



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | EXAMES E PROCEDIMENTOS



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | EXAMES E PROCEDIMENTOS

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2023

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Brito

Lucas Galhardo de Araujo

Colaboração

Luiza Augusto da Silva

Marcos Landau

Roselane Gomes de Carvalho

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Endoscopia e Colonoscopia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

24p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA...	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	6
SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO	14
Endoscopia Digestiva Alta	14
Colonoscopia.....	14
COMO SOLICITAR ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA NO SISREG	15
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	15
PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO	16
Endoscopia.....	16
Colonoscopia.....	17
UNIDADES EXECUTANTES.....	17
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	19
REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado que envolve exames endoscópicos na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

O Protocolo de Regulação de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Colonoscopia surge como forma de dar subsídios técnicos e teóricos para a conduta médica durante o atendimento dos pacientes pela Atenção Primária à Saúde, auxiliando na coordenação do cuidado e sendo ferramenta para guiar a decisão clínica sobre quando solicitar determinados exames. Aqui estão listados e detalhados os critérios de solicitação para EDA e Colonoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Rio de Janeiro.

Este protocolo serve, também, aos médicos reguladores para qualificar as solicitações que lhes são apresentadas, garantir a correta priorização dos agendamentos e autorizar quando a solicitação está pertinente e obedecendo aos critérios mínimos. Todavia, é válido reforçar que este manual não substitui a autonomia médica e a condução clínica dos pacientes pelos profissionais assistentes, mas objetiva a qualificação do processo regulatório, com o objetivo de dar mais resolutividade à rede ao otimizar os recursos por ela ofertados.

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um método operador dependente, para pesquisa de lesões de esôfago, estômago e as duas primeiras porções do duodeno por meio de imagens, em associação ou não com a biópsia. A EDA possui riscos inerentes ao procedimento (broncoaspiração, depressão cardiorrespiratória, perfuração de visceral, lesão de baço e sangramento) e à anestesia, de forma que sua indicação deve ser precisa e bem avaliada. É, portanto, um exame útil no diagnóstico de complicações de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), esôfago de Barret, úlcera péptica, bem como da doença ulcerosa péptica, infecção por *Helicobacter pylori*, varizes esofágicas e do câncer de esôfago e estômago, entre outros.

A colonoscopia é um método endoscópico invasivo e muito útil para a pesquisa de lesões em ânus, reto e cólon por meio de imagens, em associação ou não com biópsia. A realização da mesma possui riscos inerentes ao procedimento (perfuração intestinal, lesão de baço e sangramento, este último ocorrendo em 0,05% dos casos em que o exame é feito para diagnóstico, e 1% a 8% dos casos em que é feito para fins terapêuticos) e à anestesia, de forma que sua indicação deve ser precisa e bem avaliada, para que sua realização leve a mais benefícios do que a riscos.

Para auxiliar o profissional na decisão de solicitar ou não um exame complementar, alguns critérios podem ser utilizados, sendo:

- Capacidade técnica (operador dependente);
- Performance diagnóstica (valor preditivo positivo de acordo com a patologia);
- Impacto no raciocínio diagnóstico e prognóstico;
- Impacto terapêutico (o quanto o exame realmente irá modificar a conduta terapêutica para o paciente);
- Desfechos relacionados à doença.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o exame a ser solicitado, seguindo a seguinte distribuição:

1. Endoscopia Digestiva Alta;
2. Endoscopia Digestiva Alta — Pediatria;
3. Colonoscopia.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

► **Nomenclatura no SISREG:** ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

Todo paciente com dor epigástrica ou abdominal inespecífica deve investigar parasitose intestinal antes de realizar EDA.

Dispepsia e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

Indicações clínicas:

1. Presença de sintomas abdominais superiores com sintomas esofagianos sem melhora com tratamento otimizado e apropriado prévio por dois meses ou com sintomas persistentes e duradouros após cinco anos do início dos sintomas. Sintomas abdominais superiores/dispépticos: epigastralgia, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, perda de peso, eructação, distensão abdominal, pirose e regurgitação;

2. Presença de sintomas abdominais superiores ou de refluxo associados a outros sintomas ou sinais sugestivos de doenças orgânicas graves, como perda de peso, anemia, disfagia, odinofagia, rouquidão, emagrecimento sem causa aparente, vômitos persistentes, hematêmese, massa epigástrica, linfadenopatia, icterícia, alterações suspeitas em radiografia de esôfago, estômago e duodeno (REED) e história familiar de câncer de esôfago ou estômago, principalmente em parentes de primeiro grau;
3. Em pacientes com 45 anos ou menos com doença do refluxo gastroesofágico que persiste sintomático mesmo após tratamento clínico otimizado realizado na APS, incluindo medidas comportamentais e inibidores de bombas de prótons em dose plena. Define-se por sintomas persistentes a presença destes duas vezes ou mais por semana por mais de 30 dias;
4. Em pacientes com mais de 45 anos com doença do refluxo gastroesofágico sem tratamento prévio;
5. Em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico com sintomas esofagianos e fatores de risco associados, como uso excessivo de álcool, tabagismo, hérnia de hiato e obesidade;
6. Pacientes com dispepsia recente, sem causa aparente, iniciada após os 60 anos de idade;
7. Pacientes com dispepsia e história prévia de úlcera gástrica, cirurgia gástrica ou uso excessivo de Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);
8. Pacientes com sintomas dispépticos que necessitam iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulante diante do risco de sangramento de lesões ativas;
9. Após tratamento para erradicação de *H. pylori* em paciente com úlcera péptica associada. A EDA deve ser realizada de 8 a 12 semanas após o tratamento, como forma de confirmar a erradicação.

Doenças do esôfago

Indicações clínicas:

1. Pacientes apresentando disfagia progressiva para investigação de causas esofágicas;
2. Diagnóstico e tratamento de metaplasia intestinal e esôfago de Barret, bem como do seu segmento (realizar a cada dois a três anos com biópsias seriadas nos casos sem displasia, e a cada seis meses nos casos em que há displasia). Tais condições podem ser assintomáticas ou podem estar presentes em pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico. O seguimento dependerá do grau da displasia e do tamanho da lesão.

3. No controle após complicações de esofagites erosivas graus C e D de Los Angeles — não se deve fazer acompanhamento endoscópicos para os graus A, B e C;
4. Em pacientes com hipertensão portal ou cirrose hepática, para diagnóstico e, por vezes, tratamento com ligadura elástica de varizes esofágicas;

Para o tratamento de varizes de esôfago, sugere-se o encaminhamento para "Consulta em Cirurgia Geral — Esôfago".

5. Em pacientes com hipertensão portal, para seguimento, devendo ser realizada a cada dois anos se não houver evidência de varizes de esôfago, e cada um ou dois anos se houver evidências destas no exame anterior;
6. Diagnóstico e tratamento (dilatação pneumática) de estenoses do trato digestivo superior em pacientes que cursam com disfagia progressiva;
7. Diagnóstico e manejo da acalasia de esôfago e megaesôfago — pacientes com megaesôfago devem repetir o exame anualmente;
8. No seguimento de pacientes com sequelas de esofagite caustica ou química, devendo realizar os exames três, seis, nove e 12 meses após a ingestão ou depois da última sessão do tratamento dilatador;
9. No seguimento de pacientes com tumores submucosos em esôfago — neste caso, realizar a cada seis meses.

Pólipos gástricos

Indicações clínicas:

1. Diagnóstico de pólipos de trato digestivo superior e para a realização de polipectomia;
2. Em caso de pólipos hiperplásicos — realizar controle anual nos casos em que há associação com gastrite atrófica e/ou metaplasia intestinal;
3. Controle anual após a ressecção de pólipos adenomatosos (todos os casos devem ser ressecados) — não havendo recidiva, realizar seguimento endoscopia a cada três anos;
4. Em pacientes com história familiar de polipose adenomatosa familiar.

Pacientes com polipose (100 ou mais pólipos) de glândulas fúndicas gástrica devem ser investigados quanto à coexistência de pólipos colônicos.

Outros

Indicações clínicas:

1. Êmese persistente, sem melhora com tratamento prévio e de causa desconhecida;
2. Investigação de diarreia crônica ou doença celíaca;
3. Em pacientes com anemia crônica cuja suspeita seja de sangramentos do trato digestivo superior (p.ex.: colonoscopia normal) ou em pacientes com sangramento superior (hematêmese), com fins de diagnóstico e/ou tratamento;
4. No pré-operatório e seguimento da cirurgia bariátrica ou transplante;
5. No pós-operatório de cirurgia bariátrica, a cada seis meses no primeiro ano e posteriormente a critério do cirurgião.
6. No seguimento de pacientes após gastrectomia — se por doença benigna, realizar controle anual após 15 anos da cirurgia; se por doença maligna, realizar controle anual nos cinco primeiros anos e reiniciar o seguimento anual após 15 anos da cirurgia.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA — PEDIATRIA

► **Nomenclatura no SISREG:** ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Em dor abdominal recorrente com sinais de alerta (anemia a/e, sangramento digestivo, déficit de crescimento, vômitos persistentes, dor que causa despertar noturno, perda de peso acentuada e sensibilidade localizada em região epigástrica durante exame físico); dor abdominal recorrente: três ou mais episódios de dor abdominal por, pelo menos, três meses, suficientemente graves para afastar a criança das suas atividades diárias;
2. Em pacientes com DRGE patológico (DRGE associado a déficit de crescimento, dor abdominal, irritabilidade, hemorragia digestiva, broncoespasmo, pneumonias de repetição e/ou complicações otorrinolaringológicas);
3. Em pacientes com alergia alimentar quando há suspeita de esofagite, cursando com êmese persistente e refluxo;
4. Em crianças com sintomas dispépticos, sem melhora com o tratamento ou associado a sinais de alerta;
5. No caso de hemorragia digestiva alta;
6. Em crianças com vômitos persistentes, sem melhora com o tratamento ou disfagia;

7. Investigação e diagnóstico de malformações congénitas do trato digestivo superior;
8. Em crianças com suspeita ou confirmação sorológica de doença celíaca;
9. As indicações para a realização de EDA em adultos também se aplicam aos pacientes pediátricos.

COLONOSCOPIA

► **Nomenclatura no SISREG:** COLONOSCOPIA ou COLONOSCOPIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas — rastreio do câncer colorretal:

Sinais e sintomas de câncer colorretal

Sangramento intestinal sem causa aparente, anemia ferropriva sem causa aparente, alteração do hábito intestinal (diarreia/constipação) persistentes, dor abdominal e/ou retal, tenesmo e emagrecimento.

Como rastrear

O câncer colorretal pode ser rastreado de diversas formas, incluindo a solicitação de sangue oculto nas fezes, colonoscopia, retossigmoidoscopia e tomografia computadorizada colorretal. A decisão deve levar em conta as variáveis de facilidade de acesso, risco inerente do exame e facilidade de execução. Caso a colonoscopia seja o método escolhido como método de rastreio, deve ser realizada a cada 10 anos.

Ampla maioria das diretrizes internacionais (Cochrane e BMJ) para rastreio do câncer colorretal recomenda realizar sangue oculto nas fezes a cada dois anos, como rastreio em primeira etapa. Caso positivo, prosseguir com colonoscopia ou retossigmoidoscopia.

Quem deve ser rastreado

1. Pacientes com 45 anos ou mais, sem sinais ou sintomas de câncer colorretal e com médio risco de desenvolver o câncer — deve-se rastrear a cada 10 anos. Médio risco: pacientes sem história familiar de câncer colorretal, adenoma polipoide ou doença inflamatória intestinal; história pessoal ou familiar conhecida de desordens genéticas que predisõem a risco de câncer colorretal.
2. Pacientes com alto risco de desenvolveres câncer colorretal:
 - Pacientes 40 anos se possuem história familiar de câncer — considerar iniciar o rastreio 10 anos antes da idade do diagnóstico do familiar mais jovem;
 - Pacientes com história familiar de polipose adenomatosa familiar ou síndrome de Lynch.

3. Pacientes com histórico de polipectomia ou mucosectomia — realizar seis meses após o procedimento;
4. Pacientes com lesões pré-malignas diagnosticadas em exame anterior a critério médico.

O rastreo entre 76 a 85 anos deve ser considerado levando em conta os riscos inerentes à realização do exame, rastreios realizados anteriormente, condição de saúde, expectativa de vida e a preferência do paciente.

Patologias colorretais

Indicações clínicas:

1. Complementação da investigação de anormalidades colorretais identificadas em outros exames de imagem realizados previamente (enema opaco, TC e RNM), a exemplo do defeito de enchimento e estenose — pode ser utilizada, inclusive, no tratamento endoscópico de estenoses;
2. Investigação e tratamento de lesões hemorroidárias sem causa explicada e sem melhora ao tratamento clínico inicial, em pacientes com idade superior a 50 anos ou na presença de sinais de alarme (diarreia, constipação, perda ponderal, anemia por deficiência de ferro e dor abdominal).

Câncer colorretal

Indicações clínicas:

1. Investigação de anemia crônica em pacientes com suspeita de lesão colorretal como causa, desde que estejam descartadas e tratadas parasitoses intestinais;
2. Em pacientes com suspeição de câncer colorretal (pacientes com perda inexplicável de peso, sangramento retal inexplicável, dor abdominal, alteração no hábito intestinal, anemia por deficiência de ferro e alteração no formato das fezes);
3. No seguimento de pacientes tratados previamente para câncer colorretal (um ano e três anos após a cirurgia — novos exames dependerão do resultado dos anteriormente realizados);

Sangramento digestivo

Indicações clínicas:

1. Em caso de sangramento digestivo:

- a. Hematoquezia: após exame físico não conclusivo para o diagnóstico de lesões orificiais; em pacientes com 50 anos ou mais; se na presença de sinais de alarme de câncer colorretal;
- b. Melena: no caso de uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) normal ou excluídas causas de sangramento digestivo alto;
- c. Se pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo (o solicitante deve estar ciente da baixa especificidade e alta sensibilidade do exame para casos de câncer intestinal).

Polipose intestinal

Indicações clínicas:

1. Pacientes com história familiar de polipose adenomatosa familiar do cólon (a partir de 12 anos) ou câncer colorretal hereditário não poliposo (a partir de 20 anos ou em idade menor que 10 anos da idade do familiar na ocasião do diagnóstico);
2. Investigação de outras lesões intestinais em pacientes em tratamento ou tratados anteriormente para câncer colorretal, pólipos ou outras lesões intestinais;
3. Diagnóstico, biópsia e excisão endoscópica de pólipos intestinais;
4. Quando identificada lesão polipoide neoplásica (adenoma) maior que 1 cm na retossigmoidoscopia.

Seguimento de lesões polipoides após colonoscopia ou polipectomia, a depender do tipo histológico e quantidade: considerar não realizar em pacientes com 75 anos ou mais que possuam menos de 10 anos de expectativa de vida ou com comorbidades graves; não realizar seguimento após 85 anos. Realizar seguimento conforme descrito no quadro a seguir.

LESÕES ADENOMATOSAS	
Tipo histológico	Recomendação
1 a 2 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos*
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos
≥ 1 adenoma de 10mm;	3 anos
5 ou mais adenomas (independentemente de tamanho)	
Adenoma com displasia de alto grau	
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses

*Nestes casos, considerar a realização de sangue oculto nas fezes.

LESÕES NÃO ADENOMATOSAS	
Tipo histológico	Recomendação
Pólipos hiperplásicos < 10mm	Sangue oculto em 10 anos
Até 4 pólipos serrilhados < 10mm sem displasia	10 anos
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	
Pólipo serrilhado ≥ 10mm ou com displasia	

Doenças do cólon e intestinos

Indicações clínicas:

1. Investigação de pacientes com suspeita de síndromes inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa ou doença de Crohn), síndrome do intestino irritável e outras diarreias crônicas. No caso de síndromes inflamatórias intestinais, o uso rotineiro de colonoscopia não está indicado, e a terapêutica deve ser guiada pela clínica do paciente. Observar aumento da prevalência de câncer colorretal (0,5%/ano) após oito anos de doença, em especial retocolite ulcerativa.
2. Em pacientes sem prévia colonoscopia com doença diverticular de cólon (pacientes com dor abdominal intermitente em quadro inferior esquerdo e, eventualmente, no quadrante superior, constipação, diarreia e sangramento retal) após seis meses do primeiro episódio de diverticulite aguda complicada, para descartar outras condições associadas. No caso de abscesso colorretal, recomenda-se o exame após oito semanas;
3. Em pacientes com história familiar de síndrome de Lynch, a partir de 25 anos, realizando-se de com periodicidade anual/bianual;
4. Esclarecimento diagnóstico de complicações cirúrgicas, a exemplo de estenoses intestinais;
5. Para o pré-operatório de fístulas anorretais e para a reconstrução de trânsito intestinal;
6. Em pacientes com incontinência fecal.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Na investigação de pacientes com DRGE que cursam apenas com sintomas extraesofágicos;
- Não realizar seguimento de pólipos de glândula fúndica (harmatomas), pólipos inflamatório fibroide e pâncreas ectópico.

Contraindicações

- Pacientes que não toleram o exame;
- Em caso de perfuração visceral suspeita ou confirmada;
- Relativo em pacientes com cardiopatias descompensadas, coagulopatias, doenças pulmonares graves e gestantes no primeiro trimestre da gestação.

COLONOSCOPIA

- Rastreio indiscriminado de câncer colorretal;
- Avaliação rotineira de pacientes com constipação ou anemia crônica;
- Pacientes com doença diverticular de cólon após primeiro episódio sem complicação;
- No seguimento de pacientes com síndromes inflamatórias intestinais sem suspeita de outra anormalidade associada.

Contraindicações

- Pacientes em condições clínicas, comorbidades ou uso de medicações, como anticoagulantes, cujo risco da realização do exame supere os seus benefícios;
- Colite fulminante pelo risco de perfuração intestinal;
- Diverticulite aguda;
- Relativa em gestantes, cuja indicação deve estar muito clara e o benefício superior aos riscos.

COMO SOLICITAR ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações — se perda ponderal, quantificar e em quanto tempo;
- Se há história familiar de neoplasia;
- Dados do exame físico;
- Outros exames realizados e seus resultados, com data, incluindo hemograma e perfil de ferro nos casos de anemia — se EDA ou colonoscopia anterior, descrever resultado com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Provável ASA do paciente;
- Se presença de sinais de alerta;
- Se história familiar de câncer de intestinos;
- Medicamentos em uso e sua posologia, destacando-se antiplaquetários ou anti-coagulantes;
- Tratamentos prévios e suas repercussões.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Este encaminhamento deve ser realizado via solicitação de Vaga Zero na Plataforma SMS-Rio nos casos de:

- Retirada de corpos estranhos em tubo digestivo;
- Descompressão de volvo, megacólon ou pseudo-obstrução aguda do cólon;

- Pacientes com sangramento digestivo e instabilidade hemodinâmica;
- Pacientes com quadro de diverticulite aguda;
- Sangramento digestivo alto ativo com descompensação hemodinâmica;
- Lesões agudas por ingestão de substâncias cáustica.

PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

ENDOSCOPIA

VERMELHO ➔ Alta suspeita de câncer gastrointestinal (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica); dispepsia com sinais de alarme (vômitos, sangramento, anemia, massa abdominal, perda de peso, disfagia); indicação de iniciar anticoagulante oral; uso anticoagulante oral e sintomas dispépticos.

AMARELO ➔ Investigação de anemia; avaliação de hipertensão portal/varizes esofagianas; pré-operatório de gastroplastia; investigação de diarreia crônica e/ou doença celíaca; esôfago de Barrett; metaplasia intestinal; dispepsia recente de causa não presumível em paciente com 60 anos ou mais; vômitos persistentes de causa desconhecida; sangramento gastrointestinal crônico (hematoquezia); paciente muito sintomático (dor intensa); controle e tratamento de esofagite erosiva graus C e D; controle pós-operatório em paciente sintomático; diagnóstico diferencial dor torácica.

VERDE ➔ Controle de úlcera gástrica após tratamento (8 a 12 semanas); DRGE sem resposta com o tratamento otimizado; dispepsia sem resposta com o tratamento otimizado; dispepsia com presença de fatores de risco para câncer gastrointestinal (GI); história familiar; maior de 50 anos; sintomas após tratamento de úlcera gástrica; sintomas e história familiar de câncer 1.º grau; PSO+; sintomas em pacientes com doença sistêmica (esclerodermia); sintomas em pacientes em uso de AINES; controle de tratamento de esofagite eosinofílica e candidíase esofágica.

AZUL ➔ Controle de tratamento (incluindo doença celíaca, controle e tratamento *H. pylori*).

COLONOSCOPIA

VERMELHO ➔ Forte suspeita de câncer colorretal com sinais de alarme; doença inflamatória intestinal (DII) em atividade; enterorragia.

AMARELO ➔ Doença diverticular com diverticulites de repetição; investigação de diarreia crônica de causa desconhecida, sem sinais de alarme; investigação de anemia ferropriva de causa desconhecida, sem sinais de alarme; pós-operatório endoscópico de polipectomia, mucosectomia; pré-operatório de fístulas.

VERDE ➔ Rastreamento em paciente assintomático de médio risco (com histórico familiar de câncer colorretal ou polipose adenomatosa familiar ou suspeita de síndrome de Lynch); acompanhamento de lesões pré-malignas; incontinência fecal; pré-reconstrução do trânsito intestinal.

AZUL ➔ Rastreamento de rotina em paciente assintomático de baixo risco; constipação intestinal, sem sinais de alarme, sem melhora com o tratamento clínico otimizado.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **smsrio.org**.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Mário Kroeff
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Núcleo Adventista Silvestre de Saúde e Prevenção
- Policlínica de Botafogo
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Escola São Francisco de Assis

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA — PEDIATRIA

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

COLONOSCOPIA

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Mário Kroeff
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Núcleo Adventista Silvestre de Saúde e Prevenção
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

COLONOSCOPIA — PEDIATRIA

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. R. *et al.* Diagnosis, treatment and follow-up of Barrett’s esophagus: a systematic review. **Arq. gastroenterol.** v. 27, n. 3, p. 289-295, 2020.

AVERBACH, M. Colonoscopia. In: AVERBACH, M. CORREA, P. (Orgs). **Colonoscopia**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Thieme Rivinter Publicações, 2020.

BRASIL. MS. **Deteção precoce do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2021.

CALANZANI, N. *et al.* Recognising Colorectal Cancer in Primary Care. **Adv Ther.** v. 38, p. 2732-2746, 2021.

COSTA, A. F. *et al.* Diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva baixa: revisão sistemática. **Para Res Med J**, v. 4, 2020

DAVIDSON, K.W. *et al.* Screening for colorectal cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, **JAMA**. v. 325, n. 9, 2021.

DEBNATH, P. *et al.* Esophageal Mucosal Bridge of Unknown Etiology Causing Dysphagia in an Elderly Female: Endoscopic Management and Literature Review. **GE Port J Gastroenterol**. v. 27, p. 356-360, 2020.

FARGO, M. V.; LATIMER, K. M. Evaluation and Management of Common Anorectal Conditions. **Am. fam. Phisic.** v. 85, n.6, 2012.

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. **Gastrointest Endosc.** v. 91, n. 3, p. 463-486, 2020.

HAWKINS, A. T. Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm. **Curr Probl Surg**. v. 57, n. 10, 2020.

HAYMAN, C. V.; VYAS, D. Screening colonoscopy: The present and the future. **World J Gastroenterol**. v. 27, n. 3, p. 233-239, 2021.

LINDA L. MANNING-DIMMITT, D.O., STEVEN G. DIMMITT, D.O., and GEORGE R. WILSON, M.D. Diagnosis of Gastrointestinal Bleeding in Adults. **Am. fam. Phisic.** v. 71, n. 7, 2005.

LEVITES, M.R., PAULA, P.S., ALMEIDA, L.B., FEDERICI, V.P. Acurácia do teste imunoquímico fecal (pesquisa de sangue oculto) na triagem do câncer colorretal. **Diagn Tratamento**. v. 23, n. 2, p. 50-51, 2018.

LYRA JÚNIOR, H.F.; Importância da colonoscopia no rastreamento de pólipos e câncer colorretal em pacientes portadores de pólipos retais. **Rev bras Coloproct**. v. 25, n. 3, 2005.

MARTINS, A. A. L. Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Para Res Med J**, v. 3, n. 2, 2019

MOULLA, Y. *et al.* Preoperative Upper-GI Endoscopy Prior to Bariatric Surgery: Essential or Optional? **Obes Surg.** v. 30, n. 6, p. 2076-2084, 2020.

MOUNSEY, A. L.; HALLADAY, J.; SADIQ, T. I. S. Hemorrhoids. **Am. fam. Phisic.** v. 84, n. 2, 2011.

PASSOS, M. A. T.; CHAVES, F. C.; CHAVES-JUNIOR, N. A importância das colonoscopias nas doenças inflamatórias intestinais. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, v. 31, n. 2, 2018.

PSENDZIUK, C. *et al.* Prevalência de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico em pacientes com indicação de endoscopia digestiva alta. **Arq Catarin Med.** v. 39, n. 1, 2010.

SALGUEIRO, P. Portuguese Society of Gastroenterology Consensus on the Diagnosis and Management of Hemorrhoidal Disease. **GE Port J Gastroenterol.** v. 27, p. 90-102, 2020.

SCHMIDT, L. P. C.; CHEBLI, J. M. F. Endoscopia digestiva alta em crianças e adolescentes: correlação entre as indicações do exame e o diagnóstico etiológico. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde.** v. 9, N. 4, p. 1359-1356, 2017.

SHAUKAT, A. *et al.* ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. **Am. J. Gastroenterol.** v. 116, 2021.

SILVERIO, A. O. *et al.* Análise das indicações, achados e complicações da endoscopia digestiva alta em uma população pediátrica. **Gastroenterol. endosc. dig.** v. 34, n. 3, p. 107-114, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: hipertireoidismo: versão digital 2021. Porto Alegre: **TelessaúdeRS-UFRGS**, 4 fev. 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipertireoidismo.pdf. Acesso em: 23 de novembro de 2022.

VIANA, I. S.; **Endoscopia digestiva alta solicitada de forma inapropriada: prevalência e achados clinicamente significativos.** 2019. 62f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2019.

ZULLO, A. *et al.* Upper Endoscopy in Patients with Extra-Oesophageal Reflux Symptoms: A Multicentre Study. **GE Port J Gastroenterol.** v 27, n. 5, p. 312-317, 2020.

