

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
Gerência de Rede Ambulatorial Especializada – GERAÉ
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde - DMAC

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DA ENDOCRINOLOGIA DA PBH

ÍNDICE

1. Introdução
2. Estratificação de prioridades
3. Qualificação da Solicitação
4. Principais motivos de encaminhamento para especialidade “Endocrinologia adulto”
 - 4.1. Diabetes Mellitus
 - 4.2. Hipertireoidismo
 - 4.3. Hipotireoidismo
 - 4.4. Nódulos da Tireóide / Bócio Multinodular
 - 4.5. Obesidade
5. Outras condições passíveis de encaminhamento para a especialidade “Endocrinologia Adulto”
 - 5.1. Doenças Adrenais e Hipofisárias
 - 5.2. Dislipidemias
 - 5.3. Distúrbios endócrinos sexuais e do crescimento
 - 5.4. Alterações no Metabolismo Ósseo
6. Outras situações relacionadas a endocrinologia que possuem itens específicos de encaminhamento
 - 6.1. Gestação de Alto Risco (PNAR)
 - 6.2. Ambulatório de Obesidade Grave / Cirurgia
 - 6.3. Ambulatório de Transexualização



1 - Introdução

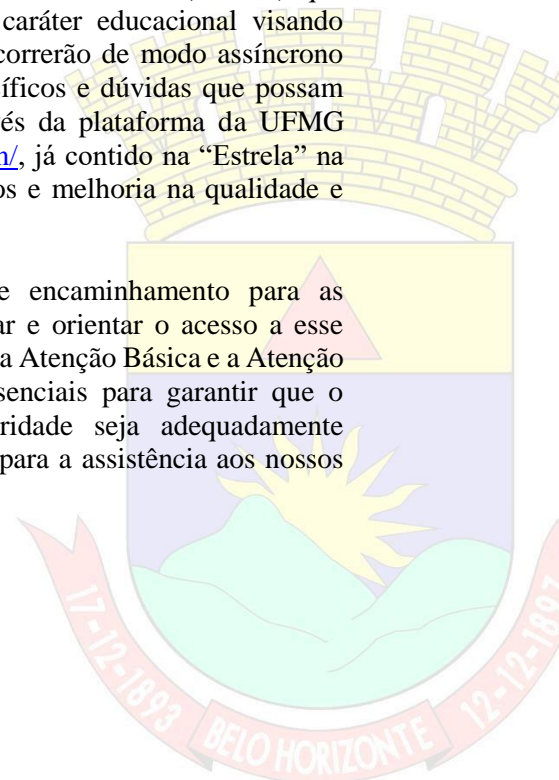
A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é o ponto da rede que desempenha um papel estratégico na coordenação e gestão do cuidado, além de dar a assistência ao usuário de forma integral, assegurando a equidade e a longitudinalidade. A resolutividade, desse nível de atenção, depende diretamente da capacidade técnica de suas equipes/profissionais, e sua integração com outros níveis de atenção da rede de saúde.

A Atenção Especializada do município de Belo Horizonte, por sua vez, tem seu acesso organizado pela Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM), sendo a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. 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.

Considerando o que foi exposto, a construção e a atualização periódica de protocolos clínicos são essenciais e visam fortalecer esse processo, partir das ferramentas da regulação do acesso e qualificando a demanda por serviços especializados. Esses protocolos são ferramentas importantes para garantir uma triagem clínica eficiente, evitando encaminhamentos desnecessários e priorizando o atendimento dos casos que necessitam de cuidados mais urgentes. Dessa forma, a regulação do acesso aos serviços de saúde atinge o seu objetivo, ao viabilizar consultas e procedimentos em tempo oportuno, promovendo equidade no atendimento.

Na especialidade de Endocrinologia, está disponível o matriciamento através da Teleconsultoria em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que permite ao médico assistente da APS apoio assistencial de caráter educacional visando ampliação de sua capacidade resolutiva. As teleconsultorias ocorrerão de modo assíncrono permitindo discutir com um especialista acerca de casos específicos e dúvidas que possam estar além dos conteúdos contemplados neste protocolo através da plataforma da UFMG disponibilizada no link: <http://telessaude.medicina.ufmg.br/login/>, já contido na “Estrela” na área de trabalho. Logo, garantindo uma integração dos serviços e melhoria na qualidade e efetividade do atendimento prestado à população.

A estruturação e a revisão constante de protocolos de encaminhamento para as especialidades no município é muito importante para organizar e orientar o acesso a esse serviço especializado, baseando-se na articulação eficiente entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. As informações contidas no protocolo são essenciais para garantir que o encaminhamento seja bem fundamentado e que sua prioridade seja adequadamente estabelecida, aproveitando ao máximo os recursos disponíveis para a assistência aos nossos usuários.



2 - Estratificação de prioridades

No processo de qualificação do acesso, a partir das ferramentas regulatórias, a classificação de prioridade dos encaminhamentos é fundamental para garantir que os pacientes recebam atendimento em tempo oportuno conforme a necessidade de priorização de atendimento, 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 Belo Horizonte definiu quatro níveis de prioridade, representados por cores, cada uma correspondendo a um grau de priorização do atendimento, conforme veremos à seguir:

Prioridade*



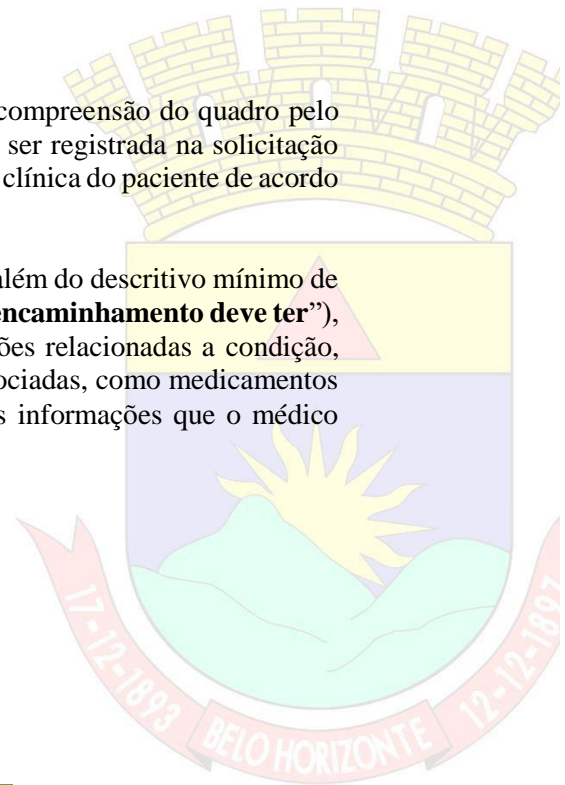
- . VERMELHO - MUITO ALTA/REGULAÇÃO
- . LARANJA - ALTA
- . AMARELO - MÉDIA
- . VERDE - HABITUAL

Observação: todas as solicitações para adultos com diagnóstico de Doença Falciforme deverão ser inseridas sob-regulação no SIGRAH, justificando Doença Falciforme.

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 informações adicionais, além do descritivo mínimo de cada condição (vide item: “**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**”), como tempo de início, agudizações (piora do quadro), internações relacionadas a condição, perda/ganho de peso inexplicável. E também, comorbidades associadas, como medicamentos em uso, tratamentos e exames prévios realizados, dentre outras informações que o médico assistente considerar pertinente.



4 - Principais motivos de encaminhamento para especialidade “Endocrinologia Adulto”

4.1 - Diabetes Mellitus

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Hiperglicemia Sintomática
 - Glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL com sinais ou sintomas: Cetonúria positiva; poliúria; polidipsia; perda ponderal; taquipneia; náuseas/vômitos; dor abdominal; desidratação; alteração do nível de consciência. Devem ser pensados em:
 - Cetoacidose Diabética: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no diabetes tipo 1 (DM1), embora também possa ocorrer em pacientes com DM tipo 2 (DM2). É definida pela presença de hiperglicemia, acidose metabólica e cetose.
 - Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico: O Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) caracteriza-se por hiperglicemia severa, hiperosmolaridade e desidratação na ausência de cetoacidose, ocorre tipicamente em pacientes DM2 e é menos frequente que a CAD, entretanto está associada à maior morbimortalidade.
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela endocrinologia:**
 1. Pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 e LADA.
 2. Pacientes sem controle glicêmico adequado para DM 2, utilizando insulina em dose igual ou maior que 1 unidade/kg/dia, ainda que boa adesão terapêutica. Documento de auxílio para manejo do paciente e adesão terapêutica: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-colaborativo-diabetes-mellitus-29-11-2021.pdf>
 3. Pacientes com DM2 e doença renal crônica com taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5). Paciente com insuficiência renal crônica com albuminúria e TFG < 45 mL/min/1,73 m² (estágio 3B).
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Sinais e sintomas
 - Resultado do exame de hemoglobina glicada (HbA1c), com data. (Preferencialmente mostrando o controle por acompanhamento de glicada das últimas consultas)
 - Resultado de exame de creatinina sérica, com data
 - Uso de insulina (sim ou não), com dose e posologia
 - Outras medicações em uso, com dose e posologia

- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 com controle inadequado, especialmente em pacientes com dificuldade de controlar os níveis de glicose, mesmo com insulino terapia adequada utilizando mais de 1 UI/kg/d de insulina. Apresentando quadros de agudização recorrente com encaminhamento para serviços de urgência.
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 com controle inadequado, especialmente em pacientes com dificuldade de controlar os níveis de glicose, mesmo com insulino terapia adequada utilizando mais de 1 UI/kg/d de insulina ou Paciente com idade inferior a 40 anos que utiliza insulina como medicação principal.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Pacientes em tratamento com grande variabilidade glicêmica (hiperglicemia/hipoglicemia frequente), mesmo com tratamento adequado com presença de lesão de órgãos alvo crônicas advindas da evolução natural da doença (retinopatia, nefropatia, neuropatia, risco aumentado para doença arterial coronariana).
 - **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.
- **Observações:**
 - **Diabetes e a gestação:** Pacientes gestantes com diabetes pré-gestacional ou gestacional requerem atenção especial. O manejo deve ser realizado com acompanhamento em conjunto ao pré natal de alto risco (PNAR). Avaliar critérios em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/5d52c43e5658f7b6c3304c4a49abbae900ebace4.pdf>
 - Critérios para inclusão do usuário na Linha de Cuidado HAS/DM para PBH (Inclusão na linha de cuidado deverá ser apenas realizada por médico especialista): <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/fc6283f144a342fe2a78906bf24de161d951d820.pdf>
 - Pacientes diabéticos deverão ser encaminhados para avaliação de retinopatia diabética em Oftalmologia Diabetes de acordo com os critérios disponíveis em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/7cd0ffd696ec77583d2e4f2d3430125457fbd75.pdf>

4.1 – Hipertireoidismo

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Pacientes hipertireoideos com sintomas de taquicardia, febre alta, vômitos, alterações neurológicas, sinais de insuficiência cardíaca ou choque deve ser suspeitado Crise tireotóxica (“Tempestade Tireoidiana”) devido às altas taxas de mortalidade (10-30%).
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Todos os pacientes com hipertireoidismo clínico ou subclínico
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Sinais e sintomas clínicos (ex: palpitações, perda de peso, tremores).
 - Exames laboratoriais (TSH, T4 livre, anticorpo TRAB, anti-tireoglobulina e anti-TPO).
 - Descrever uso de medicação propiltiouracil ou metimazol (dose, posologia e tempo de uso), caso em uso.
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Todos pacientes hipertireoideos são considerados casos prioritários na regulação, os profissionais de saúde podem entrar em contato via teleconsultoria para discussão de caso enquanto aguardam o agendamento.
- **Observações:**
 - **Hipertireoidismo e a gestação:** Pacientes gestantes com hipertireoidismo requerem atenção especial. O manejo deve ser ajustado conforme a fase da gravidez, com ajustes na terapia antitireoidiana e acompanhamento junto à pré-natal de alto risco (PNAR). Analisar critérios em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/5d52c43e5658f7b6c3304c4a49abbae900ebace4.pdf>
 - Os pacientes devem iniciar o uso de drogas antitireoidianas (tiamazol/metimazol ou propiltiouracil) preferencialmente após esclarecimento da causa do hipertireoidismo (diagnóstico confirmado de doença de Graves ou bócio uni ou multinodular tóxico);
 - Pacientes já submetidos a tratamento definitivo do hipertireoidismo (tireoidectomia total ou RAI) que já estejam em hipotireoidismo em tratamento, sem preencher critérios para acompanhamento na endocrinologia, e sem sinais ou sintomas de orbitopatia de Graves em atividade ou hipoparatiroidismo (formigamento nas mãos ou em torno da boca e câibras musculares), podem ser acompanhados exclusivamente no centro de saúde.

4.2 – Hipotireoidismo

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Pacientes com hipotireoidismo clínico, 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 (vide “Orientações sobre uso da Levotiroxina” abaixo).
 2. Pacientes com suspeita clínica de hipotireoidismo subclínico (TSH elevado com T4 livre normal) com TSH persistentemente acima de 10mUI/L ou com sintomas importantes.
 3. Todo paciente com confirmação de hipotireoidismo secundário.
 4. Suspeita de hipotireoidismo secundário (Central - TSH baixo ou normal associado T4L baixo) após afastamento de fatores mais comuns (medicamentos).
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - 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 clínicos (ex: fadiga, ganho de peso, intolerância ao frio)
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Hipotireoidismo sintomático com sintomas como fadiga persistente, ganho de peso inexplicável usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina com controle inadequado. paciente
 - **Média Prioridade (AMARELO):** Hipotireoidismo subclínico com TSH persistentemente elevado e com presença de sintomas importantes. Paciente com suspeita de hipotireoidismo secundário.
 - **Prioridade Habitual (VERDE):** Hipotireoidismo subclínico com TSH persistentemente elevado e sem sintomas graves.
- **Observações:**
 - **Orientações sobre uso da Levotiroxina:** Ser tomado em Jejum. Respeitar intervalo de 4 horas com uso associado de omeprazol, pantoprazol, hidróxido de alumínio, sulfato ferroso, carbonato de cálcio, orlistat, fenobarbital, fenitoína, sertralina. Interferência com compostos contendo biotina. Evitar medicamentos manipulados.
 - **Hipotireoidismo e a gestação:** Pacientes gestantes com hipotireoidismo requerem atenção especial. O manejo deve ser ajustado conforme a fase da gravidez, com ajustes na terapia farmacológica e acompanhamento junto à pré natal de alto risco (PNAR). Analisar critérios em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/5d52c43e5658f7b6c3304c4a49abbae900ebace4.pdf>
 - Pacientes portadores de **Tireoidite de Hashimoto** em eutireoidismo ou hipotireoidismo subclínico podem ser acompanhados exclusivamente na atenção primária.
 - Pacientes portadores de hipotireoidismo secundário à tireoidectomia para tratamento

de doenças benignas da tireóide 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.

4.4 - Nódulos de Tireoide / Bócio Multinodular

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Todos os pacientes com nódulo em tireoide detectado ao exame físico ou exames de imagem.
 2. A ultrassonografia de tireoide não deve ser solicitada de rotina, nem como screening, somente em caso de alterações ao exame físico ou se detecção incidental de nódulos tireoidianos por meio de outros exames de imagem. Indicações para agendamento de ultrassonografia da tireóide sem doppler: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/90ab63b35f90e08ecc4a92e524a5b89205d50c5b.pdf>
 3. O tratamento de nódulos localizados na tireóide com classificação Ultrassonográfica TI-RADS (ACR) 4-5 deverão ser encaminhados para acompanhamento especialidade de **Cirurgia de Cabeça e Pescoco**. Critérios podem ser avaliados em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/24326b84487b43bdd4c1b39611c275cce0797ec1.pdf>
 4. Casos com neoplasia maligna de tireoide confirmada por anatomopatológico ou citologia com classificação Bethesda acima de III, devem ser encaminhados diretamente para a Oncologia (SIGRAH: **CONSULTA EM ONCOLOGIA / CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO**) conforme Documento “DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS” da SMSA: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-agendamento-especialidades-oncologicas.pdf>
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - 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:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Suspeita ou diagnóstico de câncer de tireoide, especialmente em nódulos com características clínicas malignas de alta suspeição, como crescimento rápido e fixação ao tecido adjacente, sintomas compressivos (disfagia, dificuldade respiratória vide “Características de Alta Suspeição” abaixo)
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Nódulos tireoidianos assintomáticos ou com características levemente suspeitas (TI-RADS 3) que requerem avaliação adicional ou acompanhamento.

- **Média Prioridade (AMARELA):** Pacientes que tiveram câncer da tireóide e que não estão em acompanhamento com serviço especializado. Nódulos tireoidianos assintomáticos benignos ou sem suspeita (TI-RADS 1 e 2) que requerem avaliação adicional ou acompanhamento.
- **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.
- **Observações:**
 - **Encaminhamento deverá ser realizado para Cirurgia de Cabeça e Pescoço se:** Suspeita ou diagnóstico de câncer de tireoide, especialmente em nódulos com características clínicas malignas de alta suspeição, como crescimento rápido e fixação ao tecido adjacente, sintomas compressivos (disfagia, dificuldade respiratória e etc) ou avaliados ultrassonograficamente com classificação **TI-RADS 4 e 5.**
 - **Características de Alta Suspeição:** rouquidão, disfagia alta, ortopneia, bócio com crescimento rápido, linfonodos cervicais palpáveis/endurecidos/aderidos. Em exames complementares pode haver sinais de compressão na radiografia cervical/torácica ou imagens nodulares hipocogênicas com microcalcificações, vascularização central aumentada e margens irregulares;
 - Caso o paciente seja recebido com a presença de exames já realizados, na rede ou fora da rede, cabe ao médico assistente orientar o paciente dentro do fluxo estabelecido de acordo com os resultados presentes no exame. Atenção para:
 - Presença de PAAF com neoplasia confirmada (BETHESDA acima de III) deverá ser encaminhado para Oncologia / Cirurgia Cabeça e Pescoço).
 - Ultrassonografia com características de malignidade (TI-RADS 4-5) deverá ser encaminhado para Cirurgia de Cabeça e Pescoço.
 - Pacientes que tiveram câncer de tireoide e não estão em acompanhamento em serviço especializado devem ser encaminhados à especialidade Endocrinologia Adulto. Os demais casos, já acompanhados em serviço especializado, podem manter o acompanhamento endocrinológico exclusivamente em tal serviço.
- **Classificação BETHESDA:**

CATEGORIA	SIGNIFICADO
I	Amostra insatisfatória
II	Benigno
III	Lesão de significado indeterminado
IV	Neoplasia Folicular
V	Suspeita de Malignidade
VI	Maligno



- **Classificação TI-RADS:**

Classificação	Significado
TI-RADS 1	Benigno
TI-RADS 2	Não suspeito
TI-RADS 3	Levemente suspeito
TI-RADS 4	Moderadamente suspeito
TI-RADS 5	Altamente suspeito

4.5 – Obesidade

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia:**
 1. Paciente com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros). Devem ser excluídas possíveis causas relacionadas ao uso de medicamentos e ajuste de dosagem como glicocorticóides, antipsicóticos e estabilizadores do humor.
 2. Pacientes com IMC superior a 30 kg/m² que tenham apresentado falhas de tentativa de acompanhamento longitudinal e multiprofissional pela equipe do centro de saúde, com incentivo e orientações sobre mudanças no estilo de vida.
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Sinais e sintomas;
 - Peso, altura e IMC;
 - Comorbidades associadas (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Obesidade secundária suspeita sem esclarecimento clínico ou esclarecida refratária a manejos terapêuticos.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Obesidade Grau I e Grau II com comorbidades descontroladas e/ou falha em tentativas de perda de peso já acompanhadas com equipe multiprofissional, necessitando de abordagem especializada.
 - **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.

5. Outras condições passíveis de encaminhamento para a especialidade “Endocrinologia Adulto”

5.1 - Doenças Adrenais e Hipofisárias

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Sintomas como hipotensão severa, hipoglicemia, náuseas/vômitos causada pela insuficiência na produção de cortisol pelo sistema em pacientes com doença de Addison deve ser levantada a suspeita de Insuficiência Adrenal Aguda (Crise de Addison).
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Pacientes com exames de imagem que detectaram nódulo(s) adrenal(is);
 2. Pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico já estabelecido de insuficiência adrenal, síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário ou hiperplasia adrenal congênita.
 3. Pacientes com suspeita ou diagnóstico estabelecido de doenças hipofisárias como prolactinomas, doença de Cushing, acromegalia e tumores hipofisários não secretores.
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Exames hormonais (ACTH, cortisol, hormônio de crescimento) e exames já realizados associados a suspeita
 - Exames de imagem que justifiquem o motivo de suspeição clínica (caso incidentaloma)
 - Histórico de sintomas (ex: cefaléia, alterações visuais, fraqueza muscular)
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** 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.
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Suspeita de adenomas hipofisários secretores de hormônios (prolactinoma, acromegalia) com sintomas como galactorreia, alterações visuais, ou características físicas específicas. Suspeita de disfunção das adrenais.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Hipogonadismo masculino ou feminino com sintomas moderados de deficiência hormonal.
 - **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.
- **Observação**
 - **Disfunção das adrenais:** A suspeita ocorrerá 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 é geralmente menor de 1,0 cm de diâmetro, tem prevalência: 4% a 6% e são na

sua maioria lesões benigna sendo a patologia mais comum: adenoma.

- Adenomas funcionantes e feocromocitomas exigem uma 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 suspeitos de malignidade

5.2 – Dislipidemias

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Hipertrigliceridemia persistente com triglicérides acima de 500 mg/dL, apesar de tratamento com fibrato em dose máxima e mudança de estilo de vida
 2. 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 que o encaminhamento deve ter:**
 - Exames laboratoriais (colesterol total, HDL, LDL, triglicérides), evidenciando o acompanhamento e refratariedade do tratamento
 - Uso de medicações hipolipemiantes, dose e duração do tratamento
 - Fatores de risco cardiovascular associados (ex: hipertensão, diabetes, tabagismo)
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Hipertrigliceridemia persistente com triglicérides > 500 mg/dL em uso de terapêutica medicamentosa máxima tolerável, sem resposta satisfatória após 6 meses.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Pacientes com suspeita Hipercolesterolemia Familiar (LDL>190 associado a histórico familiar positivo doenças cerebrovasculares) em uso terapêutica não-medicamentosa e medicamentosa máxima tolerável, sem resposta satisfatória após 6 meses
 - **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsulta para definição de conduta.

5.3 - Distúrbios endócrinos sexuais e do crescimento

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrófico (secundário a distúrbios hipofisários/ hipotalâmicos) ou hipergonadotrófico (secundário a distúrbios ovarianos/ testiculares).
 2. 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.)
 3. Telarca e pubarca precoces evidenciada pela presença de caracteres secundários (pelos, mama e etc)
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Exames hormonais (testosterona, FSH, LH, prolactina, estrogênio)
 - Histórico menstrual, em caso de mulheres se presente.
 - Sinais clínicos de hiperandrogenismo (ex: hirsutismo, acne, alopecia)
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Quaisquer alterações das condições acima apresentando sinais graves relacionados ao distúrbio. Alterações no crescimento evidenciando desvio de curvas de crescimento.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Amenorreia ou hiperandrogenismo moderado, Telarca e pubarca precoces. Ginecomastia sem causas esclarecidas.
 - **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.

5.4 - Alteração no Metabolismo Ósseo

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de acompanhamento pela Endocrinologia**
 1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças da glândula paratireoide e osteoporose.
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Exames laboratoriais (como cinética cálcio, fósforo, PTH, vitamina D)
 - Exames de imagem relevantes (densitometria óssea se possuir exames prévios, não obrigatório)
 - Histórico de fraturas ou perda óssea
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Pacientes que já tenham apresentado já fraturas de fragilidade com dor ou limitação funcional

- **Média Prioridade (AMARELO):** Osteoporose grave ou hipocalcemia não corrigida.
- **Baixa Prioridade (VERDE):** Casos que não se encaixem nos critérios acima também poderão ser discutidos em Teleconsultoria para definição de conduta.

6 – Outras situações relacionadas a endocrinologia que possuem itens específicos de encaminhamento

6.1 - Gestação de Alto Risco

Os serviços de **Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)** são responsáveis pelo acompanhamento das gestantes portadoras de endocrinopatias. Após a alta do PNAR, a usuária deverá ser reencaminhada ao Centro de Saúde referência, que deverá realizar os encaminhamentos necessários.

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco (PNAR):**
 - Critérios podem ser avaliados em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/5d52c43e5658f7b6c3304c4a49abbae900ebace4.pdf>
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Descrição da condição que justifica o encaminhamento ao PNAR
 - Descrição do acompanhamento prévio da endocrinopatia
 - Exames já realizados referente ao pré-natal e ao acompanhamento da endocrinopatia
 - Medicamentos em uso
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Todos os casos que estejam incluídos dentro das condições clínicas citadas acima.

6.2 - Ambulatório de Obesidade Grave / Cirurgia

Critérios de encaminhamento para a especialidade no SIGRAH “**Consulta em Ambulatório de Obesidade Grave / Cirurgia**” de pacientes sem cirurgia bariátrica prévia.

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:**
 - Não se aplica
- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ambulatório de Obesidade Grave / Cirurgia:**

1. Indivíduos que apresentem $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$, mesmo que não tenham cumprido o período de acompanhamento obrigatório de dois anos;
 2. Indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, *na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada*, **por no mínimo dois anos** e que tenham seguido protocolos clínicos e Planejamento Terapêutico.
 3. Indivíduos com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, *sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado* **por no mínimo dois anos** e que tenham seguido protocolos clínicos e Planejamento Terapêutico.
 4. Acompanhamento prévio com equipe multidisciplinar do NASF e Planejamento Terapêutico.
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Anexar formulário para acompanhamento de obesidade evidenciando os dois anos de protocolo (Descrever detalhadamente o tempo de acompanhamento na APS com ESF - NASF - Equipe de Saúde Mental - Academia da cidade.)
 - Sinais e sintomas;
 - Peso, altura e IMC;
 - Comorbidades associadas (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
 - **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Obesidade severa com $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ associada a comorbidades graves, como diabetes tipo 2 não controlado, hipertensão arterial resistente, dislipidemia severa, apneia do sono grave, entre outras.
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Obesidade severa com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ associada a comorbidades graves, como diabetes tipo 2 não controlado, hipertensão arterial resistente, dislipidemia severa, apneia do sono grave, entre outras que tenham seguido protocolos clínicos e Planejamento Terapêutico.
 - **Média Prioridade (AMARELA):** Obesidade moderada a severa ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) com comorbidades controladas ou falha em tentativas de perda de peso, necessitando de abordagem especializada que tenham seguido protocolos clínicos e Planejamento Terapêutico.
 - **Contraindicações ao tratamento cirúrgico:**
 - Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
 - Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas. Quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
 - Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício;
 - Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas, doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
 - Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia da supra renal não tratada e

tumores endócrinos.

- **CrITÉrios** **de** **exclusÃO:**
 - Paciente não ter realizado tratamento clínico longitudinal na APS e/ou URS, documentada por, no mínimo, dois anos, se IMC menor que 50 Kg/m²;
 - Contra-indicações previstas no item anterior.

6.2 - Ambulatório de Transexualização

Paciente transgêneros já em hormonioterapia ou com intenção de hormonização devem ser encaminhados para ambulatório do Eduardo de Menezes, que conta com equipe multidisciplinar, incluindo médico endocrinologista O encaminhamento deve ser inserido no SIGRAH, no item de agendamento “**Consulta em Ambulatório de Transexualização Adulto**”

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ambulatório de Transexualização do Adulto:**
 - Usuário maior de 18 anos que se identifica como transgênero ou apresenta variabilidade de gênero. Compreende-se por transgênero a pessoa que convive com a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se nesse grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.
 - E manifestar o desejo de ser acompanhado por equipe clínica e multiprofissional para hormonioterapia e/ou ações previstas para Processo Transexualizador, definidas pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.
- **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - Cumprimento das demandas descritas no documento com os critérios de agendamento de consultas no Ambulatório Especializado no processo Transexualizador do adulto: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/5e128bf76b42b91fd404d4540173d7cf0b11125.pdf>
- **Estratificação de Encaminhamentos:**
 - **Muito Alta Prioridade / Regulação (VERMELHA):** Usuários em transição de cuidado de serviço pediátrico/adolescente para atendimento adulto. Usuários com acentuado sofrimento mental relacionado ou atribuído à questão identitária de gênero (comprovado por relatório psiquiátrico)
 - **Alta Prioridade (LARANJA):** Usuários que ainda não são atendidos em serviço especializado.

