

**PROTOCOLO DE
GESTÃO E REGULAÇÃO
FORMATIVA
PARA ACESSO A
CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

Gastrologia

NOVEMBRO, 2020



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretario de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da
Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

RAFAEL GROSSI GONÇALVES PACÍFICO

Subsecretario de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

ORGANIZAÇÃO

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro, Karla Fazollo Paiva Dornelas, Margareth Pandolfi, Patricia Rocha Vedova e Roberta Pedrini Cuzzuol

COLABORAÇÃO

Médicos

Nélio Arthur de Paula Brandão - Angiologia
Emerson de Arruda Brandão - Alergia
Suely Zanetti Brioshi Vieira - Alergia
Elen Tatiana Cruz Rangel - Cardiologia
Edilson de Castro Araujo - Cardiologia
Lilian Claudia Souza Angelo - Cardiologia
Rachel Bertolani do Espirito Santo - Dermatologia
Luciana Vieira de Paula - Dermatologia
Elida Alves Leal - Dermatologia
Renildes Leia Bertoli Gasparini - Dermatologia
Tania Regina Povia Canuto - Dermatologia
Telma Lucia Serra Guimaraes Macedo - Dermatologia
M^a Amélia Sobreira Gomes Julião - Endocrinologia
Eliane Marcia Vantil - Endocrinologia
Ana Maria de Almeida Castro - Gastrologia
Michelle do Carmo Siqueira Sampaio - Gastrologia
Karina Zamprogno de Souza - Gastrologia
Leonardo De Paula Liparizi - Neurologia
Gregory Pelicão - Neurologia
Sérgio Peneira Canedo - Oftalmologia
Patricia Grativol Costa Saraiva - Oftalmologia
Maria Do Rosario Souza - Oftalmologia
Rodrigo De Paula Laiola - Ortopedia
Roger Vieira da Silva - Ortopedia
Adriana Pereira Barcelos - Otorrinolaringologia
Rossana Pego - Otorrinolaringologia
Victor Araujo De Oliveira - Otorrinolaringologia

Tarciana Ribeiro Santos - Proctologia
 Maria Cristina Alochio De Paiva - Pneumologia
 Carla Cristiana De Castro Bulian - Pneumologia
 Kristiane Rocha - Pneumologia
 Edson De Assis Pantaleão - Psiquiatria
 Leila Maria Farias – Psiquiatria
 Marcelo Zouain de Almeida - Urologia
 Orlando Cardoso Caetano - Urologia
 Paulo Roberto Fernandes de Oliveira - Urologia

Médico Regulador

Ana Cristina Vervloet do Amaral - Dermatologia
 Anna Carolina Cesana - Cirurgia Vascular
 Carlos Magno Passos Pellegrini – Dermatologia
 Caroline Secatto Tres
 Elane Dellacqua Passos - Oftalmologia
 Heron Souza Bomfim - Cardiologia
 Janaína Ferreira Paulo - Geriatria
 João Guilherme Tavares Marchiori - Ortopedia
 Maria José Alves Barbera - Dermatologia
 Mauricio Aquino Paganotti - Otorrinolaringologia
 Mauricio Fazolo Puppim - Cirurgia Geral
 Paulo Marcus Altoé
 Pedro Cabral Filho - Cirurgia Geral
 Raiane Marchesi Figueiredo - Reumatologia
 Roberta Pedrini Cuzzuol - Anestesiologia
 Sergio Riguete Zacchi - Urologia

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi)

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro - Medicina de Família e Comunidade
 Karla Fazollo Paiva Dornelas - Medicina de Família e Comunidade
 Laís Coelho Caser - Medicina de Família e Comunidade

Criação e Design

Margareth Pandolfi

Gestão da Clínica e Regulação Formativa

A Gestão da Clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão destinada a promover atenção à saúde com excelência e qualidade, centrada em pessoas, efetiva, estruturada e com base em evidências científicas, segura para as pessoas e para os profissionais, eficiente, oportuna, equitativa e humanizada. Sua Governança têm quatro dimensões: desempenho clínico e avaliação; desenvolvimento profissional; risco e segurança; e, valores e envolvimento do paciente.

As possíveis conexões entre Gestão, Atenção à Saúde e Educação (que se configuram no âmbito da Gestão da Clínica) podem ser compreendidas à luz da contemporaneidade social e, para que possamos conviver com esses desafios, é importante aprender e vivenciar a simultaneidade entre supostas certezas e incertezas, por meio de uma consciência crítica e aberta às mudanças e inovações.

No estado do Espírito Santo tais conexões/Gestão, Atenção à Saúde e Educação vêm se concretizando por meio de projetos e iniciativas do Instituto de Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), um instrumento de Educação e Atenção à Saúde, mediante as Residências profissionais e Editais de provimento e Bolsas de formação instrumentos de promoção, qualificação e expansão da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família.

Com a mesma finalidade, mais recentemente foi idealizado o Programa de Regulação formativa. Sobre essa, é emergente que o processo de ensino e aprendizagem dê lugar às regulação e avaliação formativas, com o objetivo de ajudar os alunos e tutores a aprenderem, aprenderem a fazer e a se desenvolver.

A Regulação formativa, está fundamentada nos processos de aprendizagem, baseadas em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais e na aprendizagem significativa e funcional aplicada em diversos contextos. Atentos a essas mudanças e inovações foi inevitável a adoção de novas práticas e conceitos de Gestão da Clínica e de Regulação formativa no Estado.

Apresentação

Desde a graduação tenta-se capacitar o médico não especialista para diagnosticar e tratar algumas alterações e doenças gástricas, evitando assim impactos negativos na vida das pessoas, bem como promover encaminhamentos qualificados ao especialista em Gastrologia, especialidade que se dedica ao estudo e tratamento das doenças do estômago e as suas afecções.

Atualmente a demanda por consulta Ambulatorial de Gastrologia tem aumentado, gerando longas filas de espera, e essas exigem critérios para classificação dos sintomas. Pensando no melhor atendimento aos usuários, redefiniu-se o Protocolo de Regulação de Consulta com o Gastrologista no Espírito Santo.

Trata-se do Protocolo de Regulação para Encaminhamentos para a Especialidade de Gastrologia, visando garantir a assistência integral à saúde dos pacientes, além de qualificar a triagem da demanda regulada melhorando assim o serviço ofertado ao usuário.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALT	Alanina Aminotransferase
APS	Atenção Primária a Saúde
ANTI-HBC	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C
ANTI-HBS	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite B
ANTI-HCV	Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C
ANTI-HIV	Anticorpo do Vírus da Imunodeficiência Humana
AST	Aspatato aminotransferase
CA	Câncer
CT	Colesterol Total
DM	Diabetes Mellitus
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
GGT	Teste de Compatibilidade Genética
HBSAG	Imunoensaio cromatográfico rápido para antígeno do vírus da Hepatite B
PCR	Proteína C-Reativa
PT	Tempo de Protrombina
PSOF	Pesquisa sangue oculto nas fezes
RAS	Redes de Atenção a Saúde
T3	Hormônios Tireoidianos
T4	Hormônios Tireoidianos
TC	Tomografia computadorizada
TG	Tempo de Coagulação
TGO	Transaminase Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica

TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
USG	Ultrassonografia
VMC	Volume Corpuscular Médio

SUMÁRIO

1. Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas importantes.....	10
2. Alterações em exame de imagem hepática.....	12
3. Esteatose hepática.....	12
4. Hepatite B.....	14
5. Hepatite C.....	15
6. Alteração de Endoscopia Digestiva Alta.....	16
7. Dispepsia.....	17
8. Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior.....	18
9. Alteração de Hábito Intestinal.....	18
10. Doença Diverticular do Cólon.....	21

Motivos para encaminhamento com diagnóstico ou suspeita diagnóstica

Os principais motivos de encaminhamento para consulta Otorrinolaringologista eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter: anamnese completa, incluindo história da doença atual, sintomas e tempo de evolução, história patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas com risco de comprometimento circulatório (exemplo, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças circulatórias familiares). Também deve conter, se possível e dentro da realidade de cada local de trabalho, exame Angiológico sucinto, incluindo os exame(s) complementar(s) e/ou tratamento(s) Otorrinolaringológico prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

1. Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas importantes

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática;
- Elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS de:
 - aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior da normalidade);
 - fosfatase alcalina ($\geq 1,5$ vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática.

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- Uso de álcool e/ou outras drogas (se sim, descreva);
- História de transfusão sanguínea, com data (se sim, descreva);
- História de banho de rio ou lagoa;
- Comorbidades (como diabetes mellitus (DM), hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);
- Medicamentos em uso (com dose e posologia).
-

Exame físico

- Hepato/esplenomegalia
- Aranhas vasculares
- Eritema palmar
- Ascite
- Icterícia
- Hálito hepático
- Ginecomastia
- Hipocratismo digital

Exames complementares

Avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (Aspartato aminotransferase (AST)/ Transaminase Oxalacética (TGO) e Alanina Aminotransferase (ALT)/Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP)), fosfatase alcalina, Teste de Compatibilidade Genética (GGT), albumina (proteínas totais e frações) Tempo de protrombina (TP), bilirrubina total e frações, hemograma completo, ferritina, saturação de transferrina, Coesterol total (CT) e frações, Tempo de coagulação (TG), glicemia de jejum, Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C (anti-HCV) e Imunoensaio cromatográfico rápido para antígeno do vírus da Hepatite B (HbsAg), Anticorpo específico contra vírus de Hepatite C (Anti HBC) total Anticorpo específico contra vírus de Hepatite B (anti-HBs);

Descrição de Ultrassonografia (USG) de abdome total, com data (obrigatório);

Descrição de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), com data (obrigatório).

1.3. Prioridades para regulação

- Pacientes com varizes esofagianas de médio e/ou de grosso calibre;
- Enzimas hepáticas $\geq$ dez vezes que o valor de referência;
- Presença de nódulo sólido hepático em paciente com diagnóstico de cirrose visualizado em USG de abdome total.

1.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e 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, sinais de infecção associada (sepse, peritonite bacteriana espontânea).

1.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município

2. Alterações em exame de imagem hepática

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Nódulo hepático sólido;
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos);
- História prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, qual?

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);
- Apresenta hepatopatia conhecida? (sim ou não). Se sim, qual?

Exames complementares

- Resultado e tipo de exame de imagem realizado, com data.

2.3. Prioridades para regulação

- Suspeita de neoplasia maligna
- Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos).

2.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Sinais clínicos de abdome agudo (rotura de nódulo hepático).

2.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

3. Esteatose hepática

Obs: sempre pedir sorologia para hepatites em 1ª consulta com o paciente.

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (≥ 2 vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por seis meses na APS (Quadro 1); ou
- Esteatose hepática persistente após tratamento conservador (ver Quadro 1) por seis 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).

Bebidas alcoólicas: cessar uso de bebidas alcoólicas.

Comorbidades: tratar diabetes, hipertensão e dislipidemia.

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

Dieta: redução de alimentos ricos em gordura 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.

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

Quadro 1. Tratamento conservador para Esteatose/esteatohepatite na APS

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- Paciente é diabético? (sim ou não);
- Paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);
- Medicamentos de uso regular
- Descreva tratamento conservador realizado na APS.

Exame Físico

- Índice de massa corporal.

Exames complementares

- Avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, hemograma completo, ferritina, saturação de transferrina, CT e frações, TG, glicemia

de jejum, anti-HCV e HBsAg, Anti HBC total anti-HBs; Hormônios Tireoidianos (T3, T4 livre) e Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH);

- Descrição de USG de abdome total, com data (obrigatório).

3.3. Prioridades para regulação

- A critério médico.
- Esteatose grave com risco de fibrose hepática.

3.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Não se aplica.

3.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

4. HEPATITE B

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista gastrologista

- Hepatite viral crônica por vírus B.

4.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista infectologista

- Paciente com coinfeção HBV e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

4.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Exames complementares

- Resultado de exames de aminotransferases, com data;
- Resultado de HBsAg, Anti-Hbs e anti-HBc, Imunoglobulinas M e G (IgM e IgG), com data;
- Resultado do exame anti-HIV, com data.

4.4. Prioridades para regulação

- Enzimas hepáticas ≥ 10 vezes que o valor de referência.

4.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- A critério médico;
- Sinais de insuficiência hepática (Encefalopatia hepática, distúrbios de coagulação).

4.6. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

5. Hepatite C

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista gastrologista

- Hepatite viral aguda por vírus C;
- Hepatite viral crônica por vírus C.

5.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista infectologista

- Pacientes com coinfeção HCV e HIV.

5.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Se suspeitar de infecção aguda, descrever data e forma de contágio, e como foi feita a suspeita diagnóstica;

Exames complementares

- Resultado de hemograma completo, aminotransferases, anti-HCV e anti-HIV com data;
- Resultado do Proteína C-Reativa (PCR) quantitativo de RNA-HCV (carga viral), com data (preferencialmente dos últimos seis meses, se realizado).

5.4. Prioridades para regulação

- Enzimas hepáticas ≥ 10 vezes que o valor de referência.

5.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- A critério médico.
- Sinais de insuficiência hepática (Encefalopatia hepática, distúrbios de coagulação)

5.6. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

6. Alteração de Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Esofagite grau C ou D de Los Angeles ou grau 3, 4 e 5 de Savary -Miller;
- Estenose péptica;
- Endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia;
- Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por três meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena);
- Para confirmação de erradicação de *Helicobacter pylori* em paciente com úlcera péptica (oito a 12 semanas após tratamento da infecção), **apenas** na indisponibilidade de solicitar endoscopia na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado oito a 12 semanas após início do tratamento).

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- Se paciente com dispepsia ou Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), descreva o tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso.

Exames complementares

- Resultado de EDA e biópsia, com data.

6.3. Prioridades para regulação

- Esôfago de Barrett, metaplasia intestinal com displasia
- Suspeita de neoplasia
- Estenoses

- Paciente pós alta hospitalar devido hemorragia digestiva alta por úlcera (de preferência nos primeiros 15 dias após a alta).

6.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Síndrome de estenose pilórica;
- Sinais de desnutrição e caquexia.

6.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

7. Dispepsia

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Paciente com sinais de alarme (idade >45 anos, disfagia, história de CA do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente);
- **Apenas** na impossibilidade de realizar endoscopia digestiva alta na APS;
- Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado oito a 12 semanas do início do tratamento).

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- 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);
- História familiar de câncer estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;
- Tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia).
- Outros medicamentos em uso.

Exames complementares

- Resultado hemograma, com data (se anemia, descreva hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);

- Resultado de MIF e EPF três amostras, com data (se realizado);
- Resultado de endoscopia digestiva alta, testagem *H. pylori* e biópsia, com data.

7.3. Prioridades para regulação

- Paciente com anemia de causa desconhecida e/ ou emagrecimento sem causa aparente;
- Paciente com disfagia.

7.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- A critério médico.

7.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

8. Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Suspeita clínica de neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior (paciente com idade > 45 anos, história de Câncer (CA) do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente);
- Todos os pólipos gastrointestinais, exceto hiperplásicos e/ou inflamatórios;
- Todos os adenomas;
- Presença de massa em topografia retal ou anal identificada em exame físico ou exame de imagem;
- Idade superior a 50 anos com sangramento retal;
- Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada;
- Paciente com idade > 45 anos com história familiar de CA colorretal em parentes de primeiro grau ou de pólipos intestinais
- Paciente com diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal;
- Para rastreio: pacientes com idade > 45 anos.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- História familiar de câncer colorretal ou de pólipos intestinais (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.

Exame físico

- Exame físico abdominal.

Exames complementares

- Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
- Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
- Descrição de exame de imagem, quando realizado, com data;
- Descrição de resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data.

8.3. Prioridades para regulação

- Paciente com sinais de alarme (história de CA do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento sem causa aparente); (história de parente de primeiro grau em paciente assintomático não deveria gerar prioridade e sim critério para investigação);
- Pesquisa sangue oculto nas fezes (PSOF) positiva.

8.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- A critério médico;
- Suspeita de obstrução.

8.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

9. Alteração de Hábito Intestinal

9.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista.

- Diarreia crônica (mais de quatro semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS (Quadro anexo);
- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal (Quadro 2);

- Constipação (dificuldade constante ou eventual de eliminação das fezes levando a desconforto) sem melhora após 12 semanas de tratamento na APS;
- Síndrome do intestino irritável.

9.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas (hábitos fecais, hábitos alimentares, prática de exercícios, uso de medicamentos);
- Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
- Em caso de diarreia: resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma, TSH e anti-HIV, com data;
- Em caso de constipação: resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia de jejum e TSH, com data;
- História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal.

Exame físico

- Exame físico abdominal.

Exames complementares

- Descrição do resultado da endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, se realizado, com data.

9.3. Prioridades para regulação

- Paciente com sinais de alarme (história de CA do aparelho digestivo em parente de primeiro grau, anemia de causa desconhecida, emagrecimento importante). (História de parente de primeiro grau em paciente assintomático não deveria gerar prioridade e sim critério para investigação);
- Suspeita de Doença Inflamatória Intestinal.

9.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Abdome agudo obstrutivo ou perfurativo;
- Paciente com hemorragia digestiva baixa.

9.5. APS como ordenadora RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar - Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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 parasitose.

Parasitoses/infecções: variáveis conforme parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento, alternância com constipação.

Doenças inflamatória intestinal: emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VSG ou proteína C reativa).

Síndrome do intestino irritável: dor abdominal recorrente, associada às evacuações e mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, exames usualmente normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).

Síndrome de má absorção: emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (p. ex. ferro, vitamina D, Vitamina B12)

Quadro 2. Avaliação Diarreia Crônica

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

10. Doença Diverticular do Cólon

10.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Todos os pacientes com doença diverticular do cólon confirmada ao exame de imagem (colonoscopia ou Tomografia Computadorizada (TC) de abdome).

10.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso

Anamnese

- Sinais e sintomas;
- História familiar de câncer colorretal ou de pólipos intestinais (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.

Exame físico

- Exame físico abdominal.

Exames complementares

- Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, Volume Corpuscular Médio (VCM), ferro e ferritina);

- Exame de imagem (colonoscopia ou TC de abdome), com data.

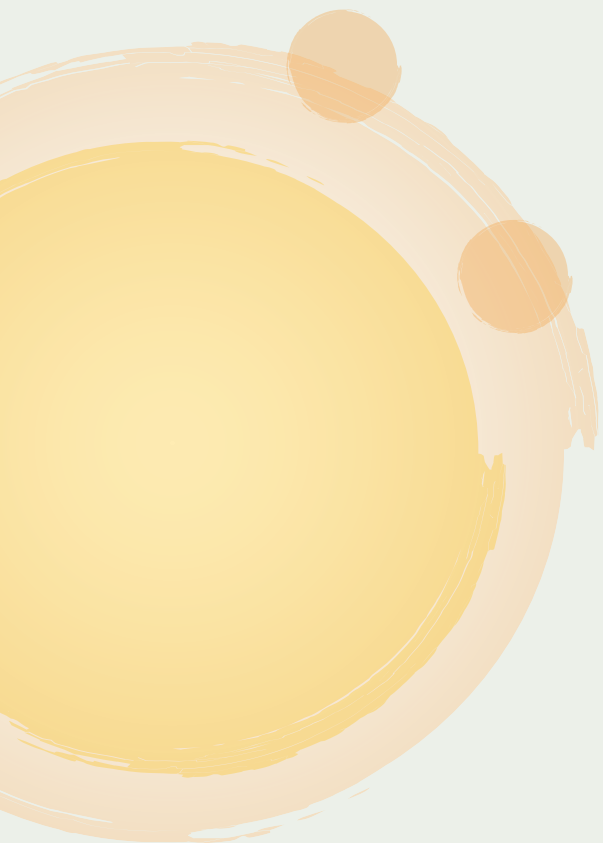
10.3. Prioridades para regulação

- A critério médico.
- História previa de diverticulite
- História previa de hemorragia digestiva baixa
- Comorbidades associadas

10.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Diverticulite aguda;
- Hemorragia digestiva baixa;
- Abdome agudo (obstrução, perfuração).

10.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado Para onde encaminhar? Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIANE PEREIRA DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
SESA - NEAE
assinado em 28/01/2021 15:24:42 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/01/2021 15:24:42 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CLAUDIA RODRIGUES LOPES FERNANDES (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - SESA - GEPORAS)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2021-49NCDD>