



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Núcleo Especial de Atenção Especializada**

**PROTÓCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A  
CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM  
GASTROENTEROLOGIA**

HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:

**Vitória  
Julho 2017**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

**SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE**

Engre Beilke Tenorio

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Joanna D'Arc Victoria Barros De Jaegher

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Lucileia Rosa Eller

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS**

Patrícia Védova

**COLABORAÇÃO**

Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames Especializados  
Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

**ORGANIZAÇÃO**

**EQUIPE TÉCNICA REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Luiz Augusto Fagundes Filho

Larissa Dell'Antonio Pereira

Neide Aparecida Soares Fontes



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## Protocolo 1 **É Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:**

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

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática (ver [quadro 1](#) no anexo); ou
- elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS (ver [quadro 2](#) no anexo), de:
  - aminotransferases ( $\geq 2$  vezes o limite superior da normalidade);
  - fosfatase alcalina ( $\geq 1,5$  vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática;
  - aminotransferases ( $< 2$  vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina ( $< 1,5$  vezes o limite superior de normalidade) que persistem elevadas por 6 meses.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1) sinais e sintomas;
- 2) avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, hemograma, plaquetas, anti-HCV e HBsAg;
- 3) resultado de exame de imagem abdominal, com data (se realizado);
- 4) comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
- 5) medicamentos em uso (com dose e posologia);
- 6) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## Protocolo 2 **É Alterações em exame de imagem hepática**

---

Paciente com hepatopatia conhecida (como 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. Pacientes de baixo risco, sem sintomas que sugiram neoplasia e com lesões provavelmente benignas (como cistos simples, hemangiomas típicos<sup>1</sup> e lesões sólidas indeterminadas pequenas) podem fazer investigação e acompanhamento inicial na APS.

---

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética Nuclear com contraste), quando disponível na APS:**

- lesão hepática sólida indeterminada  $\geq$  1 cm em pessoa sem hepatopatia conhecida; ou
- hemangioma com características atípicas<sup>1</sup> determinada por ecografia em pessoa sem hepatopatia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida; ou
- 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 gastroenterologia ou cirurgia digestiva:**

- suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão;
- lesão hepática compatível com hepatocarcinoma identificada por exame de imagem; ou
- lesão hepática descrita como cisto complexo; ou
- lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente,



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

sintomas compressivos);

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:**

- 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.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1) sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);
- 2) apresenta hepatopatia conhecida? (sim ou não). Se sim, qual?
- 3) resultado e tipo de exame de imagem realizado, 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.

---

<sup>1</sup> Considera-se um hemangioma típico quando estiver presente as seguintes características ecográficas: lesão homogênea, hiperecótica, bem delimitada, com reforço acústico posterior e menor de 3 cm.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

### Protocolo 3 **È** Esteatose hepática

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- esteatose hepática e suspeita de cirrose (ver [quadro 1](#) no anexo); ou
- esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases ( $\geq 2$  vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por 6 meses na APS (ver [quadro 3](#) no anexo); ou
- esteatose hepática persistente após tratamento conservador (ver [quadro 3](#) no anexo) por 6 meses em pessoa com risco elevado para fibrose (paciente com idade  $> 45$  anos com obesidade e/ou diabetes; ferritina com valor  $\geq 1,5$  vezes o limite superior de normalidade).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- 1) sinais e sintomas;
- 2) índice de massa corporal;
- 3) paciente é diabético? (sim ou não);
- 4) paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);
- 5) resultado dos exames laboratoriais, com data: aminotransferases e ferritina (em paciente sem suspeita de cirrose, descreva 2 resultados de AST/TGO, ALT/TGP e ferritina com intervalo de 6 meses), albumina, hemograma, plaquetas, tempo de protrombina, bilirrubinas, anti-HCV e HbsAg;
- 6) resultado do exame de imagem, com data;
- 7) descreva tratamento conservador realizado na APS;
- 8) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Protocolo 4 É Solicitação de Endoscopia Digestiva Alta

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta ou gastroenterologia:

- suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior<sup>1</sup>; ou
- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (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 inicial<sup>2</sup>; ou
- pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada; ou
- pessoa com dispepsia que necessitam iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação; ou
- dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação de *H. pylori* (ver [quadro 5](#) no anexo)); ou
- confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção);
- doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses;
- acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.

---

<sup>1</sup>suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, alterações suspeita em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).

<sup>2</sup>a investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de colonoscopia para avaliação do trato gastrointestinal inferior.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas;
2. resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. resultado de endoscopia prévia e biópsia, com data (se realizado);
5. paciente necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação (sim ou não);
6. história familiar de neoplasia gástrica/esofágica (sim ou não). Se sim, qual o 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.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## **Protocolo 5 É Alteração de Endoscopia Digestiva Alta**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:**

- esofagite grau C ou D de Los Angeles; ou
- estenose péptica; ou
- endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na APS; ou
- hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena); ou
- confirmação de erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), na indisponibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento).

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

- diagnóstico de neoplasia maligna do trato gastrointestinal.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas;
2. resultado de EDA e biópsia, com data (se realizado);
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. outros medicamentos em uso;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## Protocolo 6 Ë Dispepsia

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta:**

- dispepsia e sinais de alarme<sup>1</sup>; ou
- pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente; ou
- dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação H. pylori (ver [quadro 5](#) no anexo);
- confirmação de erradicação de H. pylori em paciente com úlcera péptica.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- impossibilidade de realizar endoscopia digestiva alta na APS;
- úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento).

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes);
2. resultado hemograma, com data (se anemia, descreva hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. resultado de endoscopia digestiva alta, testagem H. pylori e biópsia, com data (se realizada);
5. história familiar de câncer estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;
6. tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia).
7. outros medicamentos em uso;



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Sinais de alarme (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## Protocolo 7 É Doença do Refluxo Gastroesofágico

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endoscopia digestiva alta (EDA):**

- sintomas típicos mais de uma vez por semana, associado a sinais de alarme<sup>1</sup>; ou
- Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses; ou
- acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.

### **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; ou
- esofagite graus C e D de Los Angeles; ou
- estenose péptica; ou
- hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena).

### **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. descrever resultado da EDA e biópsia, com data (se realizada);
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.

---

<sup>1</sup>sinais de alarme (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa epigástrica, alterações suspeita em REED, dispneia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## Protocolo 8 **É Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior**

---

### Atenção!

A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de endoscopia digestiva alta para avaliação do trato gastrointestinal superior.

Rastreamento de paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch<sup>1</sup> ou Polipose Adenomatosa Familiar deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia.

---

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia na APS:**

- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (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 inicial; ou
- sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical; ou
- episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior; ou
- rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados<sup>2</sup>;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver [quadro 6](#) no anexo).

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

- diagnóstico de neoplasia maligna colorretal.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:**

- suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; ou
- suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal ([quadro 7](#) no anexo).



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:**

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS; ou
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico de acordo com a periodicidade recomendada (ver [quadro 6](#) no anexo).

## **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. exame de imagem, quando realizado, com data;
5. resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;
6. história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.
7. história familiar de outras neoplasias compatíveis com Síndrome de Lynch/Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC) (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos? Gerações sucessivas acometidas? Idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

### 1 Critérios de Amsterdã II (presença de todos os critérios):

três ou mais familiares com neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células transitórias de vias excretoras renais ureter ou pelve renal),

- um dos familiares deve ser de primeiro grau,
- dois ou mais gerações sucessivas acometidas,
- um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos,
- exclusão de polipose adenomatosa familiar.

2 Quando câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem. Se câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados em familiar de primeiro grau maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

## Protocolo 9 É Alteração de Hábito Intestinal

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS (ver [quadro 8](#) no anexo);
- suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal (ver [quadro 8](#) no anexo);
- constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na APS.

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

- alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna<sup>1</sup> na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. Sinais e sintomas;
2. Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
3. Em caso de diarreia: resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV, com data;
4. Em caso de constipação: resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia e TSH, com data;
5. Resultado de exame de imagem, quando realizado, com data;
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. Resultado de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, se realizado, com data.
8. Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

<sup>1</sup> suspeita de neoplasia maligna (sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orificial, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), 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 10** **É Dor abdominal**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:**

- Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS;

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descreva sintomas constitucionais, exame abdominal);
2. resultado de hemograma, com data;
3. resultado de exame parasitológico de fezes, com data;
4. resultado de exame de imagem abdominal, com data;
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. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Referências

AHNEN, D. J.; MACRAE, AF. Approach to the patient with colonic polyps. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-colonic-polyps>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE. The role of endoscopy in dyspepsia. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 82, n. 2, p. 227-232, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite c e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUIX, J.; SHERMAN, M. **Management of hepatocellular carcinoma: an update**. Hepatology. Baltimore, v. 53, n. 3, p. 1020, 2011.

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. 2016.

COELHO, L. G. et al. 3rd Brazilian consensus on Helicobacter pylori. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 50, n. 22, p. 81-96, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032013000200081](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000200081)>. Acesso em: 2 set. 2016.

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.

COHEN, J.; GREENWALD, D. A. **Overview of upper gastrointestinal endoscopy (esophagogastroduodenoscopy)** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-upper-gastrointestinal-endoscopy-esophagogastroduodenoscopy>>. Acesso em: 6 set. 2016.

CROWE, S. E. Indications and diagnostic tests for Helicobacter pylori infection [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/indications-and-diagnostic-tests-for-helicobacter-pylori-infection>>. Acesso em: 9 set. 2016.

CROWE, S. E. Treatment regimens for Helicobacter pylori [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-regimens-for-helicobacter-pylori>>.

Acesso em: 9 set. 2016.

CURRY, M. P.; CHOPRA, S. **Hepatic hemangioma** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/hepatic-hemangioma>>. Acesso em: 9 set. 2016.

DOOLEY, J. S. et al. **Sherlock's diseases of the liver and biliary system**. 12th ed. Oxford, UK: Wiley-DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Abnormal liver function tests** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2013. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Chronic Diarrhea** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015 [atualizada em 1 Jul. 2016. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Helicobacter pylori infection** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Liver hemangioma** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

DYNAMED. **Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015 [atualizada em 19 maio 2016]. Acesso em: 9 set. 2016, via Portal Saúde Baseada em Evidências (PSE).

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. 261-4.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL clinical practice guidelines on the management of benign liver tumours. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 65, n. 2, p. 386-3938, 2016.

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.

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. Erratum in: *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 56, n. 6, p. 1430.

FELDMAN, M. et al. **Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests**

[Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-abnormal-liver-biochemical-and-function-tests>>. Acesso em: 8 set. 2016.

FELDMAN, M. et al. **Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management**. 10th ed. Philadelphia: Saunders;Elsevier, 2015.

FRIEDMAN, L. S. **Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests**

[Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em:

GOLDBERG E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults: Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 8 set. 2016.

GOLDBERG, E.; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em:

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Ed.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HUNT, R. H.; XIAO, S. D.; MEGRAUD, F. 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, 2011. Disponível em: <<http://www.jgld.ro/2011/3/14.html>>. Acesso em: 2 set. 2016.

KAHRILAS, P. J. **Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-gastroesophageal-reflux-in-adults>>. Acesso em: 6 set. 2016.

KAHRILAS, P. J. **Medical management of gastroesophageal reflux disease in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/medical-management-of-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults>>. Acesso em: 6 set. 2016.

LONGSTRETH, G. F. **Approach to the adult with dyspepsia** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia>>. Acesso em: 9 set. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Colorectal cancer**. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>. Acesso em: 13 out. 2015.

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. 1439-48, 2014.

PENNER, R. M.; FISHMAN, M. B.; MAJUMDAR, MPH. **Evaluation of the adult with abdominal pain** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain>>. Acesso em: 9 set. 2016.

REGEV, A.; REDDY, K. R. **Diagnosis and management of cystic lesions of the liver** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver>>. Acesso em: 8 set. 2016.

SCHWARTZ, J. M.; KRUSKAL, J. B. **Solid liver lesions: Differential diagnosis and evaluation**. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/solid-liver-lesions-differential-diagnosis-and-evaluation>>. Acesso em: 9 set. 2016.

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, p. 912-921, 2007.

SIMON, C. et al. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

## Anexos E Quadros auxiliares

**Quadro 1** É Suspeita ou diagnóstico de cirrose

|  |  |                      |                         |                      |
|--|--|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Manifestações clínicas</b>                          | aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia |                      |                         |                      |
| <b>Achados laboratoriais</b>                           | Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia   |                      |                         |                      |
| <b>Achados ecográficos</b>                             | fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.  |                      |                         |                      |
| <b>Escore Child-Pugh para classificação de cirrose</b> |  | 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: UPTODATE (2016); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2015)

**Quadro 2** É Investigação inicial para aumento de TGO, TGP, GGT e/ou Fosfatase Alcalina.

Recomenda-se sempre repetir os exames de TGO, TGP e fosfatase alcalina alterados para confirmar se alteração é persistente.

| Exame                     | Causas principais  | Achados / Investigação (exames a serem solicitados)  |
|---------------------------|--|--|
| <b>TGO/AST e TGP/ALT</b>  | Consumo de álcool  | História de abuso de álcool / Relação AST/ALT > 2  |
|                           | Hepatites virais   | Exames: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV  |
|                           | DHGNA (NASH)   | Obesidade, diabetes, dislipidemia, HAS<br>Exames: ecografia abdominal, glicose, perfil lipídico, ferritina |
|                           | Medicamentos   | Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível  |
|                           | Hemocromatose  | Exames: saturação de transferrina, ferritina   |
| <b>Fosfatase alcalina</b> | Medicamentos   | Revisar medicamentos suspeitos e substituir quando possível  |
|                           | Obstrução biliar extra-hepática<br>- Litíase<br>- Neoplásica           | Sintomas como dor abdominal, emagrecimento, prurido.<br>Exames: ecografia abdominal.                       |
|                           | Doenças colestáticas (Cirrose Biliar Primária, Colangite Esclerosante) | Sintomas como prurido, fadiga.<br>Avaliação complementar com: Anti-mitocôndria, FAN.                       |

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

### Quadro 3 É Tratamento conservador para esteatose/esteatohepatite 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 ingestão de alimentos ricos em fibras, peixes ricos em ômega 3 (salmão, sardinha) e preferir carnes brancas, entre outras.  
**Exercício:** realização regular de exercício físico aeróbico moderado três a quatro vezes por semana (mínimo de 150 min/semana).

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016).

### Quadro 4 É 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 a 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. Discutir caso com especialista.

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

Fonte: DYNAMED (2016), DOOLEY (2011).

### Quadro 5 É Tratamento para H. pylori

#### Esquema de primeira linha:

- Amoxicilina 1g + claritromicina 500mg e omeprazol 20mg (ou pantoprazol 40 mg ou lansoprazol 30 mg) a cada 12 horas por 7 dias.

#### Esquemas alternativos / para retratamento:

- Amoxicilina 1g + levofloxacino 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente\*) a cada 12 horas por 10 dias.
- Furazolidona 200mg + claritromicina 500mg + omeprazol 20mg (ou equivalente\*) a cada 12 horas por 7 dias\*\*.
- Metronidazol 500 mg + claritromicina 500 mg + omeprazol 20mg (ou equivalente\*) a cada 12 horas por 10 ou 14 dias\*\*.
- Furazolidona 200mg + subcitrate de bismuto 240mg (2cps) + tetraciclina 500mg+ omeprazol 20mg (ou equivalente\*) a cada 12h por 10 dias.
- Metronidazol 250mg + subcitrate de bismuto 120mg + tetraciclina 500mg a cada 6 horas + omeprazol 20mg (ou equivalente\*) a cada 12h por 10 dias.

Fonte: COELHO (2014), HUNT (2011), UPTODATE (2016).

\* Alternativas ao omeprazol: pantoprazol 40mg 12/12h, lansoprazol 30mg 12/12h

\*\*Podem ser usados como primeira linha em alérgicos a penicilina. Esquema com metronidazol tem maiores taxas de

resistência, devendo ser utilizado quando furazolidona não estiver disponível.

**Quadro 6** É Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

| <b>Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico</b>    | <b>Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)</b>  |
|---|--|
| Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide | 10   |
| 1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)                  | 5 a 10   |
| <b>Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico</b>    | <b>Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).</b> |
| 3 a 10 adenomas tubulares                                   | 3  |
| >10 adenomas  | < 3  |
| ~ 1 adenoma tubular ~ 10 mm                                 | 3  |
| ~ 1 adenoma viloso  | 3  |
| Adenoma com displasia de alto grau                          | 3  |
| Pólipo serrátil sésil < 10 mm sem displasia                 | 5  |
| Pólipo serrátil ~ 10 mm ou com displasia                    | 3  |
| Síndrome de polipose serrátil*                              | 1  |

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015).

Os fatores relacionados com maior risco de câncer colorretal são: tamanho do pólipos > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau.

\* ~ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ~ 10mm; qualquer pólipos serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

**Quadro 7** É Alta suspeita de neoplasia colorretal.

|  |
|--|
| Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem  |
| Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro ou mudança de hábito intestinal persistente.  |
| Idade superior a 50 anos com sangramento retal e/ou outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro. |
| Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orifical.   |
| Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.  |

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2015) adaptado de NICE (2012).

Quadro 8 . Avaliação diarreia crônica.

|  |
|--|
| Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-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"><li>● <b>Parasitoses/infecções:</b> variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Doença inflamatória intestinal:</b> emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VSG ou proteína C reativa).</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Síndrome do intestino irritável:</b> dor abdominal recorrente, associada às evacuações e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, exames usualmente normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Síndrome de má absorção:</b> emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (p. ex: ferro, vitamina D, vitamina B12).</li></ul>  |

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

OBSERVAÇÃO: Gama-GT isoladamente elevada (com aminotransferases e fosfatase alcalina normais) não indica doença hepática