PROTOCOLO MUNICIPAL

Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia

Critérios para solicitação pela Atenção Primária e encaminhamento ao especialista

FINALIDADE

Qualificar as indicações, reduzir exames repetidos sem benefício clínico e direcionar cada paciente ao fluxo mais adequado, preservando a segurança e a autonomia médica.

Secretaria Municipal de Saúde
Quedas do Iguaçu Paraná

Versão técnica para análise e aprovação local • 2026

1 Identificação e escopo

Este protocolo orienta médicos da Atenção Primária à Saúde, regulação, auditoria e serviços especializados quanto à solicitação eletiva de endoscopia digestiva alta, denominada EDA, e colonoscopia em adultos. Não substitui avaliação clínica individual, não define competência profissional fora das normas vigentes e não se aplica a situações de urgência.

CONCLUSÃO OPERACIONAL

A APS pode solicitar diretamente quando a indicação está bem definida, os dados mínimos estão registrados e o resultado tem potencial de modificar a conduta. Deve encaminhar primeiro ao especialista quando a indicação, o intervalo de repetição, o risco do procedimento ou a necessidade terapêutica exigirem planejamento especializado.

2 Princípios de regulação

- A quantidade de pedidos, isoladamente, não constitui motivo técnico para negativa.
- Antes de autorizar novo exame, verificar laudos, histologia, qualidade do preparo, completude e recomendações de exames anteriores.
- Não exigir EDA ou colonoscopia como barreira para encaminhamento quando a avaliação especializada é o passo mais apropriado.
- Solicitação incompleta deve ser devolvida com indicação objetiva dos dados faltantes.
- Hemorragia ativa, instabilidade, obstrução, perfuração ou abdome agudo devem seguir fluxo de urgência e não aguardar fila eletiva.

3 Decisão rápida APS ou especialista

Situação	Fluxo preferencial	Ação da regulação
Indicação definida, exame eletivo, baixo risco e resultado capaz de mudar a conduta	APS solicita diretamente	Autorizar se os dados mínimos estiverem completos e não houver repetição sem justificativa.
Dúvida diagnóstica relevante, vigilância complexa, comorbidade de alto risco ou provável procedimento terapêutico	Encaminhar ao gastroenterologista ou coloproctologista	Redirecionar para consulta especializada, sem exigir exame prévio.
Mesmo exame recente, sem nova informação clínica e sem justificativa de repetição	Reavaliar necessidade	Devolver para informar laudo anterior, nova indicação e motivo pelo qual o exame anterior não responde à questão atual.
Sinal de alarme com estabilidade clínica	Prioridade regulatória conforme gravidade	Não atrasar por tentativa prolongada de tratamento empírico.
Paciente com mais de 60 anos, em fluxo eletivo	Encaminhar para avaliação cardiológica antes da EDA ou colonoscopia	Aplicar como regra administrativa local, sem substituir a avaliação clínica e anestésica do serviço executor.
Emergência clínica	Urgência ou emergência	Retirar do fluxo eletivo e orientar avaliação imediata.

4 Dados mínimos obrigatórios

Para ambos os exames	Informação que deve constar
Quadro clínico	Sintomas, início, duração, evolução, sinais de alarme e achados do exame físico.
Hipótese e objetivo	Hipótese diagnóstica e pergunta clínica que o exame deverá responder.
Investigação prévia	Resultados relevantes com datas, incluindo hemograma e ferritina quando houver anemia, pesquisa de sangue oculto ou FIT quando aplicável, exames de imagem e anatomopatológico.
Tratamento realizado	Medicamentos, dose, duração, adesão e resposta, quando houver indicação de tentativa terapêutica.
Exames endoscópicos prévios	Data, laudo completo, qualidade/completude, biópsias, anatomopatológico e recomendação de seguimento.
Segurança	Idade, gestação, alergias, comorbidades, anticoagulantes/antiagregantes, risco anestésico conhecido e intercorrências anteriores. Para pacientes com mais de 60 anos, registrar o encaminhamento para avaliação cardiológica prévia, conforme regra local.
Prioridade	Motivo clínico da prioridade; não usar somente expressões como urgente ou dor intensa sem descrição objetiva.

4.1 Obrigatoriedade antes do exame

ATENÇÃO PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS

Regra local informada pela usuária: todo paciente com mais de 60 anos deverá ser encaminhado para avaliação cardiológica antes da realização da endoscopia digestiva alta ou da colonoscopia. O encaminhamento deve ocorrer antes do procedimento, como parte do preparo e da segurança do paciente.

Esta regra aplica-se aos exames eletivos e não substitui a avaliação clínica e anestésica do serviço executor. Situações de urgência devem seguir o fluxo de atendimento imediato.

5 Endoscopia digestiva alta

5.1 Quando a APS pode solicitar diretamente

Indicação clínica	Critérios práticos	Dados indispensáveis
Dispepsia com sinais de alarme	Disfagia ou odinofagia, sangramento digestivo, anemia ferropriva sem causa definida, perda ponderal involuntária, vômitos persistentes, massa ou história familiar relevante de neoplasia digestiva alta.	Descrever o sinal de alarme, tempo de evolução, exame físico e exames laboratoriais disponíveis.
Dispepsia de início recente em pessoa com 50 anos ou mais	EDA pode ser solicitada diretamente conforme protocolo de regulação adotado como referência.	Idade, início dos sintomas, tratamentos e resposta.
Dispepsia persistente sem sinais de alarme	Após tratamento clínico otimizado por cerca de 8 semanas e abordagem de H. pylori quando indicada, sem controle satisfatório.	Medicamento, dose, duração, adesão, estratégia para H. pylori e resposta.
DRGE com sinal de alarme ou refratária	Sinal de alarme ou persistência após medidas comportamentais e IBP em dose plena por aproximadamente 8 semanas.	Sintomas, alarme, tratamento completo e resposta.
Anemia ferropriva sem causa definida	Após confirmação laboratorial e avaliação de causas frequentes; pode exigir investigação digestiva alta e baixa.	Hemoglobina, VCM, ferritina, perdas aparentes e avaliação ginecológica quando pertinente.
Controle de úlcera péptica	Quando houver recomendação documentada, especialmente persistência de úlcera; referência utilizada cita controle em 8 a 12 semanas após início do tratamento.	Laudo anterior, anatomopatológico, tratamento e motivo do controle.

5.2 Quando encaminhar primeiro ao especialista

- Necessidade provável de procedimento terapêutico, como dilatação, ligadura, hemostasia, ressecção ou abordagem de corpo estranho.
- Esofagite grave, estenose, esôfago de Barrett, metaplasia intestinal gástrica, lesão pré-neoplásica, úlcera persistente ou anatomopatológico inconclusivo.
- Definição de vigilância após achados complexos ou quando o intervalo não está claramente recomendado no laudo anterior.
- EDA prévia recente com persistência de sintomas, sem novo sinal de alarme e sem justificativa clara para repetição.
- Alto risco para sedação ou procedimento, anticoagulação complexa, comorbidade descompensada ou intercorrência anestésica prévia.
- Suspeita de distúrbio funcional ou motor que provavelmente exigirá outro método diagnóstico além da EDA.

6 Colonoscopia

6.1 Quando a APS pode solicitar diretamente

Indicação clínica	Critérios práticos	Dados indispensáveis
Teste fecal positivo	Pesquisa de sangue oculto ou teste imunoquímico fecal positivo em programa ou investigação indicada.	Tipo de teste, data, resultado e ausência ou presença de sintomas.
Sangramento intestinal baixo persistente	Sangue nas fezes ou hematoquezia persistente, especialmente com anemia, mudança do hábito intestinal, perda ponderal ou idade de maior risco.	Duração, aspecto/frequência, exame anorretal quando realizado, hemograma e sinais associados.
Anemia ferropriva sem causa definida	Confirmada laboratorialmente após avaliação clínica de fontes de perda; considerar investigação alta e baixa conforme perfil do paciente.	Hemoglobina, VCM, ferritina, evolução, perdas aparentes e investigação já realizada.
Mudança persistente do hábito intestinal	Mudança nova e sustentada, sobretudo quando associada a sinal de alarme.	Padrão anterior e atual, duração, perda de peso, sangramento, exames e medicamentos.
Imagem ou exame prévio alterado	Espessamento, massa, pólipo, estenose ou outro achado que requeira visualização e possível biópsia.	Laudo completo e data do exame que originou a indicação.
Vigilância com intervalo já definido	Seguimento de pólipos ou lesões quando laudo e anatomopatológico anteriores trazem recomendação clara e o prazo foi atingido.	Colonoscopia anterior, qualidade do preparo, completude, número/tamanho/histologia das lesões e recomendação.

6.2 Quando encaminhar primeiro ao especialista

- Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal, para definição de extensão, atividade, biópsias e plano de vigilância.
- Síndrome hereditária suspeita ou conhecida, história familiar complexa ou necessidade de individualizar início e intervalo de rastreamento.
- Colonoscopia anterior incompleta, preparo inadequado repetido, estenose ou dificuldade técnica relevante.
- Pólipo complexo, lesão avançada, anatomopatológico de alto risco ou provável necessidade de ressecção terapêutica.
- Repetição em curto intervalo sem recomendação expressa no laudo ou sem mudança clínica documentada.
- Alto risco de sedação, anticoagulação complexa, comorbidade descompensada ou necessidade de ambiente hospitalar.

6.3 Rastreamento colorretal

A estratégia de rastreamento deve seguir o programa oficialmente adotado pelo SUS e pelo município. Em 2026, o Ministério da Saúde anunciou rastreamento organizado para pessoas assintomáticas de 50 a 75 anos por teste imunoquímico fecal, com colonoscopia para resultados positivos. A implantação, população-alvo, periodicidade e acesso local devem ser formalmente pactuados antes de serem tratados como regra municipal.

NÃO CONFUNDIR

Colonoscopia diagnóstica por sintomas ou anemia não é o mesmo que colonoscopia de rastreamento em pessoa assintomática. A solicitação deve identificar claramente a finalidade.

7 Prevenção de duplicidade e repetição precoce

Pergunta antes de autorizar	Se a resposta for sim	Conduta
Há EDA ou colonoscopia anterior disponível?	Anexar laudo, biópsia e anatomopatológico.	Comparar a pergunta clínica atual com o que já foi respondido.
O exame foi completo e de qualidade adequada?	Registrar preparo, alcance e limitações.	Não repetir apenas porque outro profissional assumiu o caso.
Existe nova indicação clínica?	Descrever novo sinal de alarme, piora objetiva ou novo achado.	Autorizar ou priorizar conforme risco.
O laudo recomendou controle em prazo definido?	Registrar o prazo e o motivo.	Programar para o intervalo recomendado.
Há necessidade terapêutica ou biópsia não realizada?	Explicitar o procedimento esperado.	Preferir encaminhamento ao especialista/serviço capaz de realizar a intervenção.
A repetição foi solicitada pelo especialista?	Exigir justificativa clínica, não apenas “repetir exame”.	Autorizar quando houver finalidade documentada e benefício esperado.

REGRA CENTRAL CONTRA DUPLICIDADE

A consulta especializada não deve gerar automaticamente novo exame. O especialista deve receber o laudo completo, imagens quando disponíveis e anatomopatológico. A repetição deve indicar o que mudou, qual limitação existiu ou qual decisão depende do novo procedimento.

8 Critérios de prioridade e urgência

Classificação	Exemplos	Fluxo
Urgência ou emergência	Hemorragia ativa importante, instabilidade hemodinâmica, suspeita de perfuração, obstrução, abdome agudo, impactação alimentar com incapacidade de deglutir secreções.	Avaliação imediata em serviço de urgência; não inserir como exame eletivo.
Prioridade alta eletiva	Disfagia progressiva, anemia ferropriva relevante sem causa, perda ponderal involuntária, massa, sangramento recorrente estável, imagem fortemente suspeita.	Regular com prioridade e prazo definido pela rede, sem atrasar por tratamento empírico prolongado.
Eletivo	Sintomas persistentes sem alarme após abordagem inicial adequada, vigilância programada e rastreamento conforme programa.	Fila eletiva conforme protocolo e capacidade instalada.

9 Conduta da auditoria e regulação

Decisão	Quando aplicar	Registro sugerido
Autorizar	Indicação, dados mínimos e finalidade estão completos; não há duplicidade injustificada.	Autorizado conforme critérios do protocolo municipal, com indicação clínica documentada.
Devolver para complementação	Faltam dados essenciais, laudo anterior, tratamento realizado ou justificativa da repetição.	Solicitação devolvida para informar: [listar exatamente os itens ausentes].
Redirecionar ao especialista	Caso exige definição de estratégia, intervalo, risco ou procedimento terapêutico.	Encaminhar para avaliação especializada; exame prévio não é requisito automático para acesso.
Não autorizar naquele momento	Ausência de indicação demonstrada ou duplicidade sem justificativa após oportunidade de complementação.	Não autorizado neste momento por [motivo técnico]. Orienta-se [alternativa/seguimento].
Retirar do fluxo eletivo	Há sinal de urgência ou emergência.	Orientada avaliação imediata em serviço de urgência conforme quadro clínico.

10 Regras locais informadas pela usuária

SUSPEITA ONCOLÓGICA

Conforme fluxo municipal previamente informado pela usuária, pacientes com suspeita oncológica devem ser encaminhados diretamente ao oncologista, sem exigência de exames prévios para diagnóstico, visando maior rapidez. A aplicação deste fluxo aos tumores gastrointestinais deve ser formalmente validada pela Secretaria Municipal de Saúde e articulada com a referência oncológica, pois a endoscopia com biópsia costuma integrar a confirmação diagnóstica e o planejamento terapêutico.

Enquanto o fluxo não estiver formalmente validado para cada topografia, a regulação deve evitar tanto atrasar o encaminhamento por exigência de exame quanto cancelar investigação necessária. Casos com forte suspeita devem ser discutidos ou encaminhados pelo canal prioritário definido pela rede.

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA PARA MAIORES DE 60 ANOS

Regra local informada pela usuária: pacientes com mais de 60 anos devem ser encaminhados para avaliação cardiológica antes da realização de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia. Esta exigência aplica-se aos procedimentos eletivos e deve constar no fluxo de preparo e agendamento.

A avaliação cardiológica baseada apenas na idade não constitui recomendação clínica universal. A regra deve ser formalmente aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde, com definição dos documentos aceitos e do prazo de validade. Não deve atrasar atendimento de urgência, e não substitui a avaliação clínica e anestésica realizada pelo serviço executor.

11 Fluxo operacional proposto

Etapa	Pergunta	Resultado
1 Triagem de segurança	Há emergência ou instabilidade?	Sim: urgência. Não: seguir para etapa 2.
2 Conferência de histórico	Existe exame igual anterior, laudo ou histologia?	Anexar e avaliar se responde à questão atual.
3 Critério clínico	A indicação está prevista e os dados mínimos estão completos?	Sim: etapa 4. Não: devolver para complementação.
4 Complexidade	Há necessidade terapêutica, vigilância complexa ou alto risco?	Sim: especialista. Não: APS pode solicitar diretamente.
5 Repetição	Há motivo novo, limitação técnica ou intervalo recomendado?	Sim: autorizar conforme prioridade. Não: não repetir automaticamente.

12 Modelos de devolução

12.1 Exame anterior não informado

Solicitação devolvida para complementação. Informar se houve EDA ou colonoscopia anterior, anexando data, laudo completo, resultado de biópsias e anatomopatológico, qualidade/completude do exame e recomendação de seguimento. Caso se trate de repetição, descrever a nova indicação ou a limitação do exame anterior.

12.2 Sintomas sem investigação inicial descrita

Solicitação devolvida para informar tempo de evolução, sinais de alarme, achados do exame físico, hipótese diagnóstica, exames laboratoriais relevantes e tratamento já realizado com dose, duração e resposta. Especificar como o resultado do exame modificará a conduta.

12.3 Encaminhamento preferencial ao especialista

O caso apresenta necessidade de definição especializada quanto ao método, intervalo, risco ou possibilidade terapêutica. Recomenda-se encaminhamento para gastroenterologia ou coloproctologia, sem exigir novo exame endoscópico prévio. Anexar os exames anteriores para evitar repetição desnecessária.

13 Indicadores para monitoramento

Indicador	Finalidade
Percentual de solicitações com laudo anterior anexado	Medir recuperação de informação e prevenção de duplicidade.
Percentual de repetições em até 12 meses com justificativa documentada	Identificar repetição precoce sem criar proibição automática.
Percentual de devoluções por ausência de dados mínimos	Direcionar educação permanente das equipes.
Percentual de exames repetidos após consulta especializada	Avaliar se laudos, imagens e histologia estão chegando ao especialista.
Tempo entre sinal de alarme e acesso ao procedimento ou especialista	Monitorar segurança e oportunidade do cuidado.

14 Governança e revisão

Documento técnico para discussão e aprovação municipal. Recomenda-se validação pela Atenção Primária, regulação, auditoria, gastroenterologia, coloproctologia, endoscopia e referência oncológica; definição do programa local de rastreamento; pactuação dos profissionais solicitantes; e revisão periódica ou sempre que houver mudança normativa ou assistencial.

15 Referências técnicas

- BRASIL. Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Gastroenterologia e Proctologia.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Protocolo de Gastroenterologia. Seções sobre solicitação de EDA, dispepsia, DRGE e alterações endoscópicas.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Protocolo de Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia e Procedimentos Endoscópicos em Adultos.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de intestino. Informações para profissionais de saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e CONITEC. Diretrizes Brasileiras do Rastreamento do Câncer de Cólon e Reto. Relatório preliminar de 2026 e atos oficiais subsequentes.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa e protocolo de rastreamento do câncer colorretal.

Nota: referências externas sustentam recomendações clínicas gerais. Critérios administrativos e fluxos devem ser aprovados e publicados pela autoridade municipal competente.