

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Gastroenterologia Adulto

Versão Digital

2023

Supervisão geral:

Arita Bergmann

Coordenação:

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

Coordenação científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

Autores:

Ana Cláudia Magnus Martins

Augusto Mantovani

Carlos André Aita Schmitz

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Felícia de Moraes Branco Tavares

Jerônimo De Conto Oliveira

Josué Basso

Ligia Marroni Burigo

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

*Revisão técnica:*Serviço de Gastroenterologia do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre

Carlos Fernando de Magalhães Francesconi

Mário Reis Álvares-da-Silva

*Colaboração:*Departamento de Regulação Estadual –
DRE/RS*Normalização:*

Geise Ribeiro da Silva

Letícia Pereira de Souza

Projeto gráfico, design e capa:

Débora Renata de Moura Ramos

Gyziane Souza da Silva

Lorena Bendati Bello

Michelle Iashmine Mauhs

Diagramação:

Luisa Maria do Nascimento

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde.**Protocolos de Regulação Ambulatorial - Gastroenterologia Adulto:** versão digital 2023. Porto Alegre:
TelessaúdeRS-UFRGS, 12 dez. 2016 [atual. 26 abr. 2023]. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/telessaunders/materiais-protocolos/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2023.

Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: GASTROENTEROLOGIA ADULTO	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Cirrose	6
Protocolo 2 – Alterações Laboratoriais Hepáticas	7
Protocolo 3 – Lesões Hepáticas	8
Protocolo 4 – Esteatose Hepática	9
Protocolo 5 – Hepatite B	10
Protocolo 6 – Hepatite C	11
Protocolo 7 – Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta	12
Protocolo 8 – Alteração de Endoscopia Digestiva Alta	13
Protocolo 9 – Dispepsia	14
Protocolo 10 – Doença do Refluxo Gastroesofágico	15
Protocolo 11 – Disfagia	16
Protocolo 12 – Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior	17
Protocolo 13 – Diarreia	18
Protocolo 14 – Constipação	19
Protocolo 15 – Colelitíase e Coledocolitíase	20
Protocolo 16 – Ostomias (Gastrostomias, Ileostomias e Colostomias)	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICE – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES	28

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Gastroenterologia Adulto

O protocolo de Gastroenterologia Adulto foi publicado 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 do médico assistente 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 estes 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 nesses 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, resolução nº 265/20 - CIB/RS. 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 nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas 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.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e 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 26 de abril de 2023.

Mudanças da nova versão

- Inclusão de três novos protocolos:
 - Protocolo 11 – Disfagia;
 - Protocolo 15 – Colelitíase e Coledocolitíase;
 - Protocolo 16 – Ostomias (Gastrostomias, Ileostomias e Colostomias).
- O Protocolo 1 da versão anterior foi dividido para dar lugar a dois novos protocolos:
 - Protocolo 1 – Cirrose:
 - atualização do quadro 1 (suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática) e inclusão do quadro 2 (escores não invasivos de predição de cirrose e fibrose hepática).
 - Protocolo 2 – Alterações Laboratoriais Hepáticas.
 - maior detalhamento dos critérios de encaminhamento;
 - atualização do quadro 4 (investigação inicial para aumento de AST/TGO, ALT/TGP e/ou Fosfatase Alcalina e GGT);
 - inclusão do quadro 5 (medicamentos comumente associados à elevação de enzimas hepáticas e tipo de dano).
- No Protocolo 3 – Lesões Hepáticas:
 - inclusão da figura 1 (fluxograma de investigação de nódulo hepático na APS);
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia.
- No Protocolo 4 – Esteatose Hepática:
 - atualização das indicações de encaminhamento.
- No Protocolo 5 – Hepatite B:
 - inclusão de situações que devem realizar acompanhamento na APS;
 - atualização do quadro 7 (avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV);
 - atualização das indicações de encaminhamento.
- No Protocolo 6 – Hepatite C:
 - inclusão de situações que devem realizar tratamento na APS;
 - atualização das indicações de encaminhamento.
- No Protocolo 7 – Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta:
 - atualização das indicações de encaminhamento;
 - acréscimo do quadro 8 (doses orais padrão, alta e máxima de inibidores de bomba de prótons).
- No Protocolo 8 – Alterações de Endoscopia Digestiva Alta:
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia.
- No Protocolo 9 – Dispepsia:
 - atualização das indicações de encaminhamento.

- No Protocolo 10 – Doença do Refluxo Gastroesofágico:
 - atualização das indicações de encaminhamento;
 - acréscimo do quadro 9 (esôfago de Barrett: abordagem sobre vigilância endoscópica).
- No Protocolo 12 – Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior:
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia;
 - modificação do quadro 10 para acompanhamento de pólipos e outras lesões pré-malignas colorretais.
 - inclusão do quadro 11, para rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.
- O Protocolo 11 da versão anterior foi dividido para dar lugar a dois novos protocolos:
 - Protocolo 13 – Diarreia:
 - atualização do quadro 12 (avaliação da diarreia crônica).
 - Protocolo 14 – Constipação:
 - inclusão do quadro 13 (tratamento da constipação intestinal em adultos na APS).

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, descreva os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico ([quadro 1](#));
3. descompensação prévia da cirrose, como sangramento varicoso, ascite, encefalopatia ou peritonite bacteriana espontânea (sim ou não). Se sim, descreva;
4. exames laboratoriais, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), hemoglobina, plaquetas, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas;
5. resultados de HBsAg e anti-HCV (ou testes rápidos para HBV e HCV);
6. anexar laudo de exame de imagem abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
7. comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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 INR 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 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 ([quadro 4](#)), de:
 - aminotransferases < 2 vezes o limite superior da normalidade; ou
 - fosfatase alcalina < 1,5 vezes o limite superior de 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, HBsAg e anti-HCV (ou testes rápidos para HBV e 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](#));
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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 Gastrointestinal ou à Oncologia Clínica;
- lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida;
- lesão hepática com indicação de TC ou RMN na impossibilidade de solicitar o exame na APS;
- suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão.

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).

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 Medicina Interna/Clínica Médica ou Oncologia Clínica:

- suspeita clínica ou radiológica de neoplasia metastática (múltiplas lesões hepáticas), sem indício de sítio primário;
- lesão hepática sólida em paciente com diagnóstico prévio de neoplasia extra-hepática;
- lesão hepática compatível com carcinoma hepatocelular, com invasão de veia porta ou metástases.

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, descreva;
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;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

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, descreva;
3. se o paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não). Se sim, descreva;
4. resultado dos exames laboratoriais, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP; em paciente sem suspeita de cirrose, descreva 2 resultados), hemoglobina, plaquetas, albumina, bilirrubinas, tempo de protrombina, HBsAg e anti-HCV (ou testes rápidos para HBV e 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;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Em 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 Atenção Primária, a menos que apresentem sinais de gravidade como encefalopatia, coagulopatia (INR acima de 1,5) ou icterícia persistente por mais de quatro semanas.

Pacientes com **hepatite B crônica** e sem coinfeção pelo HIV ou HCV, sem suspeita de cirrose ([quadro 1](#), [quadro 2](#) e [quadro 3](#)), com transaminases normais, com HBV-DNA < 2.000 UI/mL e sem histórico familiar de hepatocarcinoma não têm indicação de terapia antiviral e podem permanecer na APS realizando consultas periódicas, conforme a linha de cuidado de hepatites. Pacientes sem cirrose, sem doença renal crônica (TFG > 50 mL/min/1,73m²), sem manifestações extra-hepáticas, sem osteoporose ou outras doenças do metabolismo ósseo, apresentam indicação de iniciar terapia antiviral com fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300 mg/dia com seguimento na APS, caso apresentem:

- HBeAg reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade (LSN) ou;
- HBeAg reagente e paciente maior de 30 anos ou;
- HBeAg não reagente com HBV-DNA > 2.000 UI/mL e ALT > 2x LSN.

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 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 e:
 - coinfeção com HIV, hepatite crônica por vírus C ou hepatite crônica por vírus D; ou
 - doença renal crônica (TFG < 50 mL/min/1,73m²); ou
 - osteoporose ou outras doenças do metabolismo ósseo; ou
 - manifestações extra-hepáticas de HBV; ou
 - quando indicado tratamento e incapacidade de manter seguimento adequado na APS.
- gestantes com HBsAg ou teste rápido para HBV reagentes.

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 hepatocarcinoma.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de HBsAg (ou teste rápido para hepatite B), com data;
2. resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;
3. suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descreva os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico;
4. resultado do exame anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
5. anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
6. sinais e sintomas (se presentes);
7. se gestante, informar idade gestacional;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

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.

A partir de junho de 2020, os medicamentos 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 à 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.

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 C (HCV) sem suspeita ou diagnóstico de cirrose e:
 - coinfeção com HIV; ou
 - coinfeção com hepatite B; ou
 - gestante; 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 hepatocarcinoma.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado do exame anti-HCV (ou teste rápido para hepatite C), com data;
2. resultado da carga viral (PCR quantitativo do RNA-HCV), com data;
3. resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;
4. suspeita ou diagnóstico de cirrose (sim ou não). Se sim, descreva os achados ou exames que indicam a suspeita ou o diagnóstico;
5. esquema de tratamento com antivirais já realizado e carga viral comprovando ausência de resposta virológica sustentada (resultado do PCR quantitativo do RNA-HCV 12 ou 24 semanas após tratamento), com data;
6. resultado do exame anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
7. se suspeitar de infecção aguda, descrever data, forma de contágio e como foi feita a suspeita diagnóstica;
8. anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Anticonvulsivantes 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 IST. Oferecer testagem para HIV, sífilis e HBV no momento do diagnóstico. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

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 8](#)) 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, ferro e ferritina);
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, descreva;
6. história familiar de neoplasia gástrica/esofágica (sim ou não). Se sim, informe grau de parentesco;
7. se paciente com dispepsia ou DRGE, descreva o tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia e medidas não farmacológicas);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Suspeita 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.

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

³A 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 8](#) e medidas comportamentais);
- Esôfago de Barrett sem displasia, caso indicada vigilância endoscópica ([quadro 9](#));
- 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, descreva o tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹A 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 *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. descreva o tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);
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;
7. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Sinais 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 9](#));
- Esôfago de Barrett com presença de displasia identificada na biópsia ([quadro 9](#)).

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);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Sinais 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.

²Tratamento otimizado é definido como associação de medidas comportamentais com uso de inibidor da bomba de prótons em dose plena ([quadro 8](#)).

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 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 sem lesão identificada na oroscopia após excluídas causas tratáveis na APS (como DRGE), ou persistente após tratamento voltado à condição clinicamente suspeita, na impossibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- disfagia esofágica em pacientes com causas neurológicas não tratáveis ou sem resposta à terapêutica da doença neurológica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- disfagia orofaríngea persistente com duração maior que 1 mês 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;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 12 – Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior

Sinais de alarme: 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 orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível.

Condições clínicas que indicam a necessidade de colonoscopia na APS:

- hematoquezia persistente não atribuível a doença orifical;
- 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 10](#));
- rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ([quadro 11](#)).

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;
- 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:

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([quadro 10](#)).

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, ferro e ferritina);
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;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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 12](#));
- suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal ([quadro 12](#)).

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 exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
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);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Suspeita de neoplasia maligna: sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orificial, 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 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;
2. tratamento não farmacológico e farmacológico já realizados para constipação ([quadro 13](#));
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;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Suspeita 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, comorbidades);
2. 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;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Fatores 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);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Não 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 14](#)). Orienta-se individualização da conduta, após discussão entre a equipe assistencial, paciente e familiares.

²O 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 de base podem ser encaminhados para média complexidade por meio de contato da SMS com a CRA/RS.

Referências

- ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE *et al.* The role of endoscopy in dyspepsia. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 82, n. 2, p. 227-232, Aug. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2015.04.003>. Disponível em: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(15\)02311-1/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(15)02311-1/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfecoes>. Acesso em: 13 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_b_coinfecoes.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Hepatites Virais (B e C) no Adulto. **Linhas de Cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/>. Acesso em: 12 set. 2022.
- BRUIX, J.; SHERMAN, M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. **Hepatology**, Baltimore, v. 53, n. 3, p. 1020-1022, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.24199>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084991/>. Acesso em: 13 set. 2022.
- BYRNE, C. D.; TARGHER, G. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease: is universal screening appropriate? **Diabetologia**, Berlin, v. 56, n. 6, p. 1141-1144, June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00125-016-3910-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-016-3910-y>. Acesso em: 13 set. 2022.
- COELHO, L. G. *et al.* 3rd Brazilian Consensus on Helicobacter Pylori. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 50, n. 22, p. 81-96, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032013005000001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/dKdxKpVRSpZWTXWJ8FnnY3c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.
- COELHO, L. G. *et al.* IVth Brazilian Consensus on Helicobacter Pylori Infection. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, pii: S0004-28032018005001101, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201800000-20>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/DQtggHCHth5R6xx75G8tVtC/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.
- COELHO, L. G.; COELHO, M. C. Clinical management of Helicobacter pylori: the Latin American perspective. **Digestive Diseases**, Basel, v. 32, n. 3, p. 302-309, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1159/000360615>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/360615>. Acesso em: 13 set. 2022.
- COHEN, J.; GREENWALD, D. A. **Overview of upper gastrointestinal endoscopy (esophagogastroduodenoscopy)**. Waltham (MA): UpToDate, 10 Aug. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-upper-gastrointestinal-endoscopy-esophagogastroduodenoscopy>. Acesso em: 15 set. 2022.
- CURRY, M. P.; CHOPRA, S. **Hepatic hemangioma**. Waltham (MA): UpToDate, 31 Aug. 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/hepatic-hemangioma>. Acesso em: 15 set. 2022.
- DOOLEY, J. S. *et al.* **Sherlock's diseases of the liver and biliary system**. 12. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.
- DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DYNAMED. **Record n.º T114484, Helicobacter pylori infection.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114484>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T114535, Liver hemangioma.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114535>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T114891, Chronic diarrhea.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018c. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114891>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T116915, Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD).** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 4 Dec. 2018d. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116915>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T316452, Abnormal liver function tests: approach to the patient.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2 Dec. 2018e. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T316452>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T909089, Drug-induced liver injury.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T909089>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T1561489554404, Overview of antiulcer medications.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 29 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-review/overview-of-antiulcer-medications>. Acesso em: 13 set. 2022.

DYNAMED. **Record n.º T114074, colorectal cancer screening.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114074>. Acesso em: 13 set. 2022.

EISIG, J. N. *et al.* Helicobacter pylori antibiotic resistance in Brazil: clarithromycin is still a good option. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 261-264, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032011000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/bVnKXzNS93cFWbBX7yQDQfw/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2022.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER; EUROPEAN ORGANISATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER. EASL–EORTC Clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 56, n. 4, p. 908-943, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2011.12.001>. Disponível em: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(11\)00873-7/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(11)00873-7/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER; ASOCIACION LATINOAMERICANA PARA EL ESTUDIO DEL HIGADO. EASL-ALEH Clinical practice guidelines: non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 63, n. 1, p. 237-264, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.04.006>. Disponível em: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(15\)00259-7/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(15)00259-7/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.

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. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.04.001>. Disponível em: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(16\)30101-5/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(16)30101-5/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL 2017 Clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 67, n. 2, p. 370-398, Aug. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2017.03.021>. Disponível em: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(17\)30185-X/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)30185-X/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.

FASS, R. **Approach to the evaluation of dysphagia in adults.** Waltham (MA): UpToDate, 30 Mar. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-evaluation-of-dysphagia-in-adults>. Acesso em: 15 set. 2022.

FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. (ed.). **Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management**. 10. ed. Philadelphia: Saunders; Elsevier, 2015. p. 194-205, 1118-1119, 1121-1133 e 1142.

FRIEDMAN, L. S. **Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests**. Waltham (MA): UpToDate, 05 Apr. 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-abnormal-liver-biochemical-and-function-tests>. Acesso em: 15 set. 2022.

HASSAN, C. *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: update 2020. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 52, n. 8, p. 687-700, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1185-3109>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1185-3109>. Acesso em: 13 set. 2022.

GOLDBERG E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults: etiologies, clinical manifestations, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 12 Feb. 2021a. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 13 set. 2022.

GOLDBERG, E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults: overview of complications, general management, and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 13 Sep. 2021b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis>. Acesso em: 13 set. 2022.

GUPTA, S. *et al.* **Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer**. *Gastrointestinal Endoscopy*, St Louis (MO), v. 115, n. 3, p. 415-434, Mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.01.014>. Disponível em: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(20\)30036-5/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(20)30036-5/fulltext). Acesso em: 13 set. 2022.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HUNT, R. H. *et al.* Helicobacter pylori in developing countries. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. **Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases**, Cluj-Napoca, v. 20, n. 3, p. 299-304, Sep. 2011. Disponível em: <http://www.jgld.ro/2011/3/14.html>. Acesso em: 13 set. 2022.

KAHRILAS, P. J. **Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 15 Jul. 2022. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-gastroesophageal-reflux-in-adults>. Acesso em: 15 set. 2022.

KAHRILAS, P. J. **Medical management of gastroesophageal reflux disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 31 May. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/medical-management-of-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults>. Acesso em: 15 set. 2022.

LEMBO, A. J. **Oropharyngeal dysphagia: clinical features, diagnosis, and management**. Waltham (MA): UpToDate, 18 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>. Acesso em: 13 set. 2022.

LEMBO, A. J. **Oropharyngeal dysphagia: etiology and pathogenesis**. Waltham (MA): UpToDate, 5 Jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-etiology-and-pathogenesis>. Acesso em: 15 set. 2022.

LONGSTRETH, G. F.; LACY, B. E. **Approach to the adult with dyspepsia**. Waltham (MA): UpToDate, 22 Jul. 2022.

Disponível em:

<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia>. Acesso em: 15 set. 2022.

MACRAE, A. F. **Overview of colon polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 25 Jul. 2022. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>. Acesso em: 15 set. 2022.

MALFERTHEINER, P. *et al.* Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence.

GUT, London, v. 66, n. 1, p. 6-30, Jan. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2016-312288>. Disponível em:

<https://gut.bmj.com/content/66/1/6>. Acesso em: 13 set. 2022.

MARRERO, J. Á. *et al.* ACG clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. **American Journal of Gastroenterology**, Philadelphia, v. 109, n. 9, p. 1328-1347, Sep. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2014.213>.

Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2014/09000/ACG_Clinical_Guideline_The_Diagnosis_and.7.aspx.

Acesso em: 13 set. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Colorectal cancer**. London, 29 Jan. 2020.

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>. Acesso em: 13 set. 2022.

OGATA, S. K.; GALES, A. C.; KAWAKAMI, E. Antimicrobial susceptibility testing for Helicobacter pylori isolates from Brazilian children and adolescents: comparing agar dilution, E-test, and disk diffusion. **Brazilian Journal of Microbiology**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1439-1448, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-83822014000400039>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/bjm/aj86xkvBQtcZ7366D6Z3vVYv/?lang=en>. Acesso em:

13 set. 2022.

OWEN, W. ABC of the upper gastrointestinal tract: Dysphagia. **British Medical Journal**, London, v. 323, n. 7317, p. 850-853, Oct. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7317.850>.

Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/323/7317/850>. Acesso em: 13 set. 2022.

PENNER, R. M.; FISHMAN, M. B. **Evaluation of the adult with abdominal pain**. Waltham (MA): UpToDate, 10 May 2021. Disponível em:

<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain>. Acesso em: 13 set. 2022.

RAHNEMAI-AZAR, A. A. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 20, n. 24, p. 7739-7751, jun. 2014. DOI:

<http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i24.7739>. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i24/7739.htm>.

Acesso em: 13 set. 2022.

RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp. Waltham (MA): UpToDate, 27 Sep. 2021. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer-or-advanced-polyp>. Acesso em: 13 set. 2022.

REGEV, A.; REDDY, K. R. **Diagnosis and management of cystic lesions of the liver**. Waltham (MA): UpToDate, 29 Aug. 2022. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver>. Acesso em: 15 set. 2022.

SCHWARTZ, J. M.; KRUSKAL, J. B. **Approach to the adult patient with an incidental solid liver lesion**. Waltham (MA): UpToDate, 21 May 2020. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-an-incident-solid-liver-lesion>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SHAHEEN, A. A.; MYERS, R. P. Diagnostic accuracy of the aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index for the prediction of hepatitis C-related fibrosis: a systematic review. **Hepatology**, Baltimore, v. 46, n. 3, p. 912-921, Sep. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.21835>.

Disponível em:

<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.21835>. Acesso em: 13 set. 2022.

SHAHEEN, N. J. *et al.* ACG Clinical Guideline: diagnosis and management of Barrett's Esophagus. **American Journal of Gastroenterology**, New York, v. 111, n. 7, p. 1077, Jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.186>. Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/Citation/2016/07000/Corrigendum_ACG_Clinical_Guideline_Diagnosis_and.47.aspx. Acesso em: 13 set. 2022.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SPECHLER, S. J. **Barrett's Esophagus**: surveillance and management. Waltham (MA): UpToDate, 18 Feb. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/barretts-esophagus-surveillance-and-management>. Acesso em: 15 set. 2022.

TERRAULT, N. A. *et al.* Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. **Hepatology**, Baltimore, v. 67, n. 4, p. 1560-1599, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/hep.29800>. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.29800>. Acesso em: 13 set. 2022.

WEUSTEN, B. *et al.* Endoscopic management of Barrett's Esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) position statement. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 49, n. 2, p. 191-198, Feb 2017. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-122140>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122386/>. Acesso em: 13 set. 2022.

UDELL, J. A. *et al.* Does This patient with liver disease have cirrhosis? **JAMA**, Chicago, v. 307, n. 8, p. 832-842, Feb. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.186>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1355997>. Acesso em: 13 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Como manejar a constipação intestinal em adultos na Atenção Primária à Saúde?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 23 ago. 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-manejar-constipacao-intestinal-em-adultos-na-atencao-primaria-saude/>. Acesso em: 13 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Quais são as opções de tratamento para erradicação de *Helicobacter pylori*?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 23 jul. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quais-sao-as-opcoes-de-tratamento-para-erradicacao-de-helicobacter-pylori/>. Acesso em: 13 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 7 dez. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Cirurgia_geral.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 mar. 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_oncologia_adulto.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: hepatite B: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017 [atual. 26 fev. 2020]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Hepatite-B_20170407.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

ZAKKO, S. F. **Uncomplicated gallstone disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 25 Apr. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-gallstone-disease-in-adults/print>. Acesso em: 15 set. 2022.

SEBASTIANI, G. *et al.* Prognostic value of non-invasive fibrosis and steatosis tools, hepatic venous pressure gradient (HVPG) and histology in nonalcoholic steatohepatitis. **Plos One**, San Francisco, v. 10, n. 6, e0128774, June 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128774>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128774>. Acesso em: 13 set. 2022

Apêndice – quadros e figuras auxiliares

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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).

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).

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

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

Score	Fórmula	Interpretação dos valores
APRI*	$APRI = \frac{AST (UI/L)}{\frac{\text{Limite superior normal de } AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9)}} \times 100$	< 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-4**	$FIB4 = \frac{\text{Idade (anos)} \times AST (UI/L)}{\text{Contagem de plaquetas } (10^9) \times \sqrt{ALT (UI/L)}}$	< 1,45: Baixa probabilidade de fibrose hepática F2-F4. > 3,25: Alta probabilidade de F3 ou F4.

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

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

Fonte: Brasil (2019).

Quadro 3 – Escore Child-Pugh para estadiamento da cirrose.

	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina 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	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Encefalopatia	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protrombina (acima do controle) ou INR	< 4 segundos ou < 1,7	4 - 6 segundos ou 1,7 - 2,3	> 6 segundos ou > 2,3
Child A: 5-6 pontos Child B: 7-9 pontos Child C: 10-15 pontos			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goldberg e Chopra (2021b) e Brasil (2017).

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 auto-imune	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.

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

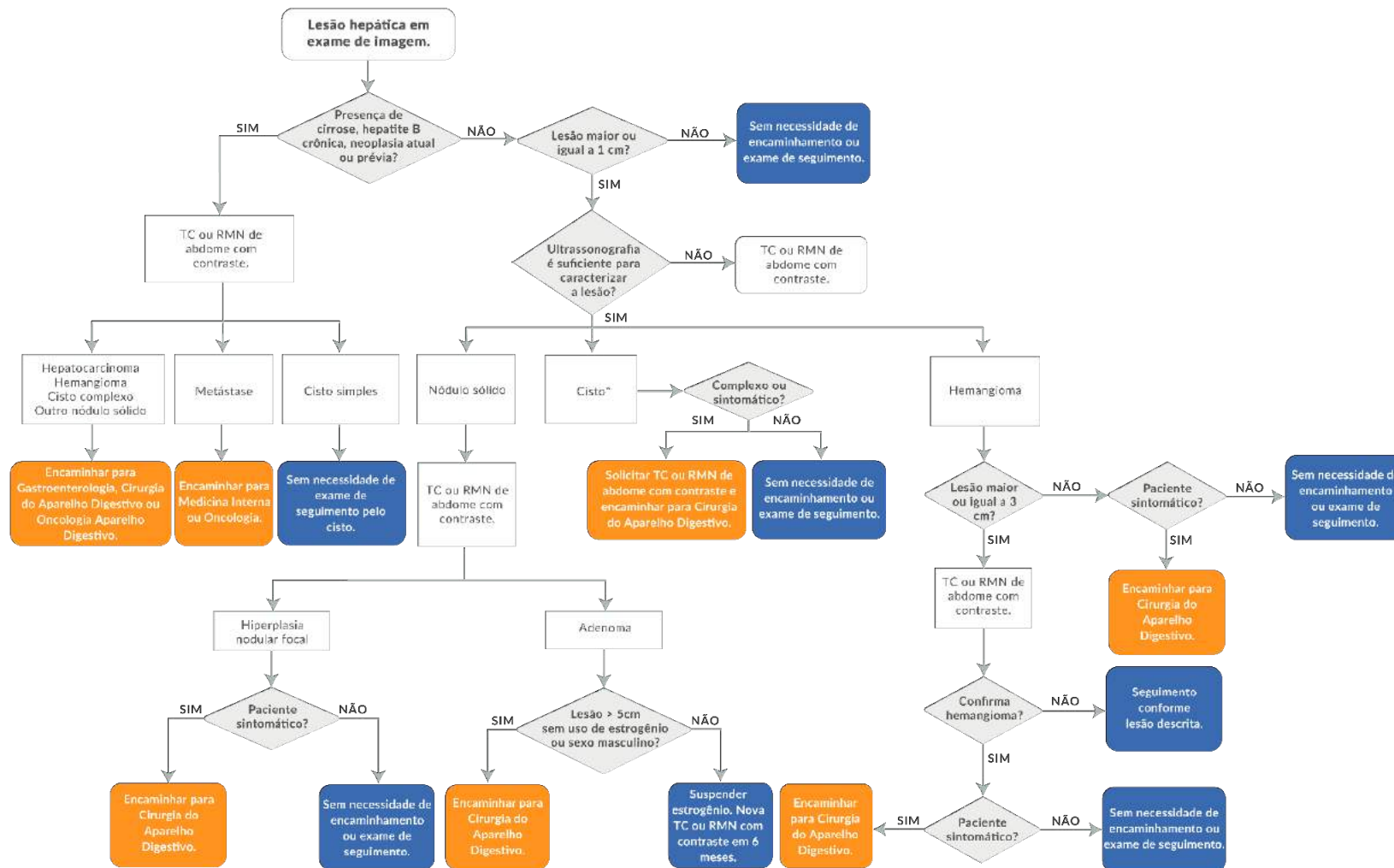
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

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

<p>Hepatotoxicidade intrínseca (medicamentos passíveis de dano hepático dose-dependente em qualquer pessoa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Paracetamol, ácido acetilsalicílico, salicilatos, vitamina A, niacina (vitamina B3), tetraciclina, buprenorfina.
<p>Reação idiossincrásica (medicamentos que podem causar dano hepático em indivíduos suscetíveis, independentemente da dose).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Antibióticos - amoxicilina/clavulanato, cefalosporinas, doxiciclina, dapsona, fluoroquinolonas (ciprofloxacino), isoniazida, macrolídeos, nitrofurantoina, 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Dynamed (2021).

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-UFRGS (2023), adaptado de Marrero *et al.* (2014) e *European Association for the Study of the Liver* (2016).

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 ingestão de alimentos ricos em fibras, peixes ricos em ômega 3 (salmão, sardinha) e preferir carnes brancas.

Exercício: realização regular de exercício físico aeróbico moderado, três a quatro vezes por semana (mínimo de 150 min. por semana).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 7 – Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV.

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

HBsAg: indica infecção ativa

Anti-HBs: indica imunidade ao HBV

Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida)

- Infecção ativa: associado a HBsAg +

- Imunidade: associado a Anti-HBs +

- Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção.

Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais. Em caso de dúvida no diagnóstico ou conduta em pacientes com anti-HBc reagente isoladamente, entre em contato com o

TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543.

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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 8 – 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-UFRGS (2023), adaptado de Dynamed (2021).

Quadro 9 – 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-UFRGS (2023), adaptado de Spechler (2022), Shaheen (2016) e Weusten (2017).

Quadro 10 – 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*
Adenoma com displasia de alto grau.	3 anos.	Atenção Especializada*
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm.	6 meses.	Atenção Especializada*
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*
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia.	3 anos.	Atenção Especializada*

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

*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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Gupta *et al.* (2020) e Hassan *et al.* (2020).

Quadro 11 – 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.	Aos 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.	A cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação.

Observação: atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ramsey e Grady (2021) e Dynamed (2018).

Quadro 12 – Avaliação da diarreia crônica.

Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV (ou teste rápido para HIV), EPF, coprocultura, leucócitos fecais, pesquisa de sangue oculto.
Tratamentos empíricos: teste de restrição de lactose e derivados, tratar parasitoses.
Características clínicas das principais causas de diarreia crônica:
<ul style="list-style-type: none"> ● Parasitoses/infecções: variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento/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-UFRGS (2023).

Quadro 13 – Tratamento da constipação intestinal em adultos na APS.

Modificações da dieta:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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® ou PegLax®: 1 a 2 sachês ao dia.
Excluir causas secundárias de constipação:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

¹Alimentos 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);

²Alimentos 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).

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 14 – Condições pelas quais pacientes costumam ser encaminhados para gastrostomia*.

Indicações neurológicas	Doença cerebrovascular. Doença do neurônio motor. Esclerose múltipla. Doença de Parkinson. Paralisia cerebral. Demência.
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).

*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.

Fonte: Rahnemai-Azar (2014).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543

