



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **ENDOCRINOLOGIA**

Ouro Preto, julho de 2026



## PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

### **Secretário Municipal de Saúde**

Leandro Leonardo Assis Moreira

### **Secretária Adjunta de Saúde**

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

### **Gerente da Atenção Secundária/Terciária**

Simone de Cassia Caetano

### **Diretora da Atenção Especializada**

Sanley Soares Santiago Gomes

### **Gerente da Atenção Primária**

Ricardo Duarte Pereira

### **Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária**

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

### **Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto**

Roberto Gonçalves Machado

### **Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto**

Leonora de Campos Santos

### **Responsável técnica da Junta Reguladora**

Taciana de Oliveira



## PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

### COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Thatianne Costa Silva - Médica endocrinologista



## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. APRESENTAÇÃO.....                                                                                                                                                        | 5  |
| 2. REGULAÇÃO.....                                                                                                                                                           | 5  |
| 3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....                                                                                                                                          | 6  |
| 3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....                                                                                                                                          | 6  |
| 4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....                                                                                                                                          | 6  |
| 5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE.....                                                                                                                            | 6  |
| 5.1 DIABETES MELLITUS.....                                                                                                                                                  | 6  |
| • ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA.....                                                                                                                    | 7  |
| • CASOS QUE PODEM SER ENCAMINHADOS AO CEAE ITABIRITO.....                                                                                                                   | 7  |
| 5.4 NÓDULOS DA TIREÓIDE/BÓCIO.....                                                                                                                                          | 8  |
| 5.5 HIPERPROLACTINEMIA.....                                                                                                                                                 | 9  |
| 5.5 OBESIDADE.....                                                                                                                                                          | 9  |
| 6. REFERÊNCIAS.....                                                                                                                                                         | 10 |
| 7. ANEXOS.....                                                                                                                                                              | 11 |
| Anexo I - Classificação de TIRADS para nódulos de tireoide e indicação de PAAF (Critérios do American College of Radiology: Thyroid Imaging Reporting and Data System)..... | 11 |
| Anexo II - Nódulo de tireoide com indicação de PAAF.....                                                                                                                    | 12 |
| Anexo III - Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo de tireoide.....                                                                         | 12 |
| Anexo IV - Avaliação inicial de pacientes com hiperprolactinemia.....                                                                                                       | 13 |



## 1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuários com condições clínicas relacionadas à especialidade Endocrinologia no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção ambulatorial especializada.

O objetivo é padronizar os critérios de encaminhamento em Endocrinologia, identificando os principais quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e a definição de prioridades de atendimento. Dessa forma, busca-se garantir a qualificação do cuidado, a otimização dos fluxos assistenciais e a efetivação da integralidade da atenção no território.

## 2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

**P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.**

**P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.**



**P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.**

### **3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO**

- Motivo do encaminhamento, com registro dos sinais e sintomas atuais
- História clínica sucinta e relevante (incluindo tempo de evolução, fatores agravantes, comorbidades);
- Resultados de exames complementares já realizados;
- Tratamentos instituídos na APS e resposta clínica observada;
- Avaliação do grau de funcionalidade e impacto no cotidiano do paciente (quando pertinente).

#### **3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES**

Na primeira consulta no serviço especializado, oriente o paciente a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido (com dados clínicos e motivo do encaminhamento);
- Receitas dos medicamentos em uso;
- Exames complementares realizados.

### **4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.

### **5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE**

#### **5.1 DIABETES MELLITUS**

- Todos os pacientes com DM tipo 1;
- Pacientes em uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos;
- 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 (estágios 3b, 4 e 50)
- Diabetes gestacional;



## PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

- Diabetes pós transplante.

- **ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA**

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

- **CASOS QUE PODEM SER ENCAMINHADOS AO CEAE ITABIRITO**

- DM1 e DM tipo LADA/MOD
- DM2 de difícil controle
- HbA1c > 9% em pacientes já insulinizados
- DM com sintomas e hiperglicemia grave.
- Pé diabético
- Procedimentos realizados no serviço : Retinografia, laser, curva diária de pressão, AGF

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

|           |                                                                             |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>P0</b> | Presença de complicações secundárias (retinopatia, nefropatia, cardiopatia) |
| <b>P1</b> | DM mal controlado                                                           |
| <b>P2</b> | Demais casos                                                                |

### 5.2 HIPOTIREOIDISMO

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4;
- Gestante com hipotireoidismo;
- Pós tireoidectomia por câncer de tireoide.

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

|           |                                                                                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P0</b> | História de coma mixedematoso após alta do tratamento de emergência                      |
| <b>P1</b> | Gestante, pós tireoidectomia por câncer, suspeita/diagnóstico de hipotireoidismo central |
| <b>P2</b> | Uso de mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, hipotireoidismo descompensado                 |

### 5.3 HIPERTIREOIDISMO

- Todos os pacientes com TSH suprimido (abaixo do valor de referência), após repetição do exame.

OBSERVAÇÃO: para os pacientes com características sugestivas de Doença de Graves (bócio difuso ou oftalmopatia), não é necessária a repetição do exame.

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

|           |                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------|
| <b>P0</b> | Crise tireotóxica após tratamento de emergência |
| <b>P1</b> | Gestantes, hipertireoidismo clínico             |
| <b>P2</b> | Hipertireoidismo subclínico                     |

### 5.4 NÓDULOS DA TIREÓIDE/BÓCIO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Nódulos com indicação de PAAF (anexo I e II);
- Pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo (anexo III);
- Sinais e sintomas compressivos (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas) (anexo III);
- Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

|           |                                                                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>P0</b> | TSH diminuído; sintomas compressivos; nódulos com PAAF Bethesda IV a VI; |
| <b>P1</b> | Nódulos indeterminados (Bethesda I e III)                                |
| <b>P2</b> | Nódulos com PAAF Bethesda II ou sem indicação de PAAF.                   |



### 5.5 HIPERPROLACTINEMIA

- Paciente com hiperprolactinemia após a exclusão de causas secundárias na APS (anexo IV);
- Paciente com hiperprolactinemia persistente após a suspensão da medicação interferente (anexo IV).

- **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

|    |                 |
|----|-----------------|
| P0 |                 |
| P1 | Todos os casos. |
| P2 |                 |

### 5.5 OBESIDADE

- Os casos de obesidade devem ser encaminhados ao [Ambulatório de Obesidade](#)



## 6. REFERÊNCIAS

1. 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: <https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-endocrinologia-adulto-ses>
2. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Protocolos de Endocrinologia da Atenção Básica*. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13112321-protocolos-ses-endocrinologia.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.
3. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Protocolo de Consulta em Endocrinologia – Adulto*. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2016/protocolos-deliberacao-230-2016-1/12923-protocolo-consulta-endocrinologia-adulto-2/file>. Acesso em: 21 jul. 2025.



# PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaoasecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

## 7. ANEXOS

**Anexo I - Classificação de TIRADS para nódulos de tireoide e indicação de PAAF (Critérios do American College of Radiology: Thyroid Imaging Reporting and Data System).**

| Composição<br>(escolha um dos abaixo)  |   | Ecogenicidade<br>(escolha um dos abaixo) |   | Formato<br>(escolha um dos abaixo) |   | Margem<br>(escolha um dos abaixo) |   | Foco ecogênico<br>(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      | 0 |
| Espongiforme                           | 0 | Hiperecótico ou isoecótico               | 1 | Mais alto do que largo             | 3 | Bem definida                      | 0 | Macrocalcificações                                  | 1 |
| Misto (cístico e sólido)               | 1 | Hipoecótico                              | 2 | -                                  | - | Lobulado ou irregular             | 2 | Calcificações periféricas                           | 2 |
| Sólido ou quase completamente sólido   | 2 | Muito hipoecótico                        | 3 | -                                  | - | Extensão extratireoidiana         | 3 | Focos de pontos ecogênicos                          | 3 |
|                                        |   |                                          |   |                                    |   |                                   |   |                                                     |   |
| 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).

**Anexo II - Nódulo de tireoide com indicação de PAAF**

Nódulo sólido:

- hipoecoico  $\geq 1$  cm; ou
- isoecoico ou hiperecoico  $\geq 1,5$  cm; ou

nódulo sólido-cístico:

- $\geq 1,0$  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  $\geq 2$  cm; ou

nódulo  $< 1$  cm em paciente de alto risco de malignidade<sup>1</sup>; ou

nódulo  $< 1$  cm com características ecográficas<sup>2</sup> suspeitas e com linfonodo cervical aumentado<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.

<sup>2</sup>São 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.

<sup>3</sup>Nos 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.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2021) apud Fonte: Haugen et al. (2016).

**Anexo III - Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo de tireoide.**

- 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).



**Anexo IV - 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).

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Causas fisiológicas</b>   | Gestação e aleitamento (principais), exercício físico, estresse, coito, manipulação da mama e sono.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Causas farmacológicas</b> | 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. |
| <b>Causas patológicas</b>    | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Idiopática</b>            | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**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.

**Se excluída a hipótese medicamentosa, deve-se solicitar:**

- teste de gravidez (todas as mulheres em idade fértil);
- TSH;
- função renal;
- transaminases.

**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.

**Se suspeita de adenoma hipofisário (investigação acima negativa):** se houver disponibilidade, realizar ressonância magnética nuclear com contraste de sela túrcica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).