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia).
4. Outros medicamentos em uso (com dose e posologia).

¹ Sinais de alarme: disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa epigástrica, alterações suspeitas em radiografia do esôfago, estômago e duodeno e dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau.

² Tratamento otimizado é definido como associação de medidas comportamentais com uso de inibidor da bomba de prótons em dose plena ([Quadro 9](#)).

Protocolo 11 – Disfagia

Disfagia orofaríngea: dificuldade para iniciar a deglutição de líquidos ou sólidos, podendo estar associada à tosse, engasgos, regurgitação nasal e sensação de resíduo alimentar na faringe. Paciente costuma apontar a sensação na região cervical.

Disfagia esofágica: dificuldade para deglutir que inicia segundos após ingestão de sólidos ou líquidos, apresentando sensação de alimento trancado na região torácica.

Globo: sensação de desconforto cervical descrito como “bola na garganta” ou “aperto”, sem relação com a deglutição. Sintoma costuma ser intermitente, pode ocorrer entre as refeições e piorar com questões psicossociais e deglutições não alimentares. O exame físico da região cervical é normal (ausência de bócio ou linfonodomegalia). Globo não deve ser diagnosticado na presença de disfagia ou odinofagia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Pacientes com comprometimento agudo das vias aéreas ou suspeita de epiglote ou supraglote (dor de garganta grave, disfagia e sialorreia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Disfagia esofágica com sinais ou sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (perda de peso, progressão da disfagia para outras consistências alimentares, hematêmese, anemia por deficiência de ferro, impactação alimentar, vômitos persistentes).
- Disfagia esofágica após excluídas causas tratáveis na APS (como DRGE, disfagia induzida por medicamentos, esofagite infecciosa), ou persistente após tratamento voltado à condição clinicamente suspeita, na impossibilidade de solicitar endoscopia na APS.
- Disfagia esofágica em pacientes com condições neurológicas não tratáveis ou sem resposta à terapêutica da doença neurológica para avaliação para gastrostomia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Disfagia orofaríngea persistente sem etiologia definida na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia ou oncologia cirurgia cabeça e pescoço ou oncologia cirúrgica (conforme pactuações regionais para suspeita de neoplasia):

- Disfagia orofaríngea associada a sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível à oroscopia, disfonia, aspiração/engasgos, linfonodomegalia cervical).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados, exame físico neurológico).
2. Medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta).
3. Comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea.
4. Sorologia para Doença de Chagas em regiões endêmicas da doença, com data.

Protocolo 12 – Neoplasia de cólon e reto

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasia de cólon e reto: dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento involuntário, massa abdominal palpável em topografia colônica ou retal, sangramento retal não atribuível à doença orificial, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível.

Condições clínicas que indicam a necessidade de colonoscopia na APS:

- Hematoquezia persistente não atribuível a doença orificial.
- Hematoquezia em paciente acima de 50 anos.
- Hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal.
- Episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior.
- Anemia por deficiência de ferro (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS.
- Sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal.
- Acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([Quadro 11](#)).
- Rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou polipose adenomatosa familiar ([Quadro 12](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia cirurgia coloproctologia:

- Diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon.
- Massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem.
- Lesão clinicamente suspeita de neoplasia maligna de cólon em colonoscopia (não pedunculadas, com depressão, margens irregulares, áreas ulceradas, lesão estenosante).
- Suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Paciente com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS.
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([Quadro 11](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Paciente com neoplasia colorretal avançada, com metástase(s) à distância.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal).
2. Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferritina e índice de saturação de transferrina).
3. Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data.
4. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

5. Anexar laudo de colonoscopia e/ou anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados com data (se realizado).
6. História de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico.

Protocolo 13 – Diarreia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar diagnóstico ou tratamento na APS ([Quadro 13](#)).
- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal ([Quadro 13](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia ou proctologia:

- Alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna¹ na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (número de evacuações, se há muco, pus ou sangue nas fezes, sintomas persistentes ou intermitentes, se há sintomas constitucionais, anemia ou emagrecimento).
2. Tratamentos prévios e atuais para os sintomas.
3. Resultado de exames laboratoriais para avaliação de diarreia crônica ([Quadro 13](#)).
4. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).
5. História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal.
6. Anexar laudo de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).

¹ Suspeita de neoplasia maligna: sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal.

Protocolo 14 – Constipação

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- Constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento otimizado na APS ([Quadro 14](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia ou proctologia:

- Alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna¹ na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. Tratamento não farmacológico e farmacológico já realizados para constipação ([Quadro 14](#)).
3. Resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia e TSH, com data.
4. Anexar laudo de colonoscopia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).
5. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).
6. História familiar de câncer colorretal (sim ou não)? Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal.

¹ Suspeita de neoplasia maligna: sangramento crônico intestinal não decorrente de doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento e história familiar de neoplasia colorretal.

Protocolo 15 – Colelitíase e coledocolitíase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- Suspeita de colecistite aguda, pancreatite aguda, coledocolitíase sintomática ou colangite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia geral:

- Colelitíase sintomática.
- Colelitíase com complicação prévia (colecistite aguda ou pancreatite biliar) em paciente não submetido a colecistectomia.
- Colelitíase assintomática associada a fatores de risco para neoplasia do trato biliar¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia do aparelho digestivo ou gastroenterologia (em hospital que realize CPRE):

- Coledocolitíase, sem critérios para encaminhamento para emergência (ou após avaliação emergencial com quadro estável).
- Litíase intra-hepática em exame de imagem.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda).
2. Peso, altura e IMC.
3. Comorbidades (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose.
4. História de colecistectomia (sim ou não) ou outros procedimentos biliares (p. ex.: CPRE). Se realização prévia, descrever data e serviço em que procedimento foi realizado.
5. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.

¹ Fatores de risco para neoplasia do trato biliar em pacientes com colelitíase: adenoma (pólipo) de vesícula biliar ≥ 6 mm ou em crescimento, vesícula biliar em porcelana, drenagem anormal do ducto pancreático.

Protocolo 16 – Ostomias (gastrostomias, ileostomias e colostomias)

Há referências regionais pactuadas para as situações descritas neste protocolo. Entrar em contato com sua Secretaria Municipal de Saúde para identificar o local de referência para o município.

Intercorrências que necessitam avaliação com especialidade cirúrgica, como disfunções da sonda ou necessidade de troca da sonda, devem ser manejadas no serviço que realizou a cirurgia inicial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia (preferencialmente, para realização por via endoscópica) ou cirurgia geral:

- Indicação de gastrostomia¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia ou cirurgia do aparelho digestivo:

- Necessidade de reversão de ileostomia ou colostomia².

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações).
2. Tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado).

¹ Não há diretrizes estabelecidas indicando quais pacientes devem ser submetidos à gastrostomia. A gastrostomia é uma opção de tratamento para disfagia transitória ou permanente e tem sido considerada em algumas condições ([Quadro 15](#)). Orienta-se individualização da conduta, após discussão entre a equipe assistencial, paciente e familiares.

² O fechamento deve ser adiado até que a resolução da condição subjacente ocorra, o estado de saúde do paciente esteja recuperado e a necessidade de desvio do trânsito intestinal não exista mais. O serviço que realizou a cirurgia inicial é preferencialmente o indicado para reversão da ileostomia ou da colostomia. Pacientes com ileostomias ou colostomias sem vínculo com a instituição que realizou a cirurgia inicial podem ser encaminhados para referência atual conforme CIB vigente.

Apêndices – Materiais complementares

Quadro 1 – Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Manifestações clínicas	Aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, <i>flapping</i>), 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 (E = 95%; RV+ 7,2). - Veias abdominais dilatadas (E = 90%; RV+ 11). - Esplenomegalia (E = 90%; RV+ 3,5). - Plaquetopenia < 110 mil (E = 95%; RV+ 9,8). - Plaquetopenia < 160 mil (E = 88%; RV+ 6,3). - Albumina < 3,5 (E = 90%; RV+ 4,4). - Escore APRI > 2 (E = 90%; RV+ 4,6) (Quadro 2).

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Goldberg e Chopra (2023a), Brasil (2023) e Udell *et. al* (2012).

E: Especificidade; RV+: Razão de verossimilhança positiva (significa o número de vezes que aumenta a chance de um paciente ter cirrose se possuir determinada alteração).

Quadro 2 – Escores não invasivos de predição de cirrose e fibrose hepática

Score	Fórmula	Interpretação dos valores
APRI¹	$APRI = \frac{AST (UI/L)}{\frac{\text{Limite superior normal de } AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9)}} \times 100$	< 0,5: Baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. < 1,0: Baixa probabilidade de cirrose (F4). > 1,5: Alta probabilidade de fibrose hepática F3 ou F4. > 2,0: Alta probabilidade de cirrose (F4).
FIB-4²	$FIB4 = \frac{Idade (anos) \times AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9) \times \sqrt{ALT (UI/L)}}$	< 1,45: Baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. > 3,25: Alta probabilidade de F3 ou F4.

Fonte: Brasil (2023).

¹ APRI: calculadora disponível neste [link](#);

² FIB-4: calculadora disponível neste [link](#); escore com maior validade para esteatose.

Quadro 3 – Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose

Fatores	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubinas sérica	< 2,0 mg/dL	2,0 - 3,0 mg/dL	> 3,0 mg/dL
Albumina sérica	> 3,5 g/dL	2,8 - 3,5 g/dL	< 2,8 g/dL
Ascite	Ausente	Discreta ou controlada com medicamentos	Moderada a acentuada ou mal controlada
Encefalopatia	Ausente	Grau 1 e 2	Grau 3 e 4
Tempo de protrombina (acima do controle) ou RNI	< 4 segundos ou < 1,7	4 - 6 segundos ou 1,7 - 2,3	> 6 segundos ou > 2,3
Classificação de encefalopatia hepática: 1. Consciência normal; alterações de humor e comportamento, confusão leve. 2. Letargia; sonolência, apatia, lentidão nas respostas, desorientação, comportamento inadequado, disartria. 3. Semitorpor; desperta a estímulos verbais e dolorosos, confusão, desorientação grosseira, agitação, agressividade, rigidez muscular. 4. Torpor a coma; irresponsividade a estímulos, resposta flutuante à dor, rigidez muscular. Resultado: Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Goldberg e Chopra (2023a) e Brasil (2023).

Quadro 4 – Investigação inicial para aumento de AST/TGO, ALT/TGP e/ou fosfatase alcalina e GGT

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.

Exame	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). Exames: HBsAg, Anti-HCV (ou testes rápidos para HBV e HCV).
	DHGNA (NASH)	Sobrepeso ou obesidade, diabetes, dislipidemia, HAS. Relação ALT > AST (com cirrose, AST > ALT). Exames: ecografia abdominal, glicose, perfil lipídico.
	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível (Quadro 5).
	Hepatite autoimune	Relação ALT > AST. Exames: FAN, anti-músculo liso, IgG total sérico ou em eletroforese de proteínas.
	Hemocromatose	Relação ALT > AST. Exames: saturação de transferrina, ferritina.
Fosfatase alcalina	Medicamentos	Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível (Quadro 5).
	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 (2025).

DHGNA (NASH) = Doença hepática gordurosa não alcoólica (non-alcoholic steatohepatitis); FAN = Fator antinuclear.

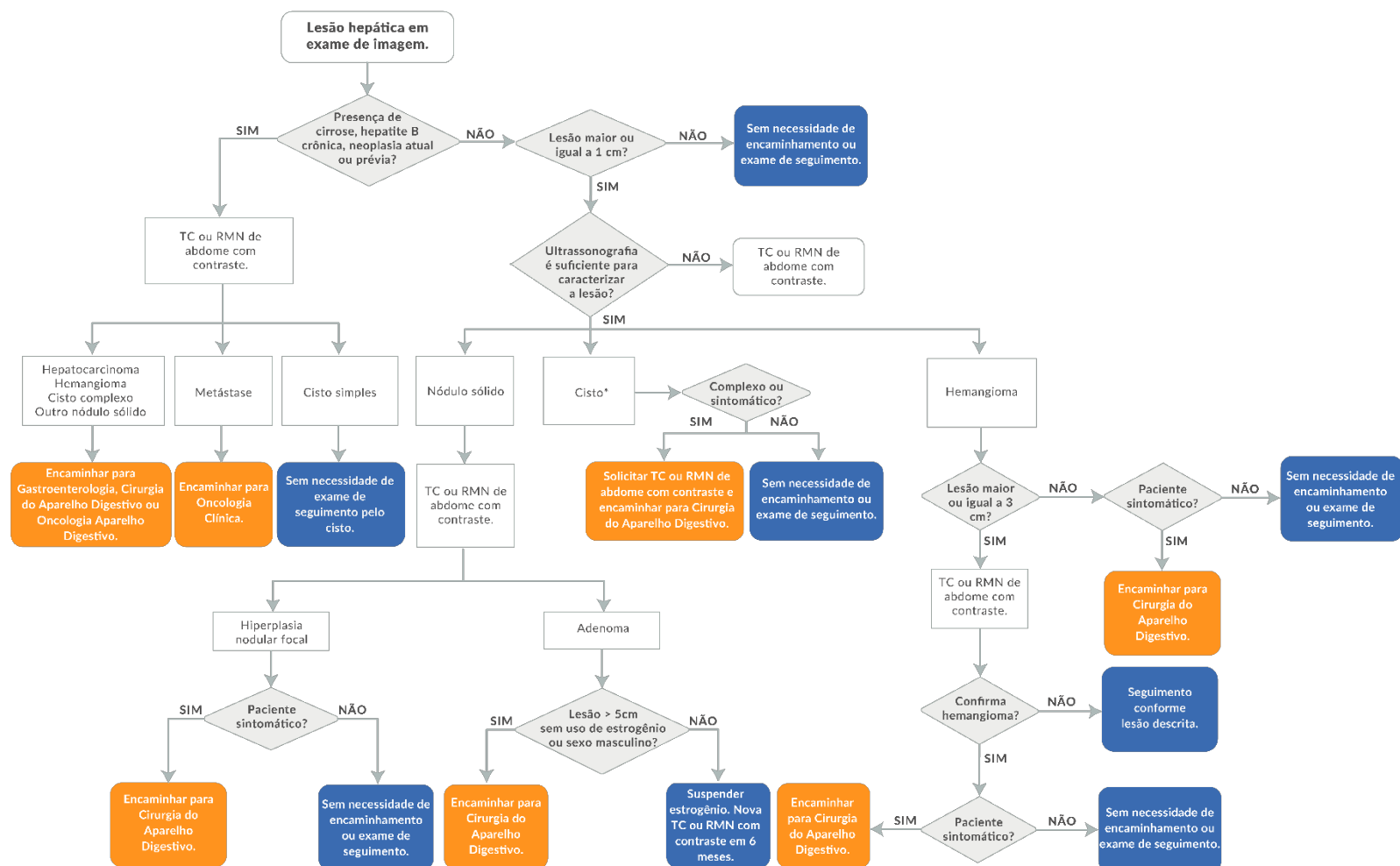
Quadro 5 – Medicamentos comumente associados a elevação de enzimas hepáticas e tipo de dano

Hepatotoxicidade intrínseca (medicamentos passíveis de dano hepático dose-dependente em qualquer pessoa).	• Paracetamol, ácido acetilsalicílico, salicilatos, vitamina A, niacina (vitamina B3), tetraciclina, buprenorfina.
Reação idiossincrásica (medicamentos que podem causar dano hepático em indivíduos suscetíveis, independentemente da dose).	• Antibióticos - amoxicilina/clavulanato, cefalosporinas, doxiciclina, dapsona, fluoroquinolonas (ciprofloxacino), isoniazida, macrolídeos, nitrofurantoína, sulfametoxazol-trimetoprim. • Antifúngicos - cetoconazol, itraconazol, terbinafina. • Antirretrovirais - didanosina, efavirenz, nevirapina. • Anticonvulsivantes - ácido valproico, carbamazepina, fenitoína, lamotrigina. • AINEs - todos, mas principalmente diclofenaco, etodolaco. • Fitoterápicos e suplementos - esteroides anabolizantes, chá preto ou verde (<i>Camellia sinensis</i>), Herbalife, kava kava (<i>Piper methysticum</i>), chá de cavalinha (<i>Equisetum arvense</i>), chá de hortelãzinho (<i>Mentha pulegium</i>), chá de visco (<i>Viscum album</i>), erva de São Cristóvão (<i>Cimicifuga Racemosa</i>). • Imunomoduladores - azatioprina, imunobiológicos anti-TNF. • Tuberculostáticos - rifampicina, isoniazida, pirazinamida. • Drogas ilícitas - cocaína, ecstasy. • Outras drogas - alopurinol, amiodarona, dissulfiram, estatinas, imipramina, inibidores de bomba de prótons, metotrexato.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Dynamed (2024c).

LSN: limite superior da normalidade; AINEs: anti-inflamatórios não esteroides; TNF: fator de necrose tumoral.

Figura 1 – Fluxograma de investigação de nódulo hepático na APS



*As características clínicas combinadas com os achados ultrassonográficos geralmente são suficientes para distinguir cistos simples de outras lesões complexas. Se na descrição da ultrassonografia o cisto não tiver características de complexidade (heterogêneo, com paredes irregulares, multiloculares, septados ou com conteúdo denso), o cisto é definido como simples.

Atenção: caso não haja repercussão clínica da lesão hepática e o paciente apresente comorbidades incapacitantes, extremos de idade ou quaisquer condições clínicas que contraindiquem procedimentos ablativos ou cirúrgicos, pode-se pesar o risco e o benefício do encaminhamento especializado e manter o seguimento na APS.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Malfertheiner et al. (2022) e Colombo (2020).

Médicos da APS do RS,
para discussão de casos de regulação, ligue: 0800 644 6543.

Quadro 6 – Tratamento conservador para esteatose/esteato-hepatite na APS

Bebidas alcoólicas: cessar uso de bebidas alcóolicas.

Comorbidades: tratar diabetes, hipertensão e dislipidemia.

Peso: perda de 5% a 10% do peso (em pessoas com sobrepeso/obesidade).

Dieta: redução de alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples, evitar bebidas industriais adoçadas (como refrigerantes, sucos) e alimentos pré-preparados. Aumentar a ingesta 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 150 min. por semana).

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

Quadro 7 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	+/-	+/-	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	+/-	+/-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	-	+/-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa.

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. Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode cursar com esse anticorpo.

HBeAg: indica replicação viral ativa; não auxilia no diagnóstico da infecção, mas sim da fase de uma infecção já confirmada.

Anti-HBe: ocorre após soroconversão do HBeAg; indica declínio da infecciosidade.

Anti-HBs: indica imunidade ao HBV.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2023) e Duncan (2022).

Quadro 8 – Terapia imunossupressora e/ou quimioterapia com risco de reativação de HBV em pacientes com anti-HBc total reagente (HbsAg negativo)

- Agentes depletors de linfócitos B: rituximabe, ofatumumabe, alemtuzumabe, ibritumomabe, obinutuzumabe.
- Derivados de antraciclina: doxorrubicina, epirrubicina.
- Anti-TNF α : infliximabe, adalimumabe, certolizumabe, golimumabe, etanercepte.
- Inibidores de citocina ou integrina: abatacepte, ustequinumabe, mogamulizumabe, natalizumabe, vedolizumabe.
- Inibidores de tirosinoquinase: imatinibe, nilotinibe.
- Inibidores de proteassoma: bortezomibe, ustequinumabe.
- Inibidores de histona deacetilase: romidepsina.
- Inibidores da calcineurina: ciclosporina, tacrolimo.
- Antimetabólitos: metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, fludarabina e outros.
- Inibidores de tirosinoquinase: imatinibe, nilotinibe, dasatinibe.
- Quimioterapia sistêmica.
- Quimioterapia citotóxica (exceto antraciclina).
- Quimioembolização transarterial para carcinoma hepatocelular.
- Prednisona ≥ 20 mg/dia (ou equivalente) por ≥ 4 semanas.
- Transplante de células tronco hematopoiéticas.
- Neoplasia hematológica.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Brasil (2023).

Quadro 9 – Doses orais padrão, alta e máxima de inibidores de bomba de prótons (IBP)

A escolha do IBP depende da disponibilidade e tolerância de cada paciente. Não há evidência de superioridade de uma apresentação em relação à outra.

Medicamento	Dose padrão	Dose plena ou alta	Dose máxima
Omeprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Esomeprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Lansoprazol	15 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	30 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	60 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.
Dexlansoprazol	30 mg, 1x/dia.	30 mg, 1x/dia.	60 mg, 1x/dia.
Pantoprazol	20 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã.	40 mg, 30 minutos antes do café da manhã e do jantar.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Dynamed (2024g).

Quadro 10 – Esôfago de Barrett: abordagem sobre vigilância endoscópica

RECOMENDAÇÕES
Barrett com displasia – encaminhar precocemente para vigilância endoscópica em centro de referência.
Barrett sem displasia – como conduta geral, encaminhar para centro de referência para realização de endoscopia a cada 3 a 5 anos. Pode-se optar pela não realização de vigilância após discussão dos seus riscos e benefícios. Não há indicação de vigilância em pacientes com mais de 75 anos. Considerar a não realização de vigilância em pacientes com comorbidades.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Spechler (2024), Shaheen (2022) e Weusten (2023).

Quadro 11 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia

Atenção: as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
LESÕES ADENOMATOSAS		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau.	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau.	10 anos.	APS
≥1 adenoma ≥ 10 mm.	3 anos.	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho).	3 anos.	Atenção Especializada ¹
Adenoma com displasia de alto grau.	3 anos.	Atenção Especializada ¹
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm.	6 meses.	Atenção Especializada ¹
LESÕES NÃO ADENOMATOSAS		
Pólipos hiperplásicos < 10 mm.	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia.	10 anos.	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm.	3 anos.	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia.	3 anos.	Atenção Especializada ¹
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia.	3 anos.	Atenção Especializada ¹

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Gupta et al. (2020) e Hassan et al. (2020).

PSOF: pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS: Atenção Primária à Saúde.

¹ O encaminhamento à Atenção Especializada visa a realização da colonoscopia em centro de referência, visto que profissionais experientes e melhores equipamentos aumentam a taxa de detecção de câncer colorretal. O encaminhamento deverá ser realizado no momento oportuno, conforme o intervalo indicado para o seguimento.

Quadro 12 – Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento	Frequência do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL		
≥ 60 anos.	Entre 40 e 50 anos.	A cada 5 a 10 anos.
< 60 anos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR		
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de polipose adenomatosa familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos de idade.	A cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação.

Fonte: TelessaúdeRS (2025), adaptado de Monahan et al. (2020) e DynaMed (2024b).

Observação: atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas sem risco aumentado de câncer colorretal (INCA, 2021). As orientações sobre a idade para iniciar e a frequência do rastreamento variam de acordo com recomendações de organizações profissionais internacionais.

Quadro 13 – Avaliação da diarreia crônica

Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV (ou teste rápido para HIV), EPF em 3 amostras, coprocultura, leucócitos fecais, pesquisa de sangue oculto.
Tratamentos empíricos: • Teste de restrição de lactose e derivados. • Parasitoses - albendazol 400 mg/dia, por 5 dias.
Características clínicas das principais causas de diarreia crônica:
• Parasitoses/infecções: variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento/empachamento. • Intolerância à lactose: dor abdominal, flatulência, náusea e diarreia após ingestão de alimentos que contenham lactose. O diagnóstico pode ser feito clinicamente, pela melhora clínica após exclusão de produtos contendo lactose por 3 semanas e subsequente retorno dos sintomas após reintrodução desses alimentos. O teste de absorção da lactose pode auxiliar e corroborar o diagnóstico. • Doença inflamatória intestinal: emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS/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 normais (geralmente é desnecessária investigação ampla). • Síndrome de má absorção: emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (p. ex.: ferro, vitamina D, vitamina B12).

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

Médicos da APS do RS,

para discussão de casos de regulação, liguem: [0800 644 6543](tel:08006446543).

Quadro 14 – Tratamento da constipação intestinal em adultos na APS

Modificações da dieta	• Dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada, com aumento no uso de alimentos com efeito laxante¹ e redução daqueles com efeito constipante².
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) – Muvinalax[®] 14g ou PegLax[®] 17g: 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, anti-inflamatórios, opioides. • Condições clínicas: hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon.

Fonte: TelessaúdeRS (2025).

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.

Quadro 15 – Condições pelas quais pacientes costumam ser encaminhados para gastrostomia¹ e contraindicações absolutas

Indicações	Contraindicações
Causas neurológicas: - Doença cerebrovascular. - Doença do neurônio motor. - Esclerose múltipla. - Doença de Parkinson. - Paralisia cerebral. - Demência.	- Coagulopatia (RNI > 1,5), plaquetas < 50 mil. - Ascite grave. - Infecção da parede abdominal no local do procedimento. - Carcinomatose peritoneal importante. - Obstrução intestinal ou gastroparesia grave. - Instabilidade (hemodinâmica, sepse, peritonite).
Nível de cognição ou de consciência reduzidos: - Trauma cranioencefálico. - Pacientes em cuidados intensivos.	
Obstrução: - Neoplasia de cabeça e pescoço. - Neoplasia esofágica.	
Miscelânea: - Queimaduras. - Fístulas. - Fibrose cística. - Síndromes do intestino curto (p. ex.: Doença de Crohn).	

Fonte: Rahnemai-Azar (2014).

¹ Não há evidências de que a nutrição artificial prolongue a vida ou melhore o estado funcional na maioria dos pacientes com doenças crônicas avançadas ou terminais. A decisão deve ser tomada em conjunto entre paciente, familiares e equipe, baseada em julgamento clínico sobre a doença, riscos e benefícios, prognóstico, objetivos e desejos do paciente. Em alguns casos a nutrição artificial pode ser considerada uma medida de conforto.