



Protocolo de encaminhamento para endocrinologia adulto

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Endocrinologia. Estes protocolos foram aprovados em resolução CIB/RS 510/2013 e revisados em resolução CIB/RS 171/2015. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

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.

Pacientes com diagnóstico e suspeita de hipertireoidismo e diabetes mellitus tipo 1 devem ter preferência no encaminhamento ao endocrinologista, quando comparados com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Elaborado em 14 de outubro de 2013.

Revisado em 09 de julho de 2015.



Protocolo 1 – Diabetes mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- paciente com suspeita de cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não-cetótica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso); **ou**
- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5) (ver quadro 1 no anexo); **ou**
- paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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



Protocolo 2 – Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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 2 no anexo); **ou**
- paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg 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 levotiroxina (sim ou não), com dose;
5. outras medicações em uso, com posologia e dose;
6. peso do paciente em quilogramas (kg);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 3 – Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- todos os pacientes (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 2 no anexo).

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 metimazol ou propiltiuracil, com dose e posologia;
5. outras medicações em uso, com posologia e dose;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 4 – Nódulo de tireóide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 2 no anexo); **ou**
- nódulos com indicação de PAAF (ver quadro 3, no anexo); **ou**
- pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e características 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 3, no anexo);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 5 – Bócio multinodular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 2 no anexo); **ou**
- nódulos com indicação de PAAF (ver quadro 3, no anexo); **ou**
- sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio (ver quadro 4, no anexo); **ou**
- indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame TSH, com data;
3. resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e características do(s) nódulo(s) 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 3, no anexo);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.



Protocolo 6 – Obesidade

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia bariátrica:

- pacientes com IMC acima de 35 kg/m² e alguma comorbidade¹ ou IMC acima de 40 kg/m² com ou sem comorbidades.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. Índice de Massa Corporal (IMC);
3. breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por no mínimo dois anos)² para pacientes encaminhados à cirurgia bariátrica;
4. risco cardiovascular³ (em %), ou doença cardiovascular (sim ou não). Se sim, informar qual doença cardiovascular;
5. diabetes mellitus de difícil controle (sim ou não). Se sim informar medicações em uso, com dose;
6. hipertensão arterial de difícil controle (sim ou não). Se sim informar medicações em uso, com dose;
7. apneia do sono (sim ou não). Se sim informar como foi o diagnóstico;
8. doenças articulares degenerativas (sim ou não). Se sim, informar qual;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

¹ Comorbidades: 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.

² Conforme 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, 2013b)

³ O cálculo do risco cardiovascular pode ser realizado com o aplicativo "Calculadora de Risco Cardiovascular" disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS <<http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/aplicativos-telessaunders-ufrgs/aplicativos-telessaunders-ufrgs>>.



Referências

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2014. **Diabetes Care**, New York, v. 37, p. 14-80, jan. 2014. supl. 1.
- BAHN, R. S. et al. Hyperthyroidism and other Causes of Thyrotoxicosis Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. **Thyroid**, New York, v. 21, n. 6, p. 593-646, 2011.
- 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, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2013. Seção 1, p. 23-24. 2013b.
- BRENTA, G. B. 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
- COOPER, D. S. et al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. **Thyroid**, New York, v. 19, n. 11, p. 1167-1213, 2009.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.
- 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.
- ROSÁRIO, P. et al. Nódulo de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013.
- ROSS, D. S. **Cystic thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cystic-thyroid-nodules>>. Acesso em: 6 out. 2014
- _____. **Diagnostic approach to and treatment of goiter in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/ diagnostic-approach-to-and-treatment-of-goiter-in-adults>>. Acesso em: 6 out. 2014.
- _____. **Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/ diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>>. Acesso em: 6 out. 2014.



_____. **Diagnostic of hyperthyroidism.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>>. Acesso em: 6 out. 2014.

_____. **Treatment of hypothyroidism.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypothyroidism>>. Acesso em: 6 out. 2014.

WALLACH, J. B., WILLIAMSON, M. A., SNYDER, M. **Interpretação de exames laboratoriais.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.



Anexos

Quadro 1 – Estágios da doença renal crônica

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi,

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo

“Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS

<<http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/aplicativos-telessaunders-ufrgs/aplicativos-telessaunders-ufrgs>>

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

Fonte: DUNCAN (2013)

Quadro 2 – Exames laboratoriais da função tireoidiana (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório)

Exame	Valor de referência
TSH	0,5 a 4,12 mUI/ml
T4 total	6,09 a 12,23 mcg/dl
T4 livre	0,58 a 1,64 ng/dl

Fonte: WALLACH (2013) e ATA (2014).

Quadro 3 – Nódulo de tireoide com indicação de PAAF

Nódulo sólido \geq 1 cm.
Nódulo sólido \geq 0,5 cm em paciente de alto risco de malignidade. ¹
Nódulo sólido-cístico \geq 1,5 cm
Nódulo espongiiforme \geq 2 cm
Nódulo \geq 0,5 cm com características ecográficas ² suspeitas e com linfonodo cervical aumentado.
1 Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em 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.
2 São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipocóico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens infiltrativas, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia.

Fonte: ATA (2014).

Quadro 4 – Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio

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

Fonte : TelessaúdeRS/UFRGS (2015).



Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Autores:

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Erno Harzheim

Juliana Keller Brenner

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rogério Friedman

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão

Ana Célia da Silva Siqueira

Complexo Regulador Estadual – SES/RS

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015
Porto Alegre – RS.