# PROTOCOLO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

# ENCAMINHAMENTO DA APS À ATENÇÃO ESPECIALIZADA, ALTA E REGULAÇÃO

CONSULTA PÚBLICA

**NOVA LIMA - MG**
**2026**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
ALICE NETO FERREIRA DE ALMEIDA

**SUBSECRETÁRIA EXECUTIVA DE SAÚDE**
SHEILA NARA FERREIRA

**DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES E URGÊNCIA**
CAROLINA DE CASTRO FIGUEIREDO RESENDE

**DIRETORA DEPARTAMENTO REGULAÇÃO DO ACESSO**
NATÁLIA CAROLINA DE CARVALHO

**COORDENADORA DA REGULAÇÃO MÉDICA**
LETICIA CAINELLI

**REGULAÇÃO MÉDICA**
GRACIELE FORTES FRANÇA BASTOS

CONSULTA PÚBLICA

## Sumário


1. Introdução ..... 4
2. Estratificação das prioridades ..... 4
3. Qualificação da solicitação ..... 4
4. Principais motivos de encaminhamento para especialidade “Endocrinologia Adulto” ..... 5
4.1 Patologias da Tireoide ..... 5
4.1.1 Hipertireoidismo subclínico ..... 5
4.1.2 Hipertireoidismo clínico ..... 6
4.1.3 Hipotireoidismo subclínico ..... 7
4.1.4 Hipotireoidismo clínico ..... 7
4.1.5 Hipotireoidismo central ..... 7
4.2 Nódulos de Tireoide / Bócio Multinodular ..... 8
4.2.1 Classificação de Bethesda (Citopatologia — PAAF) ..... 8
4.2.2 Classificação TI-RADS (Ultrassonografia — ACR) ..... 9
5. Diabetes Mellitus e Obesidade ..... 10
5.1 Diabetes Mellitus ..... 10
5.2 Obesidade ..... 11
6. Doenças Adrenais e Hipofisárias ..... 12
7. Dislipidemias e Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD) ..... 13
7.1 Dislipidemias ..... 13
7.2 Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD) ..... 14
8. Distúrbios endócrinos sexuais e do crescimento ..... 15
9. Alterações no Metabolismo Ósseo ..... 16
9.1 Hiperparatireoidismo primário ou secundário ..... 16
9.2 Hipoparatireoidismo ..... 17
10. Critérios de Alta para Atenção Primária à Saúde (APS) ..... 17
10.1 Critérios de Elegibilidade para Alta ..... 17
10.2 O Plano de Cuidados (Contrarreferência) ..... 18
10.3 Educação e Autocuidado ..... 18
11. Referências Técnicas ..... 19
12. Anexo I – Relatório de Alta da Endocrinologia à APS e Contrarreferência ..... 20
1. Identificação do Paciente ..... 20
2. Diagnóstico endocrinológico ..... 20
3. Situação Clínica Atual ..... 20
4. Medicações em Uso Contínuo ..... 20
5. Recomendações para APS ..... 20
6. Reencaminhar à endocrinologia se: ..... 20
7. Responsável ..... 21


CONSULTA PÚBLICA

## 1. Introdução

O presente protocolo visa normatizar o fluxo assistencial entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o serviço de Endocrinologia do Centro de Especialidades e Ambulatório de Crônicos de Nova Lima. A organização fundamenta-se na necessidade de priorizar casos de maior complexidade e garantir que a APS atue de forma resolutiva nas patologias endócrinas de manejo clínico básico, otimizando a fila de espera e a segurança do paciente. Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramentas, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois orientam as decisões dos profissionais solicitantes e modulam a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentarem 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 objetivo da regulação é otimizar a oferta de serviços, em função da necessidade, garantindo a assistência do usuário no ponto da rede adequado e em tempo oportuno.

## 2. Estratificação das prioridades

A classificação de prioridade dos encaminhamentos é fundamental para garantir que os pacientes recebam atendimento em tempo oportuno conforme a necessidade de priorização, garantido assim, a equidade. Durante o processo de Regulação da solicitação podem ser realizados pedidos de esclarecimentos para melhor definição do quadro. O município de Nova Lima definiu três níveis de prioridade: Alta, Média e Baixa.

## 3. Qualificação da solicitação

A qualificação da solicitação é um processo essencial para compreensão do quadro pelo regulador. Toda informação relevante da história clínica deverá ser registrada na solicitação para facilitar a comunicação e mostrar a relevância da priorização clínica do paciente de acordo com o grau solicitado pelo médico assistente.

Sendo assim, devem ser registradas as informações indispensáveis, além do descritivo mínimo de cada condição, como tempo de início, agudizações (piora do quadro), internações relacionadas a condição, perda/ganho de peso inexplicável. Além do registro das comorbidades e fatores de risco associados (cardiovascular DM de difícil controle, HAS de difícil controle, apnéia do sono), medicamentos em uso (dose e posologia), tratamentos e exames prévios realizados, dentre outras informações que o médico assistente considerar pertinente.

CONSULTA PÚBLICA

# 4. Principais motivos de encaminhamento para especialidade “Endocrinologia Adulto”

## 4.1 Patologias da Tireoide

Os critérios laboratoriais para definição de hipertireoidismo clínico e subclínico adotados neste protocolo baseiam-se no consenso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e nas atualizações da European Thyroid Association (BIONDI et al., 2020).

### *4.1.1 Hipertireoidismo subclínico*

**Critérios para Encaminhamento**

Pacientes que apresentem pelo menos 01 das seguintes manifestações clínicas, associadas a algum dos critérios laboratoriais descritos abaixo.

**Manifestações clínicas:**

- Perda ponderal
- Intolerância ao calor e sudorese excessiva.
- Palpitações, ansiedade e irritabilidade;
- Insônia e tremores notáveis;
- Exoftalmia (presente na doença de Graves, principal causa do hipertireoidismo);
- Aumento de apetite e aumento do número de evacuações.

Paciente com níveis séricos de TSH abaixo do limite inferior de referência (geralmente < 0,1 mUI/L), com níveis de T4 livre (T4L) e T3 dentro da normalidade (BIONDI et al., 2020).

Observação: Antes de proceder com o encaminhamento ou tratamento, deve-se repetir a dosagem de TSH, T4L e T3 em um intervalo de 3 meses, para excluir alterações transitórias ou tireoidites (SGARBI et al., 2013).

Manejo na APS: Pacientes assintomáticos, com TSH entre 0,1 e 0,4 mUI/L e sem comorbidades, podem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde com exames semestrais.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** persistência do TSH baixo (< 0,1 mUI/L) associado a idade > 65 anos (devido ao risco elevado de fibrilação atrial e eventos cardiovasculares); presença de comorbidades cardíacas (doença coronariana ou insuficiência cardíaca); ou mulheres na pós-menopausa com osteoporose ou risco elevado de fraturas; ou presença de bócio volumoso ou orbitopatia (exoftalmia).

**Prioridade Média:**

CONSULTA PÚBLICA

- Pacientes com TSH persistentemente < 0,1 mUI/L (mais de 1 dosagem com o intervalo de 3 meses), mesmo que tenham menos de 65 anos e sejam assintomáticos (pois o risco de progressão para o clínico ou surgimento de arritmias é maior do que naqueles com TSH entre 0,1 e 0,4).
- Pacientes com sintomas leves de tireotoxicose (insônia, irritabilidade, perda de peso leve) que não se enquadram nos critérios de alta prioridade.
- Planejamento de gestação ou gestantes com TSH baixo e T4 normal (para monitoramento rigoroso).

**Prioridade Baixa:**

- Pacientes com TSH entre 0,1 e 0,4 mUI/L (subclínico leve) — mais de 1 dosagem com intervalo de 3 meses — associado a sintomas. (OBS: pacientes assintomáticos são acompanhados pela APS).

#### *4.1.2 Hipertireoidismo clínico*

**Critérios para Encaminhamento**

Pacientes que apresentem pelo menos 01 das seguintes manifestações clínicas, associadas a algum dos critérios laboratoriais descritos abaixo.

**Manifestações clínicas:**

- Perda ponderal
- Intolerância ao calor e sudorese excessiva.
- Palpitações, ansiedade e irritabilidade;
- Insônia e tremores notáveis;
- Exoftalmia (presente na doença de Graves, principal causa do hipertireoidismo).

Todos os casos confirmados de hipertireoidismo clínico: TSH baixo (geralmente < 0,1 mUI/L) + T4 Livre e/ou T3 elevados (ROSS et al., 2016).

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** gestantes com suspeita de tireotoxicose, pacientes com insuficiência cardíaca descompensada ou sinais de crise tireotóxica (febre, agitação, confusão mental). Pacientes com sintomas exuberantes, idosos com arritmias, ou presença de bócio volumoso com sinais compressivos.

**Prioridade Média:** pacientes oligoassintomáticos (poucos sintomas) com diagnóstico clínico recente e estabilidade hemodinâmica. Pacientes com exoftalmia (orbitopatia) leve a moderada sem perda visual.

**Prioridade Baixa:** pacientes assintomáticos com confirmação laboratorial, já em tratamento clínico (em uso de antitireoidianos) que apresentam estabilidade e precisam apenas de ajuste ou seguimento especializado. Casos de difícil controle medicamentoso, mas sem repercussão sistêmica aguda.

CONSULTA PÚBLICA

### *4.1.3 Hipotireoidismo subclínico*

**Critérios para Encaminhamento**

Pacientes com suspeita clínica de hipotireoidismo subclínico (TSH elevado com T4 livre normal) com TSH persistentemente acima de 10 mUI/L ou com sintomas importantes.

### *4.1.4 Hipotireoidismo clínico*

**Critérios para Encaminhamento**

Pacientes com hipotireoidismo clínico (TSH elevado: >4,5-10 µUI/mL) e T4 Livre baixo, usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina com controle inadequado (fora do alvo de referência). Avaliar adesão e uso de medicamentos ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.

### *4.1.5 Hipotireoidismo central*

Todo paciente com confirmação ou suspeita de hipotireoidismo central (secundário/terciário): TSH baixo, normal ou levemente elevado, acompanhado de T4 livre baixo, após afastamento de fatores mais comuns (medicamentos).

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento dos casos acima à atenção especializada**

- Exames laboratoriais (TSH, T4 livre) evidenciando o acompanhamento.
- Histórico do uso de levotiroxina, com dose, duração e forma de uso (adequação do uso e otimização de dosagem).
- Sinais e sintomas clínicos (ex: palpitações, perda de peso, tremores) ou fadiga, ganho de peso, intolerância ao frio.

**Manejo na APS**

- Hipotireoidismo primário estável.
- Hipotireoidismo subclínico em pacientes idosos ou com TSH < 10 mUI/L sem sintomas/comorbidades que justifiquem o tratamento especializado.
- Bócio multinodular atóxico com exames citológicos benignos e sem sintomas compressivos.
- Pacientes portadores de hipotireoidismo secundário à tireoidectomia para tratamento de doenças benignas da tireoide ou RAI para doença de Graves podem ser acompanhados exclusivamente na atenção primária, exceto se uso de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina com controle inadequado ou em caso de sinais ou sintomas de orbitopatia de Graves em atividade.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:**

- Todos os pacientes hipertireoideos classificados como prioritários pelos critérios das seções 4.1.1 e 4.1.2 acima.

CONSULTA PÚBLICA

- Hipotireoidismo sintomático (fadiga persistente, ganho de peso inexplicável) usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina com controle inadequado.

**Prioridade Média:** hipotireoidismo subclínico com TSH persistentemente elevado e com presença de sintomas importantes. Paciente com suspeita de hipotireoidismo secundário.

**Prioridade Baixa:** hipotireoidismo subclínico com TSH persistentemente elevado e sem sintomas graves.

## 4.2 Nódulos de Tireoide / Bócio Multinodular

**Critérios para Encaminhamento**

Nódulos de Tireoide: nódulos > 1,0 cm com características ultrassonográficas de suspeição (classificação TI-RADS 4 ou 5) ou nódulos com citologia (PAAF) suspeita/positiva para neoplasia (Bethesda IV, V ou VI) ou sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas).

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento à atenção especializada**

- Exames de imagem (ultrassom de tireoide) com descrição e datas, se realizado.
- Exame clínico e descrição dos sintomas, histórico familiar em primeiro grau.
- Exames laboratoriais (TSH, T4 livre) se presentes.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** suspeita ou diagnóstico de câncer de tireoide — inclui nódulos com características clínicas de alta suspeição, como crescimento rápido, fixação ao tecido adjacente ou sintomas compressivos (rouquidão, disfagia, ortopneia). Características ultrassonográficas suspeitas: nódulos classificados como TI-RADS 3 (levemente suspeitos) que requerem avaliação adicional.

**Prioridade Média:**

- Histórico de câncer: pacientes que já tiveram câncer de tireoide e não estão em acompanhamento regular por serviço especializado.
- Nódulos benignos que geram dúvida: nódulos assintomáticos classificados como TI-RADS 1 ou 2 (benignos ou sem suspeita), mas que, por algum motivo clínico específico, o médico da APS julgue necessária uma avaliação especializada.

**Prioridade baixa:** casos que não se enquadram nos acima descritos e que não possuem histórico de câncer, mas que necessitam de avaliação especializada.

### *4.2.1 Classificação de Bethesda (Citopatologia — PAAF)*

Esta classificação é utilizada para padronizar os resultados de punções aspirativas por agulha fina (PAAF).

CONSULTA PÚBLICA

| Categoria | Significado | Conduta sugerida pelo protocolo |
|---|---|---|
| I | Amostra insatisfatória | Repetir PAAF |
| II | Benigno | Acompanhamento clínico/USG |
| III | Lesão de significado indeterminado | Avaliação especializada |
| IV | Neoplasia Folicular | Encaminhamento para Cirurgia/Oncologia |
| V | Suspeita de Malignidade | Encaminhamento para Cirurgia/Oncologia |
| VI | Maligno | Encaminhamento para Cirurgia/Oncologia |

*Fonte: Adaptado de Ali SZ, Cibas ES. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology, 3rd ed. 2023.*

### *4.2.2 Classificação TI-RADS (Ultrassonografia — ACR)*

O sistema ACR TI-RADS (do American College of Radiology) é utilizado para estratificar o risco de malignidade baseado em características ecográficas (composição, ecogenicidade, formato, margens e focos ecogênicos).

| Classificação | Significado | Prioridade de Encaminhamento |
|---|---|---|
| TI-RADS 1 | Benigno | Média Prioridade |
| TI-RADS 2 | Não suspeito | Média Prioridade |
| TI-RADS 3 | Levemente suspeito | Alta Prioridade |
| TI-RADS 4 | Moderadamente suspeito | Encaminhar p/ Cirurgia de Cabeça e Pescoço |
| TI-RADS 5 | Altamente suspeito | Encaminhar p/ Cirurgia de Cabeça e Pescoço |

*Fonte: ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. Referência padrão utilizada para a criação de scores de risco em ultrassom de tireoide.*

CONSULTA PÚBLICA

## 5. Diabetes Mellitus e Obesidade

Os encaminhamentos referentes a Diabetes Mellitus (DM) e Obesidade não seguem o fluxo de regulação para "Endocrinologia Adulto" via Policlínica, mas sim o fluxo específico estabelecido pela Linha de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do município, sendo direcionados ao Ambulatório de DCNT (também referido como Ambulatório de Crônicos), serviço multiprofissional composto por medicina (cardiologia, endocrinologia, nefrologia), enfermagem, nutrição, psicologia, farmácia e assistência social. O encaminhamento não é direcionado a uma categoria profissional específica; não é possível, por exemplo, encaminhar o paciente diretamente a um profissional focal.

*Nota: a Linha de Cuidado de DCNT do município encontra-se, segundo documento vigente, em processo de finalização de redação e formatação. Os critérios abaixo refletem a versão mais recente disponível e devem ser revisados quando da publicação definitiva.*

### 5.1 Diabetes Mellitus

**Critérios de encaminhamento ao Ambulatório de DCNT**

- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 — encaminhamento obrigatório de todos os casos.
- Pacientes que não atingirem a meta glicêmica proposta após tratamento otimizado na APS.
- Lesão de órgão-alvo:
    - TFG < 30 mL/min e/ou proteinúria confirmada.
    - Angina, equivalente anginoso, ou doença arterial coronariana assintomática.
    - Insuficiência cardíaca NYHA III ou IV refratária ao tratamento na APS.
    - Retinopatia diabética.
    - Pé diabético igual ou superior ao estágio 1.
    - Neuropatia diabética.

*Observação: casos crônicos, com abordagem já estabelecida e contínua, não possuem benefício em serem encaminhados ao ambulatório apenas por esses critérios, uma vez que o manejo seria o mesmo a ser ofertado na APS.*

**Encaminhamentos para especialidades focais isoladas (fora do Ambulatório de DCNT)**

- Oftalmologia: fundoscopia pelo menos 1 vez ao ano, como parte da rotina propedêutica mínima de acompanhamento clínico.
- Neurologia: pacientes com polineuropatia com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento realizado na APS.
- Angiologia: pacientes com suspeita de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP).

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento**

CONSULTA PÚBLICA

- História clínica detalhada do paciente, com descrição das comorbidades, sintomatologia e complicações crônicas associadas.
- Resultado de exame de hemoglobina glicada, com data, assim como dos demais exames solicitados relevantes.
- Medicações em uso, com dose e posologia.
- Peso/IMC do paciente.

## 5.2 Obesidade

*Nota de transição: os critérios abaixo definem o fluxo previsto na Linha de Cuidado de DCNT do município. Atualmente, enquanto a plena implantação desse fluxo está em curso, os pacientes obesos com indicação de avaliação especializada continuam sendo referenciados à Policlínica (atenção secundária), e não ao Ambulatório de DCNT. Este protocolo deverá ser atualizado assim que a transição operacional for concluída.*

**Critérios de encaminhamento ao Ambulatório de DCNT**

- Suspeita de obesidade secundária a causa endocrinológica (ex.: síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros) — nesses casos, discutir previamente o caso com o endocrinologista do ambulatório antes de encaminhar. Não é necessário encaminhar pacientes com obesidade secundária ao uso de medicamentos.
- Paciente com IMC > 40 kg/m²: iniciar a abordagem multiprofissional na APS e encaminhar ao ambulatório para abordagem individualizada.
- Paciente com IMC entre 35 kg/m² e 39,99 kg/m² com alguma comorbidade associada, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 6 meses a 1 ano na APS, com boa adesão.
- Paciente com IMC entre 35 kg/m² e 39,99 kg/m² sem comorbidade associada, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 1 a 2 anos na APS, com boa adesão.
- Paciente com IMC > 30 kg/m² com alguma comorbidade associada, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos na APS, com boa adesão.
- Casos que não preencham completamente os critérios acima deverão ser previamente discutidos com a equipe do Ambulatório de DCNT, devendo ser especificado o motivo do encaminhamento fora dos critérios e o profissional com quem o caso foi discutido.

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento**

- Sinais e sintomas.
- Peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).
- Comorbidades associadas (é obrigatório já ter realizado a avaliação de complicações recomendada na linha de cuidado de obesidade).

CONSULTA PÚBLICA

- Risco cardiovascular ou doença cardiovascular estabelecida (sim ou não). Se sim, informar qual doença cardiovascular.
- Breve descrição do tratamento clínico longitudinal multiprofissional já realizado na APS.

## 6. Doenças Adrenais e Hipofisárias

**Critérios para Encaminhamento**

- Pacientes com exames de imagem que detectaram nódulo(s) adrenal(is).
- Pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico já estabelecido de insuficiência adrenal, síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário ou hiperplasia adrenal congênita.
- Pacientes com suspeita ou diagnóstico estabelecido de doenças hipofisárias como prolactinomas, doença de Cushing, acromegalia e tumores hipofisários não secretores.

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento à atenção especializada**

- Exames hormonais (ACTH, cortisol, hormônio de crescimento) e exames já realizados associados à suspeita.
- Exames de imagem que justifiquem o motivo de suspeição clínica (caso incidentaloma).
- Histórico de sintomas (ex: cefaleia, alterações visuais, fraqueza muscular).

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** suspeita ou confirmação de tumores relacionados à hipófise e adrenais. Síndrome de Cushing não controlada com sintomas severos de excesso de cortisol e resistência ao tratamento convencional. Suspeita de adenomas hipofisários secretores de hormônios (prolactinoma, acromegalia) com sintomas como galactorreia, alterações visuais, ou características físicas específicas. Suspeita de disfunção das adrenais.

**Prioridade Média:** hipogonadismo masculino ou feminino com sintomas moderados de deficiência hormonal.

**Prioridade Baixa:** casos que não se enquadrem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.

**Observação:**

Disfunção das adrenais: a suspeita ocorre em presença de qualquer dos sintomas seguintes: obesidade central, hiper ou hipotensão, hipertricose, alopecia, estrias violáceas, anorexia, hiperpigmentação de mucosas, amenorreia, astenia ou redução em pilificação do corpo.

Incidentaloma de adrenal: lesão ou massa descoberta incidentalmente, detectada por TC, RM ou outra modalidade de imagem, não relacionada ao objetivo primário do exame, geralmente menor de 1,0 cm de diâmetro, com prevalência de 4% a 6% e sendo, na sua maioria, lesões benignas — sendo a patologia

CONSULTA PÚBLICA

mais comum o adenoma. Os adenomas funcionantes e feocromocitomas exigem avaliação bioquímica. A morfologia suspeita de malignidade depende do diâmetro, usualmente quando > 4,0 cm (chance de malignidade = 70%) e, no caso de diâmetro superior a 6,0 cm, essa possibilidade aumenta para 85%. O aumento de dimensões em exames seriados, presença de áreas necróticas ou irregularidade dos contornos são suspeitas de malignidade.

# 7. Dislipidemias e Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD)

## 7.1 Dislipidemias

**Critérios para Encaminhamento**

- Hipertrigliceridemia persistente com triglicérides acima de 500 mg/dL, apesar de tratamento com fibrato em dose máxima e mudança de estilo de vida.
- Pacientes em uso de terapêutica não-medicamentosa e medicamentosa máxima tolerável, sem resposta satisfatória após 6 meses, mantendo LDL acima do alvo, conforme estratificação de risco cardiovascular.

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento à atenção especializada**

Pacientes que apresentem pelo menos 01 das seguintes classificações laboratoriais, associadas às respostas terapêuticas descritas abaixo:

**Classificação laboratorial:**

- Hipercolesterolemia isolada: aumento isolado do LDL-c ≥ 160 mg/dl.
- Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos TG ≥ 150 mg/dl ou ≥ 175 mg/dl, se amostra obtida sem jejum.
- Hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c ≥ 160 mg/dl e dos TG > 150 mg/dl ou ≥ 175 mg/dl, se amostra obtida sem jejum. Se TG ≥ 400 mg/dl, considerar a hiperlipidemia mista quando o não-HDL ≥ 190 mg/dl.
- Hipoalfalipoproteinemia: redução do HDL-c (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de triglicerídeos.

**Respostas terapêuticas:**

Tratamento refratário: pacientes que não apresentam responsividade após 12 meses de terapia medicamentosa em dose máxima tolerável associada a mudança de estilo de vida.

**Conduta indispensável em pacientes dislipidêmicos:**

Estratificação de risco para definição da meta e escolha terapêutica. Realizar ERG — Escore de Risco Global.

CONSULTA PÚBLICA

**Informações indispensáveis:**

- Todas as medicações em uso (principalmente estatinas e fibratos), com dose, posologia e data.
- Todas as doenças e fatores de risco associados (cardiovascular, DM de difícil controle, HAS de difícil controle, apneia do sono).
- Peso e altura do paciente.
- Exames laboratoriais dos últimos 6 meses: glicemia em jejum, HbA1c, Na, K, ureia, creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, urina 1, microalbuminúria.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** hipertrigliceridemia persistente com triglicérides > 500 mg/dL em uso de terapêutica medicamentosa máxima tolerável, sem resposta satisfatória após 6 meses.

**Prioridade Média:** pacientes com suspeita de hipercolesterolemia familiar (LDL > 190 associado a histórico familiar positivo para doenças cerebrovasculares) em uso de terapêutica não-medicamentosa e medicamentosa máxima tolerável, sem resposta satisfatória após 6 meses.

**Prioridade Baixa:** casos que não se enquadram nos acima descritos, mas que necessitam de avaliação especializada — incluindo pacientes com LDL persistentemente fora da meta apesar de terapia otimizada, sem suspeita de causa familiar.

## 7.2 Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD)

A MASLD (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease), nomenclatura que substitui os termos anteriores DHGNA/NAFLD desde o consenso multissociedades de 2023, é a condição hepática crônica mais prevalente e está diretamente associada à obesidade, DM2, dislipidemia e síndrome metabólica. Por não haver hepatologista disponível na rede municipal, o encaminhamento especializado para investigação de fibrose hepática é direcionado à Gastroenterologia.

**Rastreamento e estratificação de risco na APS**

- Rastrear com FIB-4 (calculado a partir de idade, AST, ALT e plaquetas) todo paciente com DM2, obesidade ou síndrome metabólica, ou com esteatose hepática identificada incidentalmente em exame de imagem, após exclusão de outras causas de hepatopatia (uso de álcool, hepatites virais, doença hepática autoimune ou medicamentosa).
- FIB-4 < 1,3 (ou < 2,0 em pacientes com 65 anos ou mais): baixo risco de fibrose avançada. Manter acompanhamento na APS, com reavaliação do FIB-4 a cada 1 a 3 anos, conforme presença de fatores de risco metabólico.
- FIB-4 ≥ 1,3 entre 35 e 65 anos, ou ≥ 2,0 acima de 65 anos: risco indeterminado/alto de fibrose avançada — indicação de encaminhamento para avaliação de segunda linha (elastografia hepática).

CONSULTA PÚBLICA

*Observação: o FIB-4 tem desempenho reduzido em pacientes com menos de 35 anos (pode subestimar o risco) e em pacientes com DM2/obesidade (maior taxa de falso-positivo). Nessas situações, a decisão de encaminhar deve considerar o quadro clínico global, e não apenas o valor isolado do escore.*

**Critérios de encaminhamento à Gastroenterologia**

- FIB-4 elevado conforme os limiares acima, para elastografia hepática (FibroScan/VCTE) ou avaliação complementar.
- Elastografia hepática já realizada com resultado sugestivo de fibrose significativa (LSM ≥ 8 kPa).
- Sinais clínicos ou laboratoriais de doença hepática avançada (ex: plaquetopenia, esplenomegalia, estigmas de hepatopatia crônica), independentemente do FIB-4.
- Alterações desproporcionais ou persistentes de enzimas hepáticas (AST/ALT/GGT) não explicadas pelo quadro metabólico, ou suspeita de etiologia hepática concomitante.

**Prioridade Alta:** sinais de doença hepática avançada/descompensada (ex: ascite, icterícia, encefalopatia, sangramento digestivo, plaquetopenia importante).

**Prioridade Média:** FIB-4 elevado associado a múltiplos fatores de risco metabólico (ex: DM2 e obesidade concomitantes) ou elastografia hepática já sugestiva de fibrose significativa.

**Prioridade Baixa:** FIB-4 em faixa indeterminada isolado, sem outros fatores de risco associados, ou alteração leve e persistente de enzimas hepáticas sem outra explicação.

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento**

- Valor do FIB-4 calculado, com data e valores de idade, AST, ALT e plaquetas utilizados.
- Resultado de elastografia hepática, se realizada.
- Comorbidades metabólicas associadas (DM2, obesidade, dislipidemia, HAS).
- Enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT), com data.
- Confirmação de exclusão de outras causas de hepatopatia (uso de álcool, sorologias virais, uso de medicamentos hepatotóxicos).

*Nota: a MASLD, isoladamente — sem os critérios de encaminhamento hepático acima —, não configura motivo de encaminhamento à Endocrinologia ou ao Ambulatório de DCNT. O manejo dos fatores de risco metabólicos de base (obesidade, DM2, dislipidemia) segue os critérios já definidos nas seções 5 e 7.1 deste protocolo.*

## 8. Distúrbios endócrinos sexuais e do crescimento

**Critérios para Encaminhamento**

CONSULTA PÚBLICA

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrófico (secundário a distúrbios hipofisários/hipotalâmicos) ou hipergonadotrófico (secundário a distúrbios ovarianos/testiculares).
- Alterações no crescimento evidenciadas após acompanhamento com curva de crescimento por no mínimo 6 meses, excluindo-se outros diagnósticos diferenciais comuns (parasitoses, anemia, ITU, fator carencial/desnutrição, hipotireoidismo).
- Telarca e pubarca precoces evidenciadas pela presença de caracteres secundários (pelos, mama e outros).

**Conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento à atenção especializada**

- Exames laboratoriais dos últimos 6 meses: hemograma, B-HCG, testosterona, TSH, T4 livre, FSH, LH, progesterona, prolactina, estrogênio.
- Histórico menstrual, em caso de mulheres, se presente.
- Sinais clínicos de hiperandrogenismo (ex: hirsutismo, acne, alopecia).
- Informações indispensáveis: todas as medicações em uso, com dose, posologia e data; todas as doenças e fatores de risco associados (cardiovascular, DM e HAS de difícil controle, apneia do sono); peso e altura do paciente.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** quaisquer alterações das condições acima apresentando sinais graves relacionados ao distúrbio. Alterações no crescimento evidenciando desvio de curvas de crescimento.

**Prioridade Média:** amenorreia ou hiperandrogenismo moderado, telarca e pubarca precoces. Ginecomastia sem causas esclarecidas.

**Prioridade Baixa:** casos que não se enquadram nos acima descritos, mas que necessitam de avaliação especializada.

CONSULTA PÚBLICA

## 9. Alterações no Metabolismo Ósseo

**Critérios para Encaminhamento**

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças da glândula paratireoide e osteoporose.

Pacientes que apresentem pelo menos 01 das seguintes manifestações clínicas, associadas a algum dos critérios laboratoriais descritos abaixo:

***9.1 Hiperparatireoidismo primário ou secundário***

**Manifestações clínicas:**

Dor óssea difusa; relatos de fraturas por fragilidade; osteopenia ou osteoporose; poliúria; polidipsia (sede excessiva); náuseas e vômitos frequentes; fadiga e fraqueza muscular; ansiedade e confusão mental; alterações de memória e sonolência.

**Critérios laboratoriais para hiperparatireoidismo:**

Hipercalcemia; hipofosfatemia.

***9.2 Hipoparatireoidismo***

**Manifestações clínicas:**

Parestesia (formigamento) em mãos, pés e ao redor da boca (perioral); relatos de cãibras musculares e espasmos frequentes; episódios de tetania; irritabilidade, ansiedade e confusão mental.

**Critérios laboratoriais para hipoparatireoidismo:**

Hipocalcemia; hiperfosfatemia; hipomagnesemia.

**Exames laboratoriais (últimos 6 meses):**

Ca, P, Mg, ureia, creatinina, urina 1 e microalbuminúria.

**Informações indispensáveis:**

Todas as medicações em uso, com dose, posologia e data; todas as doenças e fatores de risco associados (cardiovascular, DM e HAS de difícil controle, apneia do sono); peso e altura do paciente.

**Estratificação de Encaminhamentos**

**Prioridade Alta:** pacientes que já tenham apresentado fraturas de fragilidade com dor ou limitação funcional.

**Prioridade Média:** osteoporose grave ou hipocalcemia não corrigida.

**Prioridade Baixa:** casos que não se enquadram nos acima descritos, mas que necessitam de avaliação especializada.

## 10. Critérios de Alta para Atenção Primária à Saúde (APS)

O paciente deverá receber alta do serviço de Endocrinologia e retornar ao acompanhamento exclusivo na UBS embasado nos seguintes pilares fundamentais: a estabilidade, a continuidade do cuidado e o canal de retorno. Evitando intervenções desnecessárias e garantindo o cuidado especializado direcionado a casos de maior complexidade.

### 10.1 Critérios de Elegibilidade para Alta

O paciente será referenciado de volta à UBS quando apresentar:

CONSULTA PÚBLICA

- Diagnóstico e Estabilidade: investigação concluída, com diagnóstico estabelecido e metas terapêuticas (clínicas e laboratoriais) atingidas e sustentadas.
- Protocolo de Longo Prazo: plano de cuidados definido pelo especialista, que possa ser executado e monitorado com segurança pela equipe da APS.
- Pós-operatório Benigno: casos cirúrgicos de patologias benignas (ex: tireoidectomia) após a estabilização laboratorial.

### 10.2 O Plano de Cuidados (Contrarreferência)

Para garantir a segurança na APS, o Relatório de Alta do endocrinologista deve obrigatoriamente conter:

- Resumo Clínico: diagnóstico final e tratamentos instituídos.
- Conduta na APS: orientação clara sobre a periodicidade de exames (3, 6 ou 12 meses) e manutenção das receitas.
- Critérios de Reencaminhamento: descrição de "sinais de alerta" ou alterações laboratoriais que justificariam o retorno à Policlínica.

### 10.3 Educação e Autocuidado

A alta deve ser acompanhada de orientações ao paciente sobre sua condição, promovendo a adesão ao tratamento e o protagonismo no autocuidado dentro do seu território (APS).

CONSULTA PÚBLICA

## 11. Referências Técnicas


ALI, S. Z.; CIBAS, E. S. (Eds.). The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. 3. ed. Springer, 2023.

BIONDI, B. et al. 2020 European Thyroid Association Guidelines under the Auspices of the European Thyroid Association Council for the Management of Subclinical Hypothyroidism and Hyperthyroidism. European Thyroid Journal, v. 9, n. 4, p. 167-193, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (Diabetes Mellitus). Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada (Endocrinologia e Nefrologia). Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

EASL-EASD-EASO. Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Journal of Hepatology, v. 81, 2024.

JUNDIAÍ. Unidade de Gestão de Promoção da Saúde. Protocolo de manejo e encaminhamento para especialidade de endocrinologia – Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí, Versão II. Jundiaí: DRS/UGPS, 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.425/2021 – Organização da Rede de Atenção às Condições Crônicas.

NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) — Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Renal Crônica e Obesidade. Nova Lima: SMS, 2026. (documento em processo de finalização).

NOVA LIMA. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações para o Encaminhamento ao Ambulatório de Doenças Crônicas. Nova Lima: SMS, 2026.

OURO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Endocrinologia. Ouro Preto: SMS, 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de encaminhamento da endocrinologia da PBH. Belo Horizonte: SMSA, out. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia. Porto Alegre: SES/RS, 2016.

STERLING, R. K. et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology, 2023.

ROSS, D. S. et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid, v. 26, n. 10, p. 1343-1421, 2016.

SGARBI, J. A. et al. The Brazilian Consensus on the Clinical Management of Subclinical Hyperthyroidism and Hypothyroidism: A Position Statement of the Thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Archives of Endocrinology and Metabolism, v. 57, n. 3, p. 193-211.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024-2025. São Paulo: SBD, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Posicionamentos sobre Nódulos de Tireoide e Hipotireoidismo. Disponível em: endocrino.org.br.

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, v. 14, n. 5, p. 587-595, 2017.


CONSULTA PÚBLICA

## 12. Anexo I – Relatório de Alta da Endocrinologia à APS e Contrarreferência

### 1. Identificação do Paciente

Nome: _____

Data nascimento: ___/___/_____

Cartão SUS: _____

CPF: _____

UBS de Referência: _____

### 2. Diagnóstico endocrinológico

- [ ] Nódulos da tireoide/Bócio Multinodular
- [ ] Hipotireoidismo central
- [ ] Hipotireoidismo clínico
- [ ] Hipotireoidismo subclínico
- [ ] Hipertireoidismo clínico
- [ ] Hipertireoidismo subclínico
- [ ] Dislipidemia
- [ ] Alterações do Metabolismo Ósseo
- [ ] Doenças Adrenais e Hipofisárias
- [ ] Distúrbios endócrinos sexuais e do crescimento
- [ ] Outro: _____

*Nota: diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 1 e Obesidade não são contemplados neste anexo, por seguirem fluxo de contrarreferência próprio do Ambulatório de DCNT (ver seção 5).*

### 3. Situação Clínica Atual

Descrever resumo da situação clínica atual: relatando queixas e sintomas (se paciente possuir), além da hipótese diagnóstica ou o diagnóstico confirmado, medicamentos em uso (item abaixo) e descrever se instituído medicamento em última consulta ou ajuste terapêutico; relatar se foi solicitado exame complementar para elucidar/monitorar patologia do paciente.

### 4. Medicações em Uso Contínuo

Sim ou não. Se sim, descrever abaixo nome e posologia.

| Medicação | Dose | Frequência | Observações |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 5. Recomendações para APS

Manter prescrição atual e renovação na APS.

Exames: [ ] Hemograma [ ] TSH/T4 livre [ ] Outros: _____

Seguimento: [ ] 3 meses [ ] 6 meses [ ] 12 meses

### 6. Reencaminhar à endocrinologia se:

CONSULTA PÚBLICA

Retorno de sintomas, efeitos adversos ou necessidade de reavaliação clínica/terapêutica que justifiquem o retorno à Policlínica.

## 7. Responsável

Nome do Endocrinologista: _____

CONSULTA PÚBLICA