



Saúde



---

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL  
**ENDOCRINOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS**



Saúde



---

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL  
**ENDOCRINOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES** | CONSULTAS CLÍNICAS

ATUALIZADO EM JUNHO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

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

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

#### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

#### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

#### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

#### **Subsecretária Geral**

Fernanda Adães Britto

#### **Coordenador Geral de Contratualização,**

#### **Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

#### **Coordenador Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

#### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Cristina Oliveira do Nascimento

#### **Coordenação Técnica**

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

#### **Colaboração**

Cláudia Ramos Marques da Rocha

Roberta Coelho

Karina de Ferran

#### **Revisão Técnica e Final**

Fernanda Adães Britto

#### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

#### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

#### **Capa**

Aluisio Bispo

#### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

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

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Endocrinologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

24p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ENDOCRINOLOGIA .....</b>	<b>5</b>
<b>PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
Diabetes mellitus .....	6
Doenças da tireoide.....	6
Doenças osteometabólicas.....	7
Obesidade.....	8
Pós-bariátrica.....	10
Dislipidemia.....	10
Síndrome metabólica .....	10
Doenças da hipófise .....	11
Doenças da glândula adrenal ou suprarrenal.....	12
Ginecomastia.....	12
Alterações de hormônios masculinos.....	13
Alterações no desenvolvimento puberal.....	13
Baixa estatura.....	14
<b>SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>COMO SOLICITAR ENDOCRINOLOGIA NO SISREG.....</b>	<b>15</b>
<b>ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA....</b>	<b>16</b>
<b>PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO.....</b>	<b>16</b>
<b>UNIDADES EXECUTANTES.....</b>	<b>17</b>
<b>SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>23</b>

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ENDOCRINOLOGIA

As doenças endócrinas são diversas, com diferentes sinais e sintomas, repercuções e gravidades clínicas, suscitando maior ou menor morbimortalidade nas pessoas. Tais condições possuem diferentes prevalências, incluindo doenças mais raras, como a doença de Cushing, de difícil diagnóstico e manejo, até o Diabetes Mellitus, que acomete cerca de 7% da população brasileira, sendo, portanto, um dos principais focos de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que tais usuários, se não estabilizados, evoluem com desfechos desfavoráveis, como perda da visão, doença renal crônica, eventos cardiovasculares agudos, amputações e óbito.

É importante fazer o diagnóstico precoce das doenças endócrinas também na infância, para que o tratamento oportuno seja iniciado o quanto antes, evitando, assim, graves sequelas no crescimento e no desenvolvimento das crianças, como o hipotireoidismo congênito, passível de diagnóstico pelo teste do pezinho.

Desta forma, os serviços de APS devem estar organizados para reconhecer os sintomas, iniciar a primeira investigação e encaminhar, de forma oportuna, aos serviços especializados, quando necessário. A identificação destes usuários e seu correto manejo permite que o tratamento adequado seja logo instituído, mudando-se, assim, o prognóstico destas pessoas, reduzindo-se o risco de complicações e recuperando a qualidade de vida dos mesmos.

## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações foram separadas segundo o diagnóstico, conforme distribuição a seguir:

- 1.** Diabetes mellitus;
- 2.** Doenças da tireoide;
- 3.** Doenças osteometabólicas;

4. Obesidade;
5. Pós-bariátrica;
6. Dislipidemia;
7. Síndrome metabólica;
8. Doenças da hipófise;
9. Doenças da adrenal/suprarrenal;
10. Ginecomastia;
11. Alterações hormonais masculinas;
12. Alterações no desenvolvimento puberal;
13. Baixa estatura.

## DIABETES MELLITUS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETES; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETES MELLITUS TIPO 1; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA — DIABETES.

### Indicações clínicas:

1. Todas as pessoas com diabetes tipo 1, incluindo crianças, adolescentes e adultos;
2. Adultos com diabetes tipo 2, em uso de mais de duas doses de insulina NPH com uso associado de insulina regular (esquema de múltiplas doses);
3. Adultos com diabetes tipo 2, em uso de insulina, com dose maior que 1UI/kg de peso, apresentando HbA1c elevada (igual ou superior a 8%);
4. Gestantes com diabetes prévio à gravidez ou diabetes gestacional;
5. Crianças e adolescentes com diabetes tipo 2 ou com outros tipos de diabetes, a exemplo do MODY (*Maturity-onset diabetes of the Young*) e diabetes associado à fibrose cística.

## DOENÇAS DA TIREOIDE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — TIREOIDE; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### Indicações clínicas:

1. Hipotireoidismo de origem central — TSH baixo, normal ou até levemente aumentado (até aproximadamente 10mUI/L);

2. Hipotireoidismo em menores de 12 anos — o Hipotireoidismo congênito é urgência médica, devendo iniciar tratamento, idealmente, antes de 15 dias de vida;
3. Hipotireoidismo sem melhora dos sintomas e/ou níveis hormonais, mesmo em uso de reposição hormonal com dose igual a superior 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina para adultos e 4mcg/kg/dia para crianças maiores de 12 anos, desde que garantida boa adesão ao tratamento, descartada associação com medicações que alteram a função hormonal (carbonato de cálcio, sulfato ferroso e inibidores da bomba de próton) e sem mudança recente do laboratório fornecedor da medicação;
4. Pessoas menores de 12 anos com hipotireoidismo subclínico sem melhora laboratorial após seis meses de acompanhamento ou com níveis ascendentes de TSH em exames sucessivos;
5. Todos as pessoas com hipertireoidismo clínico e subclínico;
6. Pessoas com nódulo de tireoide e TSH diminuído (nódulo quente).

### **ATENÇÃO!**

Para saber mais sobre nódulos de tireoide, quando realizar a biópsia e/ou encaminhar para cirurgia, consulte o "Protocolo de Regulação Ambulatorial — Cirurgia em Cabeça e Pescoço". Para entender mais sobre a neoplasia de tireoide, consultar o "Protocolo de Regulação Ambulatorial — Oncologia". Ambos os protocolos estão disponíveis em [smsrio.org/protocolos](http://smsrio.org/protocolos).

## **DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### **Indicações clínicas:**

1. Pessoas com hiperparatireoidismo primário (presença de hipercalcemia, paratormônio aumento ou normal e função renal preservada);
2. Pessoas com hipoparatireoidismo ou pseudohipoparatireoidismo (níveis de cálcio reduzidos, com sintomas como parestesias, câimbras e tetania);
3. Pessoas menores de 12 anos com distúrbios de cálcio, fósforo e magnésio (valer-se dos valores de referência por faixa etária);
4. Pessoas com doença metabólica óssea da prematuridade refratária ao tratamento instituído pelos serviços de *follow-up* para prematuros;

5. Pessoas com hipercalcemias, quando excluídas alterações da função renal e neoplasia maligna associada;
6. Pessoas com nefrolítase de repetição bilateral;
7. Pessoas com osteoporose — se densitometria mineral óssea (DMO) com escore T ≤ 2,5 DP, com ou sem fratura prévia, avaliar optar em encaminhar também para a reumatologia;
8. Doença de Paget, osteomalácia, acondroplasia ou displasia óssea;
9. Pessoas com osteogênese imperfeita (síndrome dos ossos de vidro) — na infância priorizar referenciamento para Serviço de Genética Médica do IFF/Fiocruz, que é o Centro de Referência no Rio de Janeiro;
10. Raquitismo e osteomalácia;
11. Pessoas com picnodosostose — displasia esquelética de origem genética caracterizada por baixa estatura (BE), osteoesclerose, acroosteólise, deformidades craniofaciais e fragilidade óssea.

### **ATENÇÃO!**

**Em pacientes pediátricos com osteogênese imperfeita, priorizar encaminhar via SER para "Genética Médica" (referência para o Serviço de Genética Médica do IFF/Fiocruz).**

## **OBESIDADE**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — OBESIDADE PEDIÁTRICA.

### **Indicações clínicas:**

1. Crianças e adolescentes com suspeita de obesidade endógena (síndromes genéticas que cursam com obesidade, como síndrome de Prader-Willi, síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de Bardet-Biedl, síndrome de Laurence-Moon-Biedl — podem ter início precoce (< 2 anos), com ou sem alterações físicas associadas;
2. Crianças e adolescentes acima de 2 anos com obesidade grave (IMC com escore Z > +3 desvios-padrão ou acima do percentil 99).

**ATENÇÃO!**

A Síndrome Prader-Willi cursa com hipotonia e baixo ganho de peso no primeiro ano de vida, e com obesidade após este período. Deve-se pesquisar tal condição em todos os bebês hipotônicos.

**CIRURGIA BARIÁTRICA**

Indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica devem ser inseridos via Sistema Estadual de Regulação (SER), desde que cumpridos os seguintes critérios:

- IMC  $\geq 40\text{kg/m}^2$ , sem comorbidades, que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física etc.), realizado durante, pelo menos, dois anos e sob orientação de equipe credenciada ou habilitada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade à pessoa que convive com obesidade;
- IMC  $\geq 40\text{kg/m}^2$  com comorbidades que ameaçam a vida;
- IMC entre 35 e  $39,9\text{kg/m}^2$ , com doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Devem possuir laudo do endocrinologista informando que não há obesidade por doenças endócrinas ou que essa esteja em tratamento estabilizado;
- Idade entre 18 anos e 65 anos, com alguma das indicações acima. Se entre 16 e 18 anos, deverão apresentar comprovação de consolidação das epífises dos ossos longos.

Seguem os critérios de exclusão para cirurgia bariátrica:

- Obesidade decorrente de doença endócrina (p. ex.: síndrome de Cushing causada por tumor de hipófise);
- Incapacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento;
- Ausência de suporte familiar constante;
- Transtorno por uso de álcool, dependência química de outras drogas, distúrbio psicótico grave (bulimia, inclusive) ou história recente de tentativa de suicídio.

Ao inserir no SER, anexar o encaminhamento médico descrevendo o quadro clínico e indicando o procedimento e o resultado de exames (Hemograma com plaquetas; Coagulograma; Ureia e Creatinina; Glicemia de jejum; Hemoglobina glicada; Ácido úrico; T3 livre, T4 livre, T3, TSH; Colesterol total, HDL e Triglicerídeos).

## PÓS-BARIÁTRICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PÓS-BARIÁTRICA.

### **Indicações clínicas:**

1. Indivíduos após realizarem cirurgia bariátrica que apresentem alterações em níveis hormonais, deficiências de vitaminas ou anemia sem melhora com reposição e/ou com instabilidade do peso.

## DISLIPIDEMIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DISLIPIDEIA; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### **Indicações clínicas:**

1. Nas situações descritas a seguir quando não houver melhora com o tratamento clínico instituído na APS, desde que otimizado e com garantia de boa adesão, incluindo a terapia não farmacológica:
  - a. Pessoas com hipercolesterolemia familiar sem melhora com o tratamento clínico instituído não medicamentoso e após seis meses do tratamento farmacológico na APS;
  - b. Pessoas com LDL acima 200mg/dL sem melhora com o tratamento clínico instituído na APS após seis meses;
  - c. Pessoas com Triglicerídeos acima de 500mg/dL ou HDL abaixo de 20mg/dL sem melhora com o tratamento clínico instituído na APS após seis meses;
  - d. Pessoas com risco cardiovascular alto ou muito alto incapazes de atingir a meta de LDL (70mg/dL ou 50mg/dL, respectivamente) com o tratamento hipolipemiante instituído na APS após seis meses;
  - e. Todas as crianças com alteração nos níveis lipídicos para a idade, incapazes de atingir as metas lipídicas com o tratamento clínico instituído na APS após seis meses.

## SÍNDROME METABÓLICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — SÍNDROME METABÓLICA; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### **Indicações clínicas:**

1. Usuários com síndrome metabólica associada a uma das seguintes situações:
  - a. Hipertensão não controlada (fora do alvo), em uso de três ou mais medicações anti-hipertensivas, com boa adesão ao tratamento. Meta de pressão arterial (PA): valores menores que 140/90mmHg e não inferiores a 120/70mmHg;
  - b. Controle glicêmico inadequado ( $\text{Hb1ac} > 8\%$ ) em uso de insulina com dose igual ou maior que 1 UI/Kg/dia;
  - c. Obesidade com IMC  $> 35$  em adultos ou obesidade grave (IMC com escore Z  $> +3$ ) em crianças e adolescentes acima de 2 anos;
  - d. Triglicerídeos acima de 500mg/dL ou HDL abaixo de 20mg/dL e sem melhora com o tratamento clínico instituído na APS após seis meses.

## DOENÇAS DA HIPÓFISE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — HIPÓFISE/ADRENAL; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### Indicações clínicas:

1. Pessoas com hiperprolactinemia, após exclusão de causas secundárias e/ou suspeito da medicação que possua tal condição como efeito colateral — neurolépticos; neurolépticos atípicos; antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos; inibidores da monoaminoxidase; inibidores seletivos da recaptação da serotonina; anti-hipertensivos (Verapamil, Metildopa e Reserpina); medicamentos gastrointestinais (Metoclopramida e Domperidona); antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> de histamina; e estrógenos;
2. Doença de Cushing (excesso de produção endógena de cortisol pela hipófise, com ou sem sintomas sugestivos da síndrome);
3. Acromegalia;
4. Deficiência de hormônio do crescimento;
5. Diabetes insipidus — descartar diabetes mellitus como causa de poliúria e polidipsia;
6. Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer — imagem nodular na glândula hipofisária, neuro-hipófise ectópica, hipoplasia ou hiperplasia de adeno-hipófise, ou sela vazia;
7. Suspeita de hipopituitarismo secundário a lesões adquiridas na região hipotálamo-hipofisária — retirada da glândula de forma cirúrgica, após traumatismo crânioencefálico (TCE) ou radioterapia em sistema nervoso central;

8. Síndrome de Sheehan — agalactia e amenorreia pós-parto.

## DOENÇAS DA GLÂNDULA ADRENAL OU SUPRARRENAL

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — HIPÓFISE/ADRENAL; CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### Indicações clínicas:

1. Hiperaldosteronismo — pode cursar com hipertensão arterial resistente aos anti-hipertensivos, podendo estar associado à hipocalêmia;
2. Feocromocitoma — indivíduos com hipertensão em paroxismos, apresentando-se com quadros de cefaleia e palpitações, podendo cursar com *flush* facial e emagrecimento.
3. Hiperandrogenismo — hirsutismo, acne, irregularidade menstrual ou alopecia androgenética;
4. Insuficiência adrenal primária — hiperpigmentação cutâneo-mucosa (escurecimento progressivo e insidioso da pele e das mucosas), associada a queixas inespecíficas de fraqueza, astenia, tontura, inapetência, hipotensão arterial e postural, dor abdominal que pode ser desde um desconforto inespecífico até simular um quadro de abdome agudo. Os níveis de sódio podem ser reduzidos e eosinofilia pode estar presente. Usuários ainda podem apresentar choque refratário em caso de estresse (acidentes, traumas, infecção) e evoluir ao óbito se não adequadamente tratados;
5. Hiperplasia adrenal congênita;
6. Investigação de massas adrenais — se suspeita de malignidade ao exame, encaixar para "Ambulatório 1ª vez — Cirurgia Geral (Oncologia)" via SER.

## GINECOMASTIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA ou CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — ANDROLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Ginecomastia, tendo sido afastadas lipomastia, uso de medicamentos, cirrose hepática, desnutrição e insuficiência renal crônica;
2. Ginecomastia com crescimento rápido ou maior do que 4cm;
3. Ginecomastia associada à suspeita de anormalidade endocrinológica (hipogonadismo, distúrbios da tireoide, suspeita de resistência androgénica, entre outras);

4. Ginecomastia em meninos pré-púberes.

### **CIRURGIA PARA GINECOMASTIA E OUTRAS INFORMAÇÕES**

Para saber mais sobre os critérios para encaminhar ginecomastia para tratamento cirúrgico, consulte o “Protocolo de Regulação Ambulatorial — Cirurgia Plástica”, disponível em [smsrio.org/protocolos](http://smsrio.org/protocolos).

## **ALTERAÇÕES DE HORMÔNIOS MASCULINOS**

- **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — ANDROLOGIA.

### **Indicações clínicas:**

1. Hipogonadismo primário;
2. Indivíduos com déficit de libido, disfunção erétil e/ou ejaculação precoce com alteração no perfil hormonal de hormônios masculinos (Testosterona total e livre);
3. Micropênis e criptorquidia em adultos.

### **ALTERAÇÕES EM HORMÔNIOS FEMININOS**

Mulheres com alterações no perfil hormonal feminino deverão ser encaminhadas para “Consulta em Ginecologia — Endocrinologia”. Para saber mais sobre os critérios para encaminhar para ginecologia, consulte o “Protocolo de Regulação Ambulatorial — Ginecologia e Mastologia”, disponível em [smsrio.org/protocolos](http://smsrio.org/protocolos).

## **ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO PUBERAL**

- **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### **Indicações clínicas:**

1. Crianças com puberdade precoce:
  - a. **Meninas:** Surgimento de broto mamário (telarca) ou pelos pubianos/axilares (pubarca) antes de 8 anos de idade; ou sangramento menstrual (menarca) antes de 9 anos de idade;
  - b. **Meninos:** Aumento do volume testicular ( $\geq 4\text{ml}$  de volume ou  $\geq 2,5\text{cm}$  no maior diâmetro) ou pubarca antes de 9 anos de idade.

**3.** Crianças com atraso puberal:

- a. Meninas:** Ausência de broto mamário (telarca) após os 13 anos de idade ou ausência de menarca após os 15 anos de idade;
- b. Meninos:** Volume testicular inferior a 4ml após os 14 anos de idade.

## BAIXA ESTATURA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA.

### Indicações clínicas:

- 1.** Diagnóstico de baixa estatura para investigação e seguimento (Valer-se da curva de crescimento).
- 2.** Baixa estatura:
  - a.** Estatura abaixo do escore Z -2 desvios-padrão, conforme curva para idade e sexo;
  - b.** Desaceleração do crescimento com velocidade de crescimento abaixo do escore Z -1 desvio-padrão ou abaixo do percentil 25;
  - c.** Crescimento fora do canal familiar, com estatura atual abaixo de 2 desvios-padrão do escore Z da altura-alvo (calcular altura alvo familiar). Altura-alvo: se menino: (Altura pai em cm + Altura mãe em cm + 13cm) / por 2; e se menina: (Altura pai em cm - Altura mãe em cm + 13cm) / por 2.

### INVESTIGAÇÃO INICIAL NA APS

Solicitar hemograma completo; creatinina; TGO; TGP; GGT; albumina; VHS; ferritina; fosfatase alcalina; TSH; glicemias; 25-OH-vitamina D; cálcio total; fósforo; sódio; potássio; EAS; IGF-1; avaliação de doença celíaca (IgA, transglutaminase IgA) e raio-X para idade óssea (mãos e punhos).

## SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Pessoas com diabetes tipo 2 com TFG > 30ml/kg/1,73m<sup>2</sup> e sem uso de insulina;

- Pessoas com Obesidade Grau I (IMC 30 a 35kg/m<sup>2</sup>) — nestes casos, articular cuidado com eMulti via nutrição e profissional de educação física da Academia Carioca;
- Pessoas com dislipidemia sem tratamento prévio;
- Pessoas com mais de 14 anos, com hipotireoidismo sem tratamento prévio;
- Ginecomastia após 18 anos — encaminhar para “Consulta em Cirurgia Plástica — Reparadora” no SISREG;
- Adolescentes já em estatura final, com hipotireoidismo sem tratamento prévio.

## COMO SOLICITAR ENDOCRINOLOGIA NO SISREG

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

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Comorbidades existentes;
- Exame físico, incluindo peso, altura e IMC;
- Resultados de exames;
- Se história familiar positiva;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões, incluindo cirurgias;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, açãone o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

## ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Cetoacidose diabética;
- Hipoglicemia refratária grave;
- Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica;
- Pessoas com tumores sela túrcica com compressão do quiasma óptico;
- Crise tireotóxica ou crise tireotóxica iminente;
- Crise adrenal.

## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

**VERMELHO** ➔ Hipotireoidismo congênito; doença de Cushing; diabetes insipidus; lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer; síndrome de Sheehan; feocromocitoma; hiperplasia adrenal congênita; pessoas com nódulo de tireoide e TSH diminuído; hiperparatireoidismo primário; hipoparatireoidismo ou pseudotireoidismo sintomático; hiperaldosteronismo; hipertireoidismo clínico e subclínico; hipercalcemias; diabetes mellitus tipo 1 não insulinizada em crianças; pessoas menores de 12 anos com distúrbios de cálcio, fósforo e magnésio.

**AMARELO** ➔ Hipotireoidismo em menores de 12 anos; puberdade precoce; raquitismo e osteomalácia; acromegalia; suspeita de hipopituitarismo secundário a lesões adquiridas na região hipotálamo-hipofisária; doença de Paget; deficiência do hormônio do crescimento; hipotireoidismo de origem central.

**VERDE** ➔ Osteoporose; crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade que apresentem comorbidades; crianças com suspeita de obesidade endógena; indivíduos após realizarem cirurgia bariátrica que apresentem alterações em níveis hormonais, deficiências de vitaminas ou anemia, sem melhora com reposição e/ou com instabilidade do peso; hiperprolactinemia, após exclusão de causas secundárias; investigação de massas adrenais sem indícios neoplásicos; acondroplasia; displasia óssea; obesidade secundária; crianças e adolescentes acima de 2 anos com obesidade grave; osteogênese imperfeita; hiperandrogenismo; hipogonadismo primário; baixa estatura; pessoas com hipercolesterolemia familiar sem melhora com o tratamento clínico; indivíduos com déficit de libido, disfunção erétil e/ou ejaculação precoce com alteração no perfil hormonal de hormônios masculinos; atraso puberal.

**AZUL** ➔ Hipotireoidismo em tratamento, sem melhora dos sintomas e/ou níveis hormonais; nefrolitíase de repetição bilateral; pessoas com LDL acima de 200mg/dL, sem melhora com o tratamento clínico; pessoas com triglicerídeos acima de 500mg/dL ou HDL abaixo de 20mg/dL, sem melhora com o tratamento clínico; pessoas com risco cardiovascular alto ou muito alto incapazes de atingir a meta de LDL (70mg/dL ou 50mg/dL — respectivamente) com o tratamento hipolipemiante instituído na APS após seis meses; picnодисостозе; todas as crianças com alteração nos níveis lipídicos para a idade; síndrome metabólica; ginecomastia; micropênis e criotorquidínia em adultos.

## UNIDADES EXECUTANTES

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

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — ANDROLOGIA**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETES**

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Policlínica de Botafogo
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Centro Carioca de Especialidades
- CMS Masao Goto
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DIABETES MELLITUS TIPO 1**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Hélio Pellegrino

- Policlínica Newton Bethlem

### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DISLIPIDEMIA**

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal da Lagoa
- Policlínica de Botafogo
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Newton Bethlem

### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS**

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal da Lagoa
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Newton Bethlem
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — GESTANTE (EXCETO DIABETES)**

- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco

### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — HIPÓFISE/ADRENAL**

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

#### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — OBESIDADE**

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

#### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — OBESIDADE PEDIÁTRICA**

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)

#### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

#### **CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PEDIATRIA — DIABETES**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — SÍNDROME METABÓLICA**

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Newton Bethlem

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — TIREOIDE**

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Policlínica de Botafogo
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- CMS Masao Goto
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

**CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA — PÓS-BARIÁTRICA**

- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica Newton Bethlem

## CONSULTA EM GINECOLOGIA — ENDOCRINOLOGIA

- Ambulatório laserj Maracanã
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
- CMS Oswaldo Cruz
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

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

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



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

## REFERÊNCIAS

- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, p. 3–28, abr. 2005.
- BANCOS, I.; PRETE, A. Approach to the Patient With Adrenal Incidentaloma. **J Clin Endocrinol Metab.**, v. 106, n. 11, p. 3331–3353, 2021.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica — diabetes mellitus** (n. 36). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
- BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p.
- BRENTA, G. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 57, p. 265–291, 1 jun. 2013.
- Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO — Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.** — 4.ed. — São Paulo, SP
- HAUACHE, O. M. Diagnóstico Laboratorial do Hiperparatiroidismo Primário. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 46, n. 1, p. 79–84, fev. 2002.
- HUSEBYE, E. S. et al. Adrenal insufficiency. **The Lancet**, v. 397, n. 10274, p. 613–629, fev. 2021.

MAIA, A. L. et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 57, n. 3, p. 205–232, abr. 2013.

MATOS, L. L. P.; SOUZA, A. L. R. DE. Ginecomastia: revisão de literatura e aspectos clínicos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e4310413684, 30 mar. 2021.

REINCKE, M.; FLESERIU, M. Cushing Syndrome: A Review. **JAMA**, v. 330, n. 2, p. 170–181, 11 jul. 2023.

SPOSITO, A. C. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, p. 2–19, 1 abr. 2007.

