



**Prefeitura Municipal de Brusque
Secretaria Municipal de Saúde
Direção de especialidades
Serviço de atendimento especializado**

PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA ADULTO

**Brusque- SC
Julho/2025**





PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA ADULTO

Define-se protocolo como um conjunto de regras ou deliberações que determina a maneira como um processo deverá ser executado. No caso dos protocolos de acesso, a finalidade é ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir fluxos de referência entre os estabelecimentos. Os protocolos de encaminhamento são ferramentas ao mesmo tempo de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Algumas condições de saúde mais comuns e as que necessitam de 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.

A teleconsultoria com endocrinologia através do Sistema Catarinense de Telemedicina é compulsória para o encaminhamento conforme Instrução Normativa nº 01/2025. Mas, também pode ser utilizada com a finalidade de apoio matricial, em que o Endocrinologista poderá ajudar no manejo do caso, sem necessidade do encaminhamento à atenção especializada.

INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS

São informações clínicas que devem ser obrigatoriamente descritas durante a solicitação de consulta. Caso não seja cumprido, o médico especialista poderá solicitar mais informações, atrasando o processo de encaminhamento.

1. HISTÓRIA CLÍNICA

- a. Queixa principal;
- b. Descrição dos sintomas;
- c. Tempo de evolução.

2. EXAME FÍSICO

Descrever o exame (peso, altura, pressão arterial, características da palpação do nódulo tireoidiano).

3. EXAMES COMPLEMENTARES

Descrever resultados e data de execução de exames, caso tenha sido solicitado e pertinente ao caso relatado.

4. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Descrever a principal hipótese diagnóstica.

5. TERAPÊUTICA UTILIZADA

Descrever tratamentos medicamentosos utilizados, posologia e tempo de tratamento. Descrever tratamentos cirúrgicos realizados, se for o caso.





ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A EMERGÊNCIA HOSPITALAR

- Crise tireotóxica;
- Coma mixedematoso;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperosmolar não-cetótico;
- Hipoglicemia refratária;
- Crise hipocalcêmica;
- Insuficiência adrenal aguda.

CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO

VERMELHO

- Diabetes na gestação;
- Hipertireoidismo em gestantes;
- Hipotireoidismo em gestantes;
- Carcinoma anaplásico (pós tireoidectomia);
- Suspeita de obesidade secundária;
- Tumor hipofisário invasivo, compressão do quiasma;
- Suspeita de carcinoma adrenal (lesão $\geq 4\text{cm}$ e/ou com efeito de massa).

AMARELO

- DM1; DM2 em uso de insulina $\geq 1 \text{ UI/kg/dia}$; DM2 + DRC
- Nódulos de tireoide com sintomas compressivos ou Bethesda $\geq \text{IV}$;
- Hipertireoidismo clínico, Hipotireoidismo central;
- Câncer de tireoide pós-tireoidectomia;
- Hipertrigliceridemia acima de 500mg/dL ;
- Hiper/hipoparatireoidismo primário;
- Osteoporose com histórico de fratura por fragilidade óssea, osteogênese imperfeita, osteoporose grave;
- Hipogonadismo masculino com distúrbio no desenvolvimento puberal, amenorreia primária;
- Hipopituitarismo ou tumor secretor;
- Lesão adrenal $< 4 \text{ cm}$;
- Hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, amenorreia, alopecia androgenética), excesso de estrogénio (ginecomastia) ou aldosterona (hiperaldosteronismo).

VERDE

- Nódulos tireoidianos com indicação de PAAF;
- Hipertireoidismo subclínico, Hipotireoidismo descompensado com uso de $> 2,5 \text{ mcg/kg/dia}$ de levotiroxina;
- Avaliação para cirurgia bariátrica;
- Obesidade com comorbidades;
- LDL acima da meta terapêutica com uso de estatinas;
- Suspeita de osteoporose secundária;
- Hipogonadismo masculino e feminino, amenorreia secundária;





- Ginecomastia assimétrica ou progressiva sem sinais de malignidade;
- Incidentaloma e tumores não secretores sem sintomas compressivos;
- Síndrome dos ovários policísticos (SOP);
- Disforia/incongruência de gênero.

Protocolo 1 – Diabetes Mellitus

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

- Suspeita de cetoacidose diabética (CAD) ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não-cetótica
 - Poliúria, polidipsia, perda de peso, sinais de desidratação, dispneia ou taquipneia, náuseas e vômitos, fraqueza, letargia, dor abdominal, alterações visuais ou do estado mental.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Suspeita ou diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1);
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose **≥ 1 UI/kg/dia e com boa adesão terapêutica;**
- Doença renal crônica (DRC): taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (estágios 4 e 5).

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de hemoglobina glicada e creatinina, com data;
3. Insulina e medicações em uso, com dose e posologia;
4. Peso do paciente em quilogramas (kg);
5. Número da teleconsultoria.

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);
- Hipotireoidismo usando > 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame TSH e T4l, com data;
3. Medicações em uso, com dose e posologia;
4. Peso do paciente em quilogramas (kg);
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 3 – Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Hipertireoidismo;
- Hipertireoidismo subclínico.
 - Pacientes com TSH baixo e T4 (livre ou total) e T3 total normais devem realizar uma nova medida desses exames em 1 a 3 meses para definir o diagnóstico de hipertireoidismo subclínico e,





por consequência, a necessidade de tratamento e encaminhamento especializado.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame TSH, T4l e T3 com data;
3. Uso de medicação antitireoidiana (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
4. Número da teleconsultoria.

Protocolo 4 – Nódulo de Tireoide / Bócio

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulos com indicação de PAAF;
 - O risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado a suas características ecográficas do que apenas ao seu tamanho. Com objetivo de esquematizar as indicações de PAAF, sugere-se preferencialmente utilizar as indicações do American College of Radiology (ACR-TIRADS). Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes abaixo.
 - Paciente com sinais e sintomas sugestivos de malignidade/compressão.
 - Oropneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal);
 - Disfagia alta;
 - Rouquidão;
 - Sinais de compressão na radiografia cervical/torácica;
 - Bócio ou nódulo com crescimento rápido;
 - Linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas (principalmente os sugestivos de malignidade/compressão);
2. Resultado de exame de TSH, com data;
3. Laudo de US de tireoide - descrever na íntegra os seus resultados, com tamanho, características e classificação de TIRADS (se relatada) do(s) nódulo(s) e volume da tireoide, com data;
4. Número da teleconsultoria.





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

ACR TI-RADS

COMPOSITION (Choose 1)	ECHOGENICITY (Choose 1)	SHAPE (Choose 1)	MARGIN (Choose 1)	ECHOGENIC FOCI (Choose All That Apply)
Cystic or almost completely cystic	Anechoic	Wider-than-tall	Smooth	None or large comet-tail artifacts
Spongiform	Hyperechoic or isoechoic	Taller-than-wide	Ill-defined	Macrocalcifications
Mixed cystic and solid	Hypoechoic		Lobulated or irregular	Peripheral (rim) calcifications
Solid or almost completely solid	Very hypoechoic		Extra-thyroidal extension	Punctate echogenic foci

Add Points From All Categories to Determine TI-RADS Level



COMPOSITION	ECHOGENICITY	SHAPE	MARGIN	ECHOGENIC FOCI
<p>Spongiform: Composed predominantly (>50%) of small cystic spaces. Do not add further points for other categories.</p> <p>Mixed cystic and solid: Assign points for predominant solid component.</p> <p>Assign 2 points if composition cannot be determined because of calcification.</p>	<p>Anechoic: Applies to cystic or almost completely cystic nodules.</p> <p>Hyperechoic/Isoechoic/Hypoechoic: Compared to adjacent parenchyma.</p> <p>Very hypoechoic: More hypoechoic than strap muscles.</p> <p>Assign 1 point if echogenicity cannot be determined.</p>	<p>Taller-than-wide: Should be assessed on a transverse image with measurements parallel to sound beam for height and perpendicular to sound beam for width.</p> <p>This can usually be assessed by visual inspection.</p>	<p>Lobulated: Protrusions into adjacent tissue.</p> <p>Irregular: Jagged, spiculated, or sharp angles.</p> <p>Extrathyroidal extension: Obvious invasion = malignancy.</p> <p>Assign 0 points if margin cannot be determined.</p>	<p>Large comet-tail artifacts: V-shaped, >1 mm, in cystic components.</p> <p>Macrocalcifications: Cause acoustic shadowing.</p> <p>Peripheral: Complete or incomplete along margin.</p> <p>Punctate echogenic foci: May have small comet-tail artifacts.</p>

*Refer to discussion of papillary microcarcinomas for 5-9 mm TR5 nodules.

Pode ser calculado na página: <https://tiradscalculator.com/>

Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar tais indicações:

Nódulos de Tireoide com possibilidade de indicação de PAAF

Nódulo sólido:

- Hipoecoico ≥ 1 cm; ou
- Isoecoico ou hiperecoico $\geq 1,5$ cm Nódulo sólido-cístico:
- $\geq 1,0$ cm, com componente sólido hipoecoico e uma das seguintes características: microcalci-





ficações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou

- ≥ 1,5 cm independente de suas características. Nódulo espongiforme ≥ 2 cm

Nódulo < 1 cm:

- Em paciente de alto risco de malignidade: história pessoal ou em familiares de 1º 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;

- Com características ecográficas suspeitas e com linfonodo cervical aumentado.

- Nódulo hipoecoico, com microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal.

- Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia

- Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo alterado.

Protocolo 5 – Câncer de Tireoide Pós Tireoidectomia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Todos os pacientes com diagnóstico anatomo-patológico - pós tireoidectomia.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Tratamentos realizados;
3. Comorbidades;
4. Medicações em uso;
5. História familiar de câncer de tireoide;
6. Laudo de exames já realizados (com data): TSH, T4 livre, tireoglobulina, anti-tireoglobulina, US de região cervical, anatomo-patológico, dose de iodo radioativo e pesquisa de corpo inteiro;
7. Número da teleconsultoria.

Protocolo 6 – Dislipidemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Casos não responsivos à mudança de estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica:

- LDL acima da meta terapêutica, conforme cálculo de risco cardiovascular, já em uso de estatina de alta potência;

- Triglicerídeos acima de 500 mg/dL já em uso de fibrato.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Peso, altura e índice de massa corporal (IMC);
3. Comorbidades associadas;
4. Medicações em uso;
5. Resultados de exames após uso das estatinas;
6. Número da teleconsultoria.





Protocolo 7 – Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros);
- IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades e IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica.

▪ Comorbidades: alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono e doenças articulares degenerativas.

- Avaliação para encaminhamento à Cirurgia Bariátrica

▪ IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$;

▪ IMC entre 40 kg/m^2 e $49,99 \text{ kg/m}^2$ que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária;

• 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, 2013a, online).

▪ IMC entre 35 kg/m^2 e $39,99 \text{ kg/m}^2$ com alguma comorbidade que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária;

• Comorbidades: alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono e doenças articulares degenerativas.

▪ IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades ameaçadoras à vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso. Neste caso, a comorbidade deve ser classificada como GRAVE e com intratabilidade clínica atestada por um endocrinologista.

◦ Acompanhamento de indivíduos que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Peso, altura e IMC;
3. Comorbidades associadas e medicações em uso, com dose;
4. Para pacientes encaminhados à cirurgia bariátrica, acrescentar:
 - a. Descrição do tipo e tempo de tratamentos prévios realizados para obesidade;
 - b. Exames: glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, TGO, TGP, ácido úrico, creatinina, TSH, hemograma e US de abdome total.
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 8 – Hiperprolactinemia

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

- Hiperprolactinemia e suspeita de comprometimento agudo do quiasma óptico (alteração visual).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Paciente com hiperprolactinemia após a exclusão de causas secundárias na APS;





- Paciente com hiperprolactinemia persistente após a suspensão da medicação interferente.

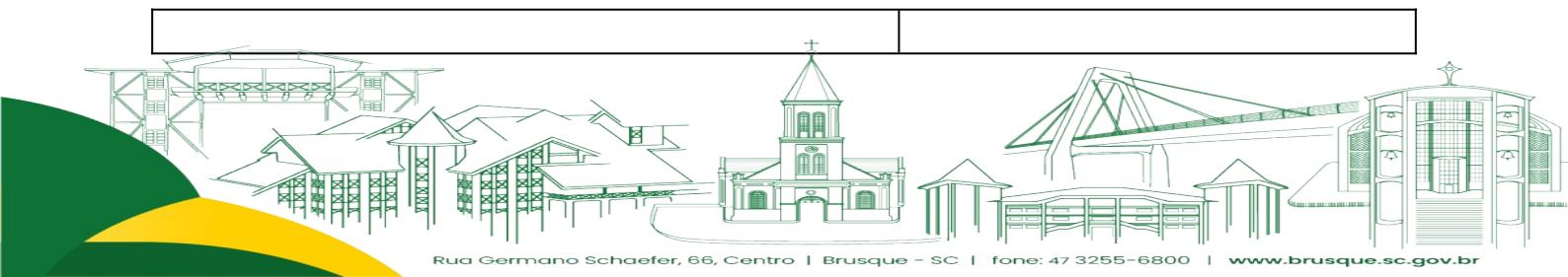
Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas (especialmente galactorreia, alterações no ciclo menstrual, alterações sexuais);
2. Resultado de exame prolactina, com data;
3. Resultado de investigação de causas secundárias de hiperprolactinemia;
4. Laudo de exame de imagem (idealmente ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica), com data (se realizada);
5. Número da teleconsultoria.

Avaliação inicial de pacientes com hiperprolactinemia

São considerados valores normais até 20 ng/mL em homens e 30 ng/mL em mulheres não grávidas. Valores abaixo de 25 ng/mL costumam excluir a hiperprolactinemia. O estresse da punção venosa pode causar pequenos aumentos de prolactina (em geral abaixo de 40 ng/mL). Assim, se um nível inicial de prolactina estiver elevado de forma limítrofe, o exame deverá ser repetido. Apesar da extensa lista de causas de hiperprolactinemia, valores acima de 200 a 250 ng/mL são bastante sugestivos de adenoma hipofisário produtor de prolactina (prolactinoma).

Causas fisiológicas	Gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono
Causas farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Antidepressivos (clomipramina, amitriptilina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina),• Antipsicóticos (clorpromazina, levomepromazina, haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, sulpirida)• Anti-hipertensivos (metildopa, verapamil)• Estrogênios• Gastrointestinais (domperidona, metoclopramida, cimetidina, ranitidina)• Opiáceos e cocaína• Inibidores de protease. <p>Geralmente, medicamentos causam aumentos discretos de prolactina (25 a 100 ng/mL), exceto a clorpromazina, metoclopramida e risperidona, que podem levar a valores acima de 200 ng/mL</p>
Causas patológicas	Tumores hipofisários produtores de prolactina (mais comum), tumores ou doenças infiltrativas hipotálamo-hipofisárias, doenças sistêmicas (hipotireoidismo primário, insuficiência adrenal primária, síndrome dos ovários policísticos, cirrose, insuficiência renal, lúpus eritematoso sistêmico, anorexia nervosa, crise convulsiva)





<i>Idiopática</i>	<i>Denominação reservada para pacientes sem uma causa óbvia para a hiperprolactinemia. Na maioria das vezes, trata-se, provavelmente, de microadenomas muito pequenos que não foram visualizados por ressonância magnética.</i>
<i>Suspeita de causa medicamentosa: suspender ou alterar a medicação por 1 semana (se possível) e repetir a prolactina. Se normal: encerra a investigação e confirma a causa medicamentosa</i>	
<i>Se excluída a hipótese medicamentosa, deve-se solicitar: teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil); TSH; função renal; transaminases.</i>	
<i>Pacientes assintomáticos com hiperprolactinemia: solicitar pesquisa de macroprolactina. A macroprolactina é um complexo de moléculas de prolactina agregadas com uma imunoglobulina G, de alto peso molecular, mas com baixa atividade biológica. Assim, embora no exame de sangue o valor de prolactina esteja alto, uma parte dessa medida é composta por macroprolactina, que tem baixa atividade biológica, não costuma causar repercussões clínicas e não exige manejo específico</i>	
<i>Na suspeita de adenoma hipofisário (investigação acima negativa), realizar ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica.</i>	

Protocolo 9 – Alterações no metabolismo ósseo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Hiperparatireoidismo primário;
- Hipoparatireoidismo primário, pós tireoidectomia/ cirurgia cervical;
- Osteogênese imperfeita;
- Osteoporose grave: densitometria mineral óssea (DMO) com escore $T \leq -2,5$ DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DMO;
- Suspeita de osteoporose secundária (hipogonadismo, uso crônico de corticoide).

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Laudo de exames realizados com a data: PTH, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, albumina, densitometria óssea.
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 10 – Doenças gonadais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Hipogonadismo masculino com distúrbio no desenvolvimento puberal;
- Hipogonadismo feminino com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorreia, hiperandrogenismo, hirsutismo ou virilização.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;





2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Exames realizados com data: hemograma, testosterona, B-HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, 17-OH progesterona, prolactina, SDHEA, androstenediona, cortisol, estradiol, TC, USG.
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 11 – Ginecomastia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Aumento do tecido glandular (> 2cm de diâmetro), localizado centralmente, geralmente bilateral;
 - Diferenciar de lipomastia (acúmulo de gordura);
 - Afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição e DRC.

Encaminhar para oncologia se sinais de malignidade: lesões unilaterais, massas endurecidas e/ou fixas, descarga mamilar, adenomegalias regionais, massa palpável testicular, suspeita de tumor adrenal.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Exames realizados com data do exame: testosterona, B-HCG, TSH, T4 livre, LH, prolactina, estradiol, HCG, creatinina, cariótipo, USG mamas e mamografia bilateral.
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 12 – Doenças Neuroendócrinas/ Hipofisárias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Pan-hipopituitarismo: pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma cranioencefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central;
- Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer;
- Acromegalia;
- Prolactinoma;
- Síndrome de Sheehan;
- Diabetes insipidus;
- Hipocortisolismo;
- Doença de Cushing.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Laudo de exames com a data: RM ou TC crânio, T4 livre, TSH, prolactina, IGF-1, cortisol pós 1mg de dexametasona, testosterona, LH, FSH.
5. Número da teleconsultoria.





Protocolo 13 – Doenças Adrenais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Lesões em topografia de adrenal
 - Suspeita de carcinoma adrenal (lesão $\geq 4\text{cm}$ e/ou com efeito de massa, dor abdominal) - encaminhar para ONCOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA.
- Feocromocitoma;
- Hiperaldosteronismo primário;
- Síndrome de Cushing;
- Insuficiência adrenal.

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Laudo de exames com a data: laboratoriais e TC ou RM de abdome;
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 14 – Hiperandrogenismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Pacientes com sinais clínicos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual, Síndrome dos ovários policísticos ou alopecia androgenética).

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Laudo de exames com a data: 17-OH progesterona, testosterona total, S-DHEA, LH, FSH, TSH, prolactina, ultrassonografia transvaginal;
5. Número da teleconsultoria.

Protocolo 15 – Transgênero

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- Pacientes com sintomas compatíveis com disforia/incongruência de gênero

Conteúdo descritivo mínimo:

1. Sinais e sintomas;
2. Comorbidades;
3. Medicações em uso;
4. Laudo de exames com a data;
5. Laudo psiquiátrico que confirme o diagnóstico;
6. Número da teleconsultoria.





Referências

1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO - GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL. Protocolo de acesso e regulação – consulta em Endocrinologia Adulto – atualização maio/2024. Disponível em:
<https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-e-classe-sificacao-de-risco/consulta-adulto/protocolo%20de%20acesso%20consulta%20em%20endocrinologia%20adulto.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2025.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Endocrinologia adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 21 p. : il. – (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada ; v. 1) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_encaminhamento_atencao_endocrinologia_adulto.pdf. Acesso em: 02 jul. 2025.
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Endocrinologia Adulto: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 dez 2021. (RegulaSUS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 02 jul. 2025.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: nódulo de tireoide: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 fev.2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_nodulostireoide.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.
5. TESSLER, F. N. et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACRTI-RADS Committee. Journal of the American College of Radiology, New York, v. 14, n. 5, p. 587-595, May 2017. Doi 10.1016/j.jacr.2017.01.046.
6. HAUGEN, B. R. et al. 2015 American Thyroid Association management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid , New York, v. 26, n. 1, p. 1-133, 2015. Doi 10.1089/thy.2015.0020
7. ESTADO DE SANTA CATARINA - Diretoria de Atenção Especializada. Linha De Cuidado para Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade de Santa Catarina. Maio, 2024. Disponível em:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/sobrepeso-e-obesidade>. Acesso em: 15 jul. 2025.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 15 jul. 2025.





HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaboração: Lais Janeczko Médica/ Serviço de atendimento especializado	Data: 17/07/25
Análise: Inajá Gonçalves de Araújo Diretora de especialidades	Data: 17/07/25
Validação: Erica Mauch Vaz Médica RT especialidades	Data: 17/07/25
Aprovação: Ricardo Alexandre Freitas Secretário de Saúde	Data: 17/07/25

