



MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO – PR

PROTOCOLO DE ENDOCRINOLOGIA
NORMATIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTOS

(Primeira Atualização, Fluxo integrado MACC e Central de Especialidades)

Governo Municipal - Toledo Paraná

2023

EQUIPE GESTORA

Prefeito Municipal

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Secretário Municipal de Saúde

Gabriela Almeida Kucharski

Diretor Geral da Secretaria Municipal de saúde

Diane Michely Cassaro

Diretora Atenção Especializada

Katheli Mayumi Hino do Nascimento

Diretora do Departamento de Atenção Primária

Tatiane Veiga Rodrigues

ELABORAÇÃO

Eder Chicareli Balestri – Médico de Família e Comunidade

Cesar Ravache – Médico de Família e Comunidade

Marco Aurélio Macedo – Médico Regulador

Mayara Angélica Bolson Salamanca – Médica de Família e Comunidade

Gabriela Carolina De Mira Magro - Médica Endócrinologista

Gislaine Teresinha de Queiroz – Médica Endócrinologista

Anna Bárbara Leal Marcolin - Interna curso Medicina UFPR

Cássio Marques Perlin – Interno curso Medicina UFPR

Leonardo de Freitas Cardoso – Interno curso Medicina UFPR

Mônica Patrícia de Souza – Interna curso Medicina UFPR

Sarah Evelyn Silva Fernandes – Interna curso Medicina UFPR

Leonardo de Brito Garcia Domingues – Interno curso Medicina UFPR

Victoria Castello Branco Iwakami de Mattos – Interna curso Medicina UFPR

REFERÊNCIAS

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).

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de Diabetes MellitusI**. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2018.

Modelo de Atenção as Condições Crônicas - MACC – CISCOPAR

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| PROTOCOLO 1 – DIABETES MELLITUS (FLUXO INTEGRADO MACC E CENTRAL DE ESPECIALIDADES)..... | 6 |
| FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO - DIABETES MELITTUS | 7 |
| PROTOCOLO 2 – HIPOTIREOIDISMO | 8 |
| PROTOCOLO 3 – HIPERTIREOIDISMO | 9 |
| PROTOCOLO 4 – NÓDULO DE TIREOIDE | 10 |
| PROTOCOLO 5 – BÓCIO MULTINODULAR | 11 |
| PROTOCOLO 6 – OBESIDADE..... | 12 |
| PROTOCOLO 7 – HIPERPROLACTINEMIA | 13 |
| APÊNDICES: FIGURAS, QUADROS E TABELAS AUXILIARES..... | 14 |
| FIGURA 1: FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O MACC - DIABETES..... | 14 |
| FIGURA 2: FLUXO DE AGENDAMENTO MACC – DIABETES ALTO RISCO | 15 |
| QUADRO 1: SUGESTÕES PARA DIFERENCIAR ALGUNS TIPOS DE DIABETES MELLITUS..... | 16 |
| QUADRO 2: ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR | 16 |
| QUADRO 3: EXAMES ABORATORIAIS DA FUNÇÃO TIREOIDIANA (NA AUSÊNCIA DE VALORES ESTABELECIDOS PELO LABORATÓRIO | 17 |
| QUADRO 4: CLASSIFICAÇÃO TIRADS PARA NÓDULOS DE TIREOIDE E INDICAÇÃO DE PAAF (CRITÉRIOS DO AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY: THYROID IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM) | 17 |
| QUADRO 5: NÓDULO DE TIREOIDE COM INDICAÇÃO DE PAAF | 18 |
| QUADRO 6: SINTOMAS COMPRESSIVOS OU DE MALIGNIDADE ATRIBUÍVEIS AO BÓCIO OU NÓDULO DE TIREÓIDE..... | 18 |
| QUADRO 7: AVALIAÇÃO INICIAL DE PACIENTES COM HIPERPROLACTINEMIA | 19 |

INTRODUÇÃO

As informações contidas neste protocolo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada situação. Nódulos tireoidianos com sintomas compressivos e alta suspeita de malignidade devem ser encaminhados para oncologia.

Nesta atualização, integramos a disponibilidade do Modelo de Atenção a Condições Crônicas (MACC), para pacientes Diabéticos de Alto Risco. Ao preencherem critérios, estes pacientes devem ser encaminhados para o programa e não para a Central de Especialidades.

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.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

PROTOCOLO 1 – DIABETES MELLITUS (FLUXO INTEGRADO MACC E CENTRAL DE ESPECIALIDADES)

Condições que indicam a necessidade de encaminhamento para o MACC – Diabetes Alto Risco:

Pacientes Diabéticos refratários ao manejo na Atenção Primária em Saúde (APS) e que necessitem de atendimento especializado devem ser estratificados conforme critérios do MACC, constantes na Ficha de Encaminhamento (Figura 1, Página 14) e encaminhados para atendimento no programa.

Procedimento de encaminhamento ao MACC – Diabetes Alto Risco:

- Estratificação de risco conforme critérios do programa;
- Realização dos exames solicitados obrigatórios (glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ácido úrico, potássio, creatinina e EQU);
- Preenchimento da integralidade da ficha de encaminhamento do programa;
- Encaminhamento via SIGSS para “MACC-DIABETES ALTO RISCO”.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Atenção Secundária com a endocrinologia via Central de Especialidades:

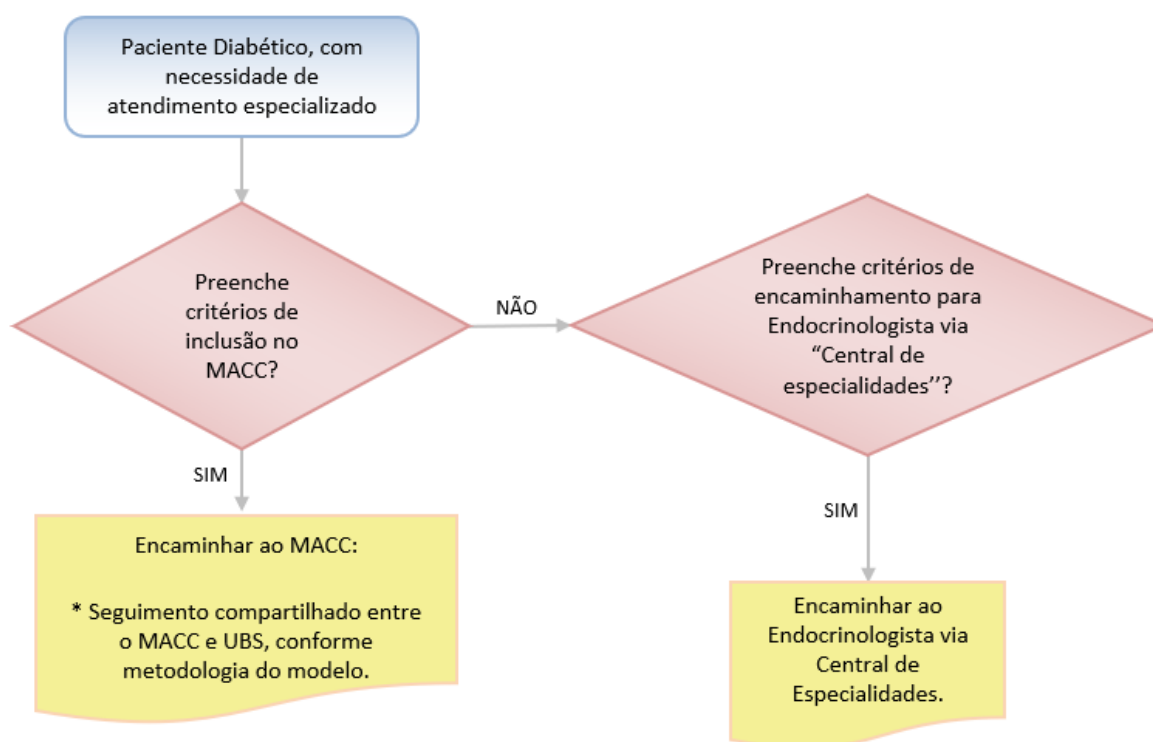
Pacientes Diabéticos não elegíveis para atendimento no MACC – Diabetes Alto Risco devem ser encaminhados ao ambulatório de endocrinologia via Central de Especialidades mediante os seguintes critérios:

- Paciente sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose igual ou maior que 1 unidade/kg/dia e com boa adesão terapêutica;
- Doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m² (estágios 4 e 5) (Quadro 2);
- Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uso de Metformina e sulfonilureias com doenças cardiovasculares pré-existentes (infarto agudo do miocárdio, cirurgia de revascularização do miocárdio, aterosclerose, angina, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção < 40%);
- Para avaliação de indicação e prescrição de inibidores do cotransportador sódio-glicose (iSGLT2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento “via central de especialidades” deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de Hemoglobina glicada (HbA1c), com data;
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
5. Outras medicações em uso, com dose e posologia;
6. Peso do paciente em quilogramas (kg).

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO - DIABETES MELITTUS



PROTOCOLO 2 – HIPOTIREOIDISMO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver Quadro 3);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 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 que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de TSH, com data;
3. Resultado de exame de T4 livre ou T4 total, com data;
4. Uso de medicação para tireoide (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
5. Outras medicações em uso, com dose e posologia;
6. Peso do paciente em quilogramas (kg).

PROTOCOLO 3 – HIPERTIREOIDISMO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Todos os pacientes com hipertireoidismo;
- Paciente com hipertireoidismo subclínico (na ausência de valores de referência do laboratório, ver Quadro 3).

Observação: 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 que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de TSH, com data;
3. Resultado de exame de T4 livre ou T4 total, com data;
4. Resultado de exame de T3 total (se realizado em paciente que apresenta TSH baixo e T4 livre ou total dentro dos limites de normalidade);
5. Uso de medicação antitireoidiana (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
6. Outras medicações em uso (ex. amiodarona), com dose e posologia.

PROTOCOLO 4 – NÓDULO DE TIREOIDE

Todos os pacientes com nódulos de tireoide devem ser encaminhados para avaliação especializada, conforme descrição:

- Nódulos com indicação de PAAF (Quadro 4 e Quadro 5); pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo (Quadro 6), devem ser primeiramente encaminhados para o serviço de **oncologia**;
- Nódulos sem indicação para encaminhamento ao serviço de oncologia, ou após malignidade descartada, devem ser encaminhados para **endocrinologia**;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame de TSH, com data;
3. Anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com tamanho, características e classificação de TIRADS (se relatada) do(s) nódulo(s), com data;
4. Paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (Quadro 6).

PROTOCOLO 5 – BÓCIO MULTINODULAR

Todos os pacientes portadores de Bócio Multinodular devem ser encaminhados para avaliação especializada, conforme descrição:

- Portador de Bócio Multinodular associado a nódulos com indicação de PAAF (Quadro 4 e Quadro 5), e paciente com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis a nódulo (Quadro 6), devem ser primeiramente encaminhados para o serviço de **oncologia**.
- Pacientes com Bócio Multinodular que não preenchem critérios para encaminhamento ao oncologista, ou após malignidade descartada, devem ser encaminhados para **endocrinologia**.

Observação: o risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado às 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) (Quadro 4). Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes no Quadro 5.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Resultado de exame TSH, com data;
3. Anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com descrição do tamanho, características do(s) nódulo(s) e classificação de TIRADS (se relatada) e volume do bócio, com data;
4. Paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (Quadro 6).

PROTOCOLO 6 – OBESIDADE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Paciente com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como asíndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros);
- Paciente com IMC entre 35 kg/m² e 39,99 kg/m² com alguma comorbidade¹ que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na APS;
- Condições clínicas que indicam o encaminhamento para Cirurgia Bariátrica:
 - Paciente com índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 50 kg/m²;
 - Paciente com IMC entre 40 kg/m² e 49,99 kg/m², com ou sem comorbidade¹, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal² por 2 anos realizado na APS;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Peso, altura e IMC;
3. Comorbidade associada (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
4. Para pacientes encaminhados à cirurgia bariátrica, acrescentar:
 - Circunferência abdominal e de quadril com relação cintura quadril atualizada, se possível;
 - Descrição do tipo e tempo de tratamentos prévios realizados para perder peso;
 - Estratificação de risco cardiovascular;
 - Anexar encaminhamento da equipe e/ou profissional responsável pelo acompanhamento do paciente para tratamento da obesidade, na rede municipal de saúde.

¹ Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, Diabetes Mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

² 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 seguidos protocolos clínicos.

PROTOCOLO 7 – HIPERPROLACTINEMIA

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Todos os Pacientes com diagnóstico de hiperprolactinemia devem ser encaminhados ao ambulatório de endocrinologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (especialmente galactorreia, alterações no ciclo menstrual, alterações sexuais);
2. Resultado de exame prolactina, com data.

APÊNDICES: FIGURAS, QUADROS E TABELAS AUXILIARES

FIGURA 1: FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O MACC - DIABETES



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O MACC – DIABETES ALTO RISCO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Celular: (____) _____
Unidade de Saúde: _____ ACS responsável: _____
Município: Toledo UF: PR

2 - ESTRATIFICAÇÃO PARA ENCAMINHAR AO MACC:

Apresenta DM 1*:

SIM (não há necessidade de apresentar fator de risco)

Paciente com Diabetes descontrolada (controle metabólico regular ou ruim – glicada acima de 7,1%)*:

Apresenta controle metabólico regular ou ruim (glicada) + controle pressórico inadequado nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hemoglobina glicada acima de 7,1% | <input type="checkbox"/> Doença Vascular Periférica |
| <input type="checkbox"/> PA > 130/80 * | <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana |
| <input type="checkbox"/> retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> Pé Diabético |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia Diabética | <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica | <input type="checkbox"/> Neuropatia Sensitivo-motora |
| <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana | |
| <input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética | |

Paciente com Diabetes Estabilizada (controle metabólico bom – glicada abaixo de 7%)*:

Apresenta controle metabólico bom + 1 ou mais internações por complicações agudas nos últimos 12 meses:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hemoglobina glicada abaixo de 7% | <input type="checkbox"/> internação por hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> internação por cetoacidose | <input type="checkbox"/> internação por síndrome hiperosmolar não cetótica |

Apresenta controle metabólico bom + 1 ou mais complicações crônicas*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hemoglobina glicada abaixo de 7% | <input type="checkbox"/> Doença Vascular Periférica |
| <input type="checkbox"/> retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> Pé Diabético |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia Diabética | <input type="checkbox"/> Neuropatia Sensitivo-motora |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica | <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico |
| <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana | <input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética |

CONTROLE METABÓLICO (*conforme linha guia 2018)

Bom – hemoglobina glicada ≤7

Regular – hemoglobina glicada >7 e <9

Ruim – hemoglobina glicada >9

3 – ANAMNESE E CONDUTA REALIZADA NA UNIDADE: _____

4 – EXAMES SOLICITADOS OBRIGATORIOS (pedir para paciente levar exames laboratoriais e demais exames na consulta):

Data exame: ____/____/____

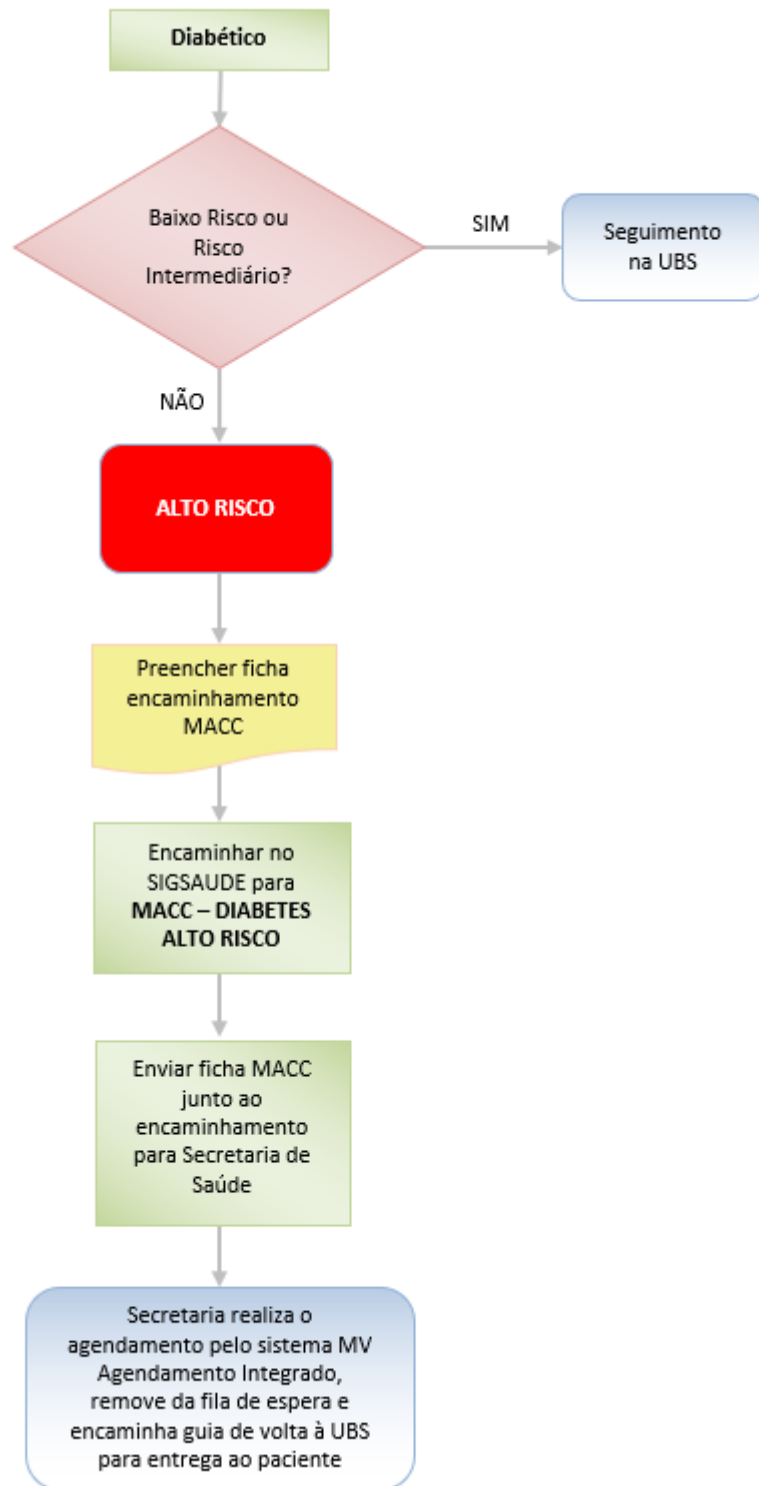
| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Glicose jejum | | Potássio | |
| Glicose Pós Prandial | | Estimativa de taxa de filtração Glomerular | |
| Hemoglobina glicada | | Parcial de Urina | |
| Creatinina | | Microalbuminúria de urina 24hs | |
| Colesterol Total | | Outros exames: | |
| Triglicérides | | | |

5 MEDICAÇÕES EM USO: _____

6 – OUTRAS CONDUTAS: _____

Carimbo e Assinatura do Profissional

FIGURA 2: FLUXO DE AGENDAMENTO MACC – DIABETES ALTO RISCO



QUADRO 1: SUGESTÕES PARA DIFERENCIAR ALGUNS TIPOS DE DIABETES MELLITUS

| |
|---|
| <p>Diabetes Mellitus tipo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> hiperglicemia mais acentuada; início abrupto do quadro com sintomas: perda ponderal, poliúria, polidipsia e polifagia ("4 Ps"); apresentação com cetoacidose: desidratação, vômitos, dor abdominal, hálito cetótico (frutado), exame comum de urina ou teste rápido urinário com corpos cetônicos positivo (especialmente se acompanhado de glicosúria); autoanticorpos costumam ser positivos: antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anticorpo anti-ilhota pancreática, anticorpos anti-insulina, entre outros; paciente pode ter outras doenças autoimunes como hipotireoidismo e vitiligo; obesidade não exclui o diagnóstico. |
| <p>Diabetes Mellitus tipo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> quadro insidioso, costuma ser detectado em rastreamento; podem apresentar sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal) quando a doença estiver descompensada; menor frequência de cetoacidose, que pode ocorrer na vigência de infecção ou outros quadros de estresse agudo; costumam ter sobrepeso/obesidade e história familiar de DM2; sinais clínicos de resistência insulínica e componentes da síndrome metabólica como <i>acantose nigricans</i>, aumento da circunferência abdominal e hipertensão, são comuns. |
| <p>Diabetes tipo MODY (<i>Maturity-onset diabetes of the young</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> hiperglicemia costuma ser leve; pacientes com diabetes e peso normal; não costumam cursar com cetoacidose; história familiar de diabetes diagnosticado antes dos 25 anos. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Saad, Maciel e Mendonça (2017).

QUADRO 2: ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR

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

*DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 mL/min/1,73m², sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de KDIGO (2017).

QUADRO 3: EXAMES ABORATORIAIS DA FUNÇÃO TIREOIDIANA (NA AUSÊNCIA DE VALORES ESTABELECIDOS PELO LABORATÓRIO)

| Exame | Valor de referência |
|----------|---------------------|
| TSH | 0,4 a 4,12 mcUI/mL |
| T4 total | 6,09 a 12,23 mcg/dL |
| T4 livre | 0,58 a 1,64 ng/dL |
| T3 total | 87 a 178 ng/dL |

Fonte: Williamson e Snyder (2015), Garber (2012) e Ross (2016).

QUADRO 4: CLASSIFICAÇÃO TIRADS PARA NÓDULOS DE TIREOIDE E INDICAÇÃO DE PAAF (CRITÉRIOS DO AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY: THYROID IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM)

| Composição (escolha um dos abaixo) | Ecogenicidade (escolha um dos abaixo) | Formato (escolha um dos abaixo) | Margem (escolha um dos abaixo) | Foco ecogênico (escolha todos os que se aplicam) |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Cístico ou quase completamente cístico | 0 Anecóico | 0 Mais largo do que alto | 0 Discreta | 0 Nenhum ou grandes artefatos de cauda de cometa |
| Espongiforme | 0 Hiperecico ou isoecóico | 1 Mais alto do que largo | 3 Bem definida | 0 Macrocalcificações |
| Misto (cístico e sólido) | 1 Hipoecóico | - | - Lobulado ou irregular | 2 Calcificações periféricas |
| Sólido ou quase completamente sólido | 2 Muito hipoecóico | 3 | - Extensão extratireoidiana | 3 Focos de pontos ecogênicos |
| Classificação do nódulo | Soma dos pontos acima | Risco de malignidade (%) | | Indicação de PAAF (mm) |
| TIRADS 1 | 0 | 0,3 | | Não há indicação |
| TIRADS 2 | 2 | 1,5 | | Não há indicação |
| TIRADS 3 | 3 | 4,8 | | ≥ 25 |
| TIRADS 4 | 4 a 6 | 9,1 | | ≥ 15 |
| TIRADS 5 | ≥ 7 | 35 | | ≥ 10 |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Tessler *et al.* (2017).

QUADRO 5: NÓDULO DE TIREOIDE COM INDICAÇÃO DE PAAF

| |
|---|
| Nódulo sólido: <ul style="list-style-type: none">• hipoecoico ≥ 1 cm; ou• isoecoico ou hiperecoico $\geq 1,5$ cm; ou |
| nódulo sólido-cístico: <ul style="list-style-type: none">• $\geq 1,0$ cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou• $\geq 1,5$ cm independente de suas características; ou |
| nódulo espongiiforme ≥ 2 cm; ou |
| nódulo < 1 cm em paciente de alto risco de malignidade ¹ ; ou |
| nódulo < 1 cm com características ecográficas ² suspeitas e com linfonodo cervical aumentado ³ . |
| <p>¹Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.</p> <p>²São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), 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.</p> <p>³Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser realizado para o serviço de endocrinologia para definir sequência de investigação apropriada.</p> |

Fonte: Haugen *et al.* (2016).

QUADRO 6: SINTOMAS COMPRESSIVOS OU DE MALIGNIDADE ATRIBUÍVEIS AO BÓCIO OU NÓDULO DE TIREÓIDE

| |
|--|
| • Ortopneia (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. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

QUADRO 7: AVALIAÇÃO INICIAL DE PACIENTES COM HIPERPROLACTINEMIA

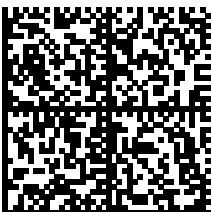
| | |
|--|---|
| <p>São considerados valores normais até 20 ng/mL em homens e 30 ng/mL em mulheres não grávidas. Valores abaixo de 25 ng/mL costumam excluir a hiperprolactinemia. O estresse da punção venosa pode causar pequenos aumentos de prolactina (em geral abaixo de 40 ng/ml). Assim, se um nível inicial de prolactina estiver elevado de forma limitrofe, 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).</p> | |
| Causas fisiológicas | Gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono. |
| Causas farmacológicas | Principal motivo não fisiológico de elevação de prolactina. Medicções associadas: 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. 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. |
| 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). |
| Idiopática | 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. |
| <p>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.</p> | |
| <p>Se excluída a hipótese medicamentosa, deve-se solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil); ● TSH; ● função renal; ● transaminases. | |
| <p>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 possui baixa atividade biológica e não costuma causar repercussões clínicas e não exigem manejo específico.</p> | |
| <p>Se suspeita de adenoma hipofisário (investigação acima negativa): se houver disponibilidade, realizar ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica.</p> | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).



Documento: 40126/2023 - Protocolo_Municipal_de_Endocrinologia.pdf
Data: 06/11/2023 08:57:13

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 06/11/2023 09:18:12.



A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
[http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-
assinado/entidade/136](http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136) com
o código cfc0ab8c-a11b-456b-933f-dd6bbf6d4aff