

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 1

Endocrinologia Adulto

Brasília - DF
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 1



Endocrinologia Adulto

Brasília - DF
2022





Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 7º
Andar, Zona Cívico-Administrativa
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9044 / 9096
Site: <https://aps.saude.gov.br/>
E-mail: desf@saude.gov.br

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de
Belas CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS
Rua Dona Laura, 320, 1101, Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Renata Maria de Oliveira Costa
Alexandre Borges Fortes
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Arita Bergmann

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz
Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenação científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização:

Ana Célia da Silva Siqueira
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Rodolfo Souza da Silva
Rudi Roman

Elaboração de texto:

Ana Cláudia Magnus Martins
André Borsatto Zanella
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Giovana Fagundes Piccoli
Josué Basso
Juliana Keller Brenner
Juliana Nunes Pfeil
Ligia Marroni Burigo
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Natan Katz
Renata Rosa de Carvalho
Roberta Martins Costa Moreira Allgayer
Rudi Roman

Revisão técnica:

Rogério Friedman
Alayne Larissa Martins Pereira
Wendy Rayanne Fernandes dos Santos
Izabella Barbosa de Brito

Projeto gráfico, design e capa:

Lorena Bendati Bello
Michelle Iashmine Mauhs

Diagramação

Estela Böckmann dos Santos
Michelle Iashmine Mauhs

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Endocrinologia adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

21 p. : il. – (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada ; v. 1)

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_encaminhamento_atencao_endocrinologia_adulto.pdf

ISBN 978-65-5993-210-8

1. Endocrinologia. 2. Planejamento em saúde. 3. Equidade em saúde. 4. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. II. Título. III. Série

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0056

Título para indexação:

Adult endocrinology

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO.....	5
ENDOCRINOLOGIA ADULTO.....	6
Protocolo 1 – Diabetes Mellitus.....	7
Protocolo 2 – Hipotireoidismo.....	8
Protocolo 3 – Hipertireoidismo.....	9
Protocolo 4 – Nódulo de Tireoide	10
Protocolo 5 – Bócio Multinodular	11
Protocolo 6 – Obesidade.....	12
Protocolo 7 – Hiperprolactinemia.....	13
BIBLIOGRAFIA	14
APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES.....	17

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza, entre outras diretrizes, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende do acesso facilitado, da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos que dificultam o acesso ao serviço. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas e do grau de resolutividade da APS nos territórios. Tais entraves podem ser superados por meio de atendimentos resolutivos na APS e da qualificação dos encaminhamentos, o que pode otimizar o processo de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), além de organizar os serviços prestados pela atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a APS, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) - tais como gestão de filas de espera próprias da UBS/USF e dos exames e consultas descentralizados/programados, por exemplo - e que propiciem a comunicação entre UBS/USF, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Nesse contexto, os protocolos de encaminhamento são, ao mesmo tempo, ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com essa clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS) vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que cooperam com o aumento da resolutividade, da capacidade de coordenação do cuidado e da legitimidade social da Atenção Primária. Mãos à obra!

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)/MS
Departamento de Saúde da Família/SAPS/MS
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS
TelessaúdeRS-UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária, em tempo oportuno, de consultas médicas e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na APS, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas sobre o paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes da atenção primária com outros pontos de atenção. Ao encaminhar o usuário para cuidados especializados temporários ou prolongados, é importante que as equipes da atenção primária possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado na RAS.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo orientar os profissionais que atuam na APS e responder a duas questões importantes para o médico regulador. São elas:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder a primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na APS.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Dessa forma, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado, num plano posterior é garantido o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e de outras ações pedagógicas, conforme a realidade de cada território. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo. A recusa do encaminhamento equivocada, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser um ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da APS, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

ENDOCRINOLOGIA ADULTO

Os motivos de encaminhamento aqui selecionados são os mais prevalentes para pacientes pediátricos encaminhados para a especialidade Endocrinologia. Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas no momento do encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. Falta de condições para prover investigação adequada também deve ser considerada como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.

Pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, hipertireoidismo, bócio ou nódulo tireoidiano com sintomas compressivos ou com alta suspeita de malignidade, nódulo de adrenal ≥ 4 cm, funcionante ou com crescimento > 1 cm em 1 ano devem ter preferência no encaminhamento para Endocrinologia Adulto quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo. Esses critérios devem ser adaptados conforme a necessidade da regulação local, após avaliação de recursos disponíveis na RAS.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico da atenção primária coordenar o cuidado, tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado em tempo oportuno e de forma segura, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Protocolo 1 – Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- paciente com suspeita de cetoacidose diabética (CAD) ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- paciente com suspeita ou diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (ver [quadro 1](#) no apêndice); ou
- paciente sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose igual ou maior que 1 unidade/kg/dia e com boa adesão terapêutica; ou
- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5) (ver [quadro 2](#) no apêndice).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame² de hemoglobina glicada, com data;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
5. outras medicações em uso, com dose e posologia;
6. peso do paciente em quilogramas (kg);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹Suspeitar de CAD ou de estado hiperosmolar não cetótico quando houver sinais/sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, sinais de desidratação, dispneia ou taquipneia, náuseas e vômitos, fraqueza, letargia, dor abdominal, alterações visuais ou do estado mental.

²Na presença dos sinais e sintomas descritos para CAD, dispensa-se a necessidade de exames laboratoriais recentes. Nos casos de suspeita de outros tipos de diabetes, recomenda-se a repetição dos exames de glicemia para a confirmação diagnóstica.

Protocolo 2 – Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver [quadro 3](#) no apêndice); ou
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
4. uso de medicação para tireoide (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
5. peso do paciente em quilogramas (kg);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

Protocolo 3 – Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- paciente com hipertireoidismo; ou
- paciente com hipertireoidismo subclínico¹ (na ausência de valores de referência do laboratório, ver [quadro 3](#) no apêndice).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultados de exame TSH¹, com data;
3. resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;
4. resultado de T3 total (se realizado em paciente que apresenta TSH baixo e T4 livre ou total dentro dos limites de normalidade);
5. uso de medicação antitireoidiana (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹Pacientes com TSH baixo e T4 (livre ou total) e T3 total normais devem realizar uma nova medida desses exames em 1 a 3 meses para definir o diagnóstico de hipertireoidismo subclínico e, por consequência, a necessidade de tratamento e encaminhamento especializado.

Protocolo 4 – Nódulo de Tireoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver [quadro 3](#) no apêndice); ou
- nódulos com indicação de punção aspirativa com agulha fina (PAAF)¹ (ver [quadro 4](#) e [quadro 5](#) no apêndice); ou
- paciente com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo (ver [quadro 6](#) no apêndice).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com tamanho, características e classificação de TIRADS (se relatada) do(s) nódulo(s), com data;
4. paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (ver [quadro 6](#) no apêndice);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹O risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado a suas características ecográficas do que apenas com o seu tamanho. Com o objetivo de esquematizar as indicações de PAAF, sugere-se preferencialmente utilizar as indicações do *American College of Radiology* (ACR-TIRADS – ver [quadro 4](#) no apêndice). Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes no [quadro 5](#) no apêndice).

Protocolo 5 – Bócio Multinodular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver [quadro 3](#) no apêndice); ou
- nódulos com indicação de PAAF¹ (ver [quadro 4](#) e [quadro 5](#) no apêndice); ou
- sintomas compressivos, desconforto estético, bócio grande ou com crescimento progressivo ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio (ver [quadro 6](#) no apêndice).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com descrição do tamanho, características do(s) nódulo(s) e classificação de TIRADS (se relatada) e volume do bócio, com data;
4. paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (ver [quadro 6](#) no apêndice);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹O risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado a suas características ecográficas do que apenas com o seu tamanho. Com o objetivo de esquematizar as indicações de PAAF, sugere-se preferencialmente utilizar as indicações do *American College of Radiology* (ACR-TIRADS – ver [quadro 4](#) no apêndice. Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes no [quadro 5](#) no apêndice).

Protocolo 6 – Obesidade

Não é necessário encaminhar ao endocrinologista pacientes com obesidade secundária a medicamentos como glicocorticoides, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina), entre outros.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia Pediátrica:

- paciente com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Bariátrica:

- paciente com índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 50 kg/m²; ou
- paciente com IMC entre 40 kg/m² e 49,99 kg/m², com ou sem comorbidades¹, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária²; ou
- paciente com IMC entre 35 kg/m² e 39,99 kg/m² com alguma comorbidade¹ que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. IMC;
3. breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por no mínimo dois anos)² para pacientes encaminhados à cirurgia bariátrica;
4. comorbidades¹ associadas (sim ou não). Se sim, informar os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

²Conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, o conceito de tratamento clínico longitudinal inclui: "orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; [...]" (BRASIL, 2013, online)

Protocolo 7 – Hiperprolactinemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- paciente com hiperprolactinemia e suspeita de comprometimento agudo do quiasma óptico (alteração visual).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- paciente com hiperprolactinemia após a exclusão de causas secundárias na APS (ver [quadro 7](#) no apêndice); ou
- paciente com hiperprolactinemia persistente após a suspensão da medicação interferente (ver [quadro 7](#) no apêndice).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (especialmente galactorreia, alterações no ciclo menstrual, alterações sexuais);
2. resultado de exame prolactina, com data;
3. resultado de investigação de causas secundárias de hiperprolactinemia (ver [quadro 7](#) no apêndice);
4. anexar laudo de exame de imagem¹ (idealmente ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹O risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado a suas características ecográficas do que apenas com o seu tamanho. Com o objetivo de esquematizar as indicações de PAAF, sugere-se preferencialmente utilizar as indicações do *American College of Radiology* (ACR-TIRADS – ver [quadro 4](#) no apêndice. Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes no [quadro 5](#) no apêndice).

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2021. **Diabetes Care**, New York, v. 44, p. S1-S232, Jan. 2021. Supl. 1. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2020/12/09/44.Supplement_1.DC1/DC_44_S1_final_copyright_stamped.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 23-24, 20 mar. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRENTA, G. *et al.* Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 265-299, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/RyCDtMtQqCKP5vG8hVSwpQC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Record No. T115781, Thyroid Nodule**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115781>. Acesso em: 2 ago. 2021.

DYNAMED. **Record No. T116414, Hyperprolactinemia**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116414>. Acesso em: 2 ago. 2021.

GARBER, J. R. *et al.* Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. **Endocrine Practice**, Jacksonville, v. 18, n. 6, p. 988-1028, Nov./Dec. 2012. Disponível em: [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)43030-7/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)43030-7/fulltext). Acesso em: 2 ago. 2021.

GHARIB, H. *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update Appendix. **Endocrine Practice**, Jacksonville, v. 22, p. 1-60, May 2016. Supl. 1. Disponível em: [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)42954-4/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)42954-4/fulltext). Acesso em: 2 ago. 2021.

GRANI, G. *et al.* Reducing the number of unnecessary thyroid biopsies while improving diagnostic accuracy: toward the "right" TIRADS. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v. 104, n. 1, p. 95-102, Jan. 2019.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2.

HAUGEN, B. R. *et al.* 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. **Thyroid**, New York, v. 26, n. 1, p. 1-133, Jan. 2016.

HIRSCH, I. B.; EMMETT, M. **Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: clinical features, evaluation, and diagnosis**. Waltham, MA: UpToDate, 29 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>. Acesso em: 2 ago. 2021.

KIDNEY DISEASE: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). **Kidney International Supplements**, New York, 7, n. 1, p. 1-59.

MELMED, S. *et al.* Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v. 96, n. 2, p. 273-288, Feb. 2011.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XcDF968JkS97DqmfD8RhqhF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de Regulação Ambulatorial: Ginecologia**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021.

ROSÁRIO, P. W. *et al.* Nódulo de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/ksNJ478JDCZDKLKSskBTzrVH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

ROSS, D. S. *et al.* 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis. **Thyroid**, New York, v. 26, n. 10, p. 1343-1421, Oct. 2016.

ROSS, D. S. **Clinical presentation and evaluation of goiter in adults**. Waltham, MA: UpToDate, 20 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults>. Acesso em: 9 ago. 2017.

ROSS, D. S. **Cystic thyroid nodules**. Waltham, MA: Up To Date, 17 Oct. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cystic-thyroid-nodules>. Acesso em: 2 ago. 2021.

ROSS, D. S. **Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules**. Waltham, MA: UpToDate, 3 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>. Acesso em: 2 ago. 2021.

ROSS, D. S. **Diagnostic of hyperthyroidism**. Waltham, MA: UpToDate, 13 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>. Acesso em: 2 ago. 2021.

ROSS, D. S. **Treatment of primary hypothyroidism in adults**. Waltham, MA: UpToDate, 20 May 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-primary-hypothyroidism-in-adults>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SAAD, M. J. A.; MACIEL, R. M. B.; MENDONÇA, B. B. **Endocrinologia: princípios e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SNYDER, P. J. **Causes of hyperprolactinemia** Waltham, MA: UpToDate, 16 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hyperprolactinemia>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SNYDER, P. J. **Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia**. Waltham, MA: UpToDate, 23 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-hyperprolactinemia>. Acesso em: 2 ago. 2021.

TESSLER, F. N. *et al.* ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee. **Journal of the American College of Radiology**, New York, 14, n. 5, p. 587-595, May 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. **Quais são as causas e como avaliar a hiperprolactinemia?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 mar. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/hiperprolactinemia/>. Acesso em: 2 ago. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. **Telecondutas: hipotireoidismo: versão digital 2020**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 5 out. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipotireoidismo.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021.

WILLIAMSON, M. A; SNYDER, M. **Wallach: interpretação de exames laboratoriais**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Child Growth Standards.

APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES

Quadro 1 – Sugestões para diferenciar alguns tipos de Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus tipo 1

- hiperglicemia mais acentuada;
- início abrupto do quadro com sintomas: perda ponderal, poliúria, polidipsia e polifagia (“4 Ps”);
- apresentação com cetoacidose: desidratação, vômitos, dor abdominal, hálito cetótico (frutado), exame comum de urina ou teste rápido urinário com corpos cetônicos positivo (especialmente se acompanhado de glicosúria);
- autoanticorpos costumam ser positivos: antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anticorpo anti-ilhota pancreática, anticorpos anti-insulina, entre outros;
- paciente pode ter outras doenças autoimunes como hipotireoidismo e vitiligo;
- obesidade não exclui o diagnóstico.

Diabetes Mellitus tipo 2

- quadro insidioso, costuma ser detectado em rastreamento;
- podem apresentar sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal) quando a doença estiver descompensada;
- menor frequência de cetoacidose, que pode ocorrer na vigência de infecção ou outros quadros de estresse agudo;
- costumam ter sobrepeso/obesidade e história familiar de DM2;
- sinais clínicos de resistência insulínica e componentes da síndrome metabólica como *acantose nigricans*, aumento da circunferência abdominal e hipertensão são comuns.

Diabetes tipo MODY (*maturity-onset diabetes of the young*)

- hiperglicemia costuma ser leve;
- pacientes com diabetes e peso normal;
- não costumam cursar com cetoacidose;
- história familiar de diabetes diagnosticado antes dos 25 anos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de Saad, Maciel e Mendonça (2017).

Quadro 2 – Estágios da doença renal crônica (DRC) de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG)

Calcular a taxa de filtração glomerular pela fórmula CKD-Epi

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m ²)
1*	> 90
2*	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de KDIGO (2017).

*DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 mL/min/1,73m², sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

Quadro 3 – Exames laboratoriais da função tireoidiana (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório)

Exame	Valor de referência
TSH	0,4 a 4,12 mcUI/mL
T4 total	6,09 a 12,23 mcg/dL
T4 livre	0,58 a 1,64 ng/dL
T3 total	87 a 178 ng/dL

Fonte: Williamson e Snyder (2015), Garber (2012) e Ross (2016).

Quadro 4 – Classificação de TIRADS para nódulos de tireoide e indicação de PAAF (critérios do *American College of Radiology: Thyroid Imaging Reporting and Data System*)

Composição (escolha um dos abaixo)		Ecogenicidade (escolha um dos abaixo)		Formato (escolha um dos abaixo)		Margem (escolha um dos abaixo)		Foco ecogênico (escolha todos os que se aplicam)	
Cístico ou quase completamente cístico	0	Anecoico	0	Mais largo do que alto	0	Discreta	0	Nenhum ou grandes artefatos de cauda de cometa	0
Espongiforme	0	Hiperecoico ou isoecoico	1	Mais alto do que largo	3	Bem definida	0	Macrocalcificações	1
Misto (cístico e sólido)	1	Hipoecoico	2	-	-	Lobulado ou irregular	2	Calcificações periféricas	2
Sólido ou quase completamente sólido	2	Muito hipoecoico	3	-	-	Extensão extratireoidiana	3	Focos de pontos ecogênicos	3
Classificação do nódulo	Soma dos pontos acima	Risco de malignidade (%)				Indicação de PAAF (mm)			
TIRADS 1	0	0,3				Não há indicação			
TIRADS 2	2	1,5				Não há indicação			
TIRADS 3	3	4,8				≥ 25			
TIRADS 4	4 a 6	9,1				≥ 15			
TIRADS 5	≥ 7	35				≥ 10			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Tessler *et al.* (2017).

Quadro 5 – Nódulo de tireoide com indicação de PAAF

Nódulo sólido: <ul style="list-style-type: none"> • hipoecoico \geq 1 cm; ou • isoecoico ou hiperecoico \geq 1,5 cm; ou
nódulo sólido-cístico: <ul style="list-style-type: none"> • \geq 1,0 cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou • \geq 1,5 cm independente de suas características; ou
<ul style="list-style-type: none"> • nódulo espongiforme \geq 2 cm; ou
<ul style="list-style-type: none"> • nódulo $<$ 1 cm em paciente de alto risco de malignidade¹; ou
<ul style="list-style-type: none"> • nódulo $<$ 1 cm com características ecográficas² suspeitas e com linfonodo cervical aumentado³.
<p>¹Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal, ou com familiares de primeiro grau, de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.</p> <p>²São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia.</p> <p>³Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser feito para o serviço de endocrinologia para definir sequência de investigação apropriada.</p>

Fonte: Haugen *et al.* (2016).

Quadro 6 – Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo de tireoide

Ortopneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal).
Disfagia alta.
Rouquidão.
Sinais de compressão na radiografia cervical/torácica.
Bócio ou nódulo com crescimento rápido.
Linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 7 – Avaliação inicial de pacientes com hiperprolactinemia

<p>São considerados valores normais até 20 ng/mL em homens e 30 ng/mL em mulheres não grávidas. Valores abaixo de 25 ng/mL costumam excluir a hiperprolactinemia. O estresse da punção venosa pode causar pequenos aumentos de prolactina (em geral abaixo de 40 ng/ml). Assim, se um nível inicial de prolactina estiver elevado de forma limítrofe, o exame deverá ser repetido. Apesar da extensa lista de causas de hiperprolactinemia, valores acima de 200 a 250 ng/mL são bastante sugestivos de adenoma hipofisário produtor de prolactina (prolactinoma).</p>	
<p>Causas fisiológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono.
<p>Causas farmacológicas</p>	<p>Principal motivo não fisiológico de elevação de prolactina.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicações associadas: antidepressivos (clomipramina, amitriptilina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina), antipsicóticos (clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, sulpirida), anti-hipertensivos (metildopa, verapamil), estrogênios, gastrointestinais (domperidona, metoclopramida, cimetidina, ranitidina), opiáceos e cocaína, inibidores de protease. <p>Geralmente, medicamentos causam aumentos discretos de prolactina (25 a 100 ng/mL), exceto a clorpromazina, metoclopramida e risperidona, que podem levar a valores acima de 200 ng/mL.</p>
<p>Causas patológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tumores hipofisários produtores de prolactina (mais comum), tumores ou doenças infiltrativas hipotálamo-hipofisárias, doenças sistêmicas (hipotireoidismo primário, insuficiência adrenal primária, síndrome dos ovários policísticos, cirrose, insuficiência renal, lúpus eritematoso sistêmico, anorexia nervosa, crise convulsiva).
<p>Idiopática</p>	<ul style="list-style-type: none"> Denominação reservada para pacientes sem uma causa óbvia para a hiperprolactinemia. Na maioria das vezes, trata-se, provavelmente, de microadenomas muito pequenos que não foram visualizados por ressonância magnética.
<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de causa medicamentosa: suspender ou alterar a medicação por 1 semana (se possível) e repetir a prolactina. Se normal: encerra a investigação e confirma a causa medicamentosa. 	
<p>Se excluída a hipótese medicamentosa, deve-se solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil); TSH; função renal; transaminases. 	
<p>Pacientes assintomáticos com hiperprolactinemia: solicitar pesquisa de macroprolactina. A macroprolactina é um complexo de moléculas de prolactina agregadas com uma imunoglobulina G, de alto peso molecular, mas com baixa atividade biológica. Assim, embora no exame de sangue o valor de prolactina esteja alto, uma parte dessa medida é composta por macroprolactina, que tem baixa atividade biológica, não costuma causar repercussões clínicas e não exige manejo específico.</p>	
<p>Se houver disponibilidade, na suspeita de adenoma hipofisário (investigação acima negativa), realizar ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica.</p>	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE 136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

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

0800 644 6543



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

