



Protocolo de encaminhamento da atenção primária para a atenção especializada



Endocrinologia

Sumário

Diabetes Mellitus	4
Hipotireoidismo	5
Hipertireoidismo	6
Nódulo de Tireoide	6
Bócio Multinodular	7
Obesidade	8
Hiperprolactinemia	9
Doenças Osteometabólicas	10
Doenças da Hipófise	11
Doenças Adrenais	12
Ginecomastia	12
Puberdade Precoce	13
Baixa Estatura	14
Transgêneros	15
Anexo I - Protocolo de Insulinização	16
Diagnóstico	16
Prevenção	17
Metas para o tratamento do DM	18
Vacinas	19
Tipos de Insulina	19

Esquemas de insulinização	20
Diabetes e gestação	21
Tratamento	22
Referências	23

Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Paciente com suspeita ou diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 ou LADA;
- Paciente sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose igual ou maior que 1 UI/kg/dia e com boa adesão terapêutica;
- Paciente com insuficiência renal crônica com albuminúria > 30 mg/g e taxa de filtração glomerular < 45 ml/min.

Observação: Protocolo de Insulinização em anexo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Tempo de diagnóstico;
2. Resultado de exame de, pelo menos, duas hemoglobinas glicadas (com data), com intervalo de 3 meses após alteração de tratamento;
3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. Insulina em uso, com dose e posologia;
5. Outros antidiabéticos orais em uso, com dose e posologia.

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

- Paciente com suspeita de cetoacidose diabética (CAD) ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. (Suspeita de CAD ou estado hiperosmolar não cetótico quando houver sinais/ sintomas como poliúria, polidipsia, sinais de desidratação, dispneia ou taquipneia, náuseas e vômitos, fraqueza, letargia, dor abdominal, alterações visuais ou do estado mental).

2

Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, quando já avaliada adesão, uso correto (em jejum, com água, não mastigar, e separado de outras medicações como omeprazol e alendronato, mínimo 30 min antes do café) ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4 (diarreia/vômitos frequentes, cirurgia gástrica, gastrite/infecção por H Pylori, doença celíaca, medicações – Sulf Fe, CaCO₃, omeprazol).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Dois resultados de exames TSH e T4 livre em duas ocasiões com mínimo de 6 semanas de intervalo, com data;
2. Dose de levotiroxina em uso.

3

Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Paciente com hipertireoidismo;
- Paciente com hipertireoidismo subclínico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultados de exame TSH e T4 livre, anti-tireoglobulina, anti-TPO e TRAB, com data
2. Medicação anti-tireoidiana em uso e dose;
3. Ultrassom de tireoide.

4

Nódulo de Tireoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);
- Familiar de primeiro grau com de câncer de tiroide, antecedente de radioterapia na linha média ou radiação ionizante na infância;

- Nódulos com indicação de punção aspirativa com agulha fina (PAAF):
 1. nódulos TIRADS \geq 4;
 2. nódulos $>$ 15 mm;
 3. nódulos com microcalcificações de permeio, mais largos que altos e hipoecoicos, margens irregulares presença de linfonodos suspeitos no ultrassom.

Observação: a APS pode solicitar PAAF, desde que o pedido seja devidamente justificado. A realização do exame será liberada mediante avaliação da Central de Regulação.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de exame TSH e T4 livre, com data;
2. Laudo de ultrassom de tireoide, com data.

5

Bócio Multinodular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- TSH diminuído (suspeita de BMN tóxico);
- Nódulos com indicação de PAAF;
- Sintomas compressivos, desconforto estético, bócio grande ou com crescimento progressivo ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de exame TSH e T4 livre, com data;
2. Laudo de ultrassom de tireoide, com data.

Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Paciente com IMC acima de 40 kg/m², com ou sem comorbidades, que não obteve sucesso com tratamento clínico por pelo menos 6 meses realizado na atenção primária;
- Paciente com IMC entre 35 kg/m² e 40 kg/m² com alguma comorbidade que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 6 meses realizado na atenção primária.
- Estar em acompanhamento com nutricionista há pelo menos 6 meses, sem perda de peso.
- Pacientes com suspeita de obesidade secundária a problemas endocrinológicos, de difícil controle, constatados em exames.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. IMC;
2. Breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por no mínimo 6 meses);
3. Comorbidades associadas, informar os diagnósticos e medicações em uso, com dose;

Hiperprolactinemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Paciente com hiperprolactinemia após a exclusão de causas secundárias (hipotireoidismo, uso de medicação de sistema nervoso central, SOP - síndrome do ovário policístico, doença hepática ou renal, exercício físico intenso, gravidez, estresse, traumas ou lesões em região torácica, estímulo dos mamilos);
- Paciente com hiperprolactinemia persistente após a suspensão da medicação interferente;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (especialmente galactorréia, alterações no ciclo menstrual, infertilidade);
2. Resultado de exame prolactina;
3. Resultado de investigação de causas secundárias de hiperprolactinemia

Observação: NÃO solicitar RMN de hipófise. Será avaliada a necessidade na Atenção Especializada.

Doenças Osteometabólicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Hiperparatireoidismo (exceto se secundário a doença renal crônica);
- Hipoparatireoidismo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Breve relato das manifestações clínicas, tratamento em andamento;
- Exames com data: proteínas totais e frações, cálcio total e iônico, PTH, fósforo, fosfatase alcalina, TSH, vitamina D, calciúria 24h.

Observação: para solicitação de dosagem de Vitamina D, utilizar documento de excepcionalidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:

- Osteoporose primária masculina; (com resultado de densitometria);
- Osteoporose refratária ao tratamento. (com resultado de densitometria)

Doenças da Hipófise

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Pan-hipopituitarismo ou excesso de produção hormonal (hipogonadismo, hipotireoidismo, Doença de Cushing, acromegalia, prolactinoma);
- Achado em imagem de hipófise de tumor com ou sem sintomas (cefaleia, amenorreia, galactorreia, alteração de campo visual, estrias abdominais violáceas >1,0 cm e suspeita de diabetes insipidus – polis com glicemia normal).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de ressonância magnética;
2. Resultados anormais de TSH/T4livre, GH/IGF1, prolactina, FSH e LH com testosterona ou estradiol, prolactina.

Observação: O pedido ressonância magnética deverá conter justificativa e será avaliado pela Central Reguladora.

10

Doenças Adrenais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Tumor adrenal > 4,0 cm ou câncer adrenal;
- Tumor adrenal <4,0 cm com sinais (amenorreia, hirsutismo, acne, alopecia androgenética, SOP, alteração de Na/K, hipertensão arterial refratária).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Resultado de ultrassom de abdome e pelve;
2. Resultado anormal de testosterona, 17OH progesterona, DHEA-S, androstenediona, Na/K, cortisol urinário 24 h.

11

Ginecomastia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Ginecomastia em crianças pré-púberes;
- Ginecomastia com crescimento rápido ou maior do que 4 cm;
- Ginecomastia puberal associada à suspeita de anormalidade endocrinológica (hipogonadismo, distúrbios da tireoide, suspeita de resistências androgênicas, entre outras);

- Ginecomastia idiopática que não regrediu após 2 anos de acompanhamento clínico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever se ginecomastia é unilateral ou bilateral, localização, características à palpação e tamanho aproximado, presença de dor ou desconforto, evolução/progressão, palpação testicular);
2. Resultado de exames complementares, com data: LH, testosterona, estradiol, HCG e TSH;
3. Resultado de ultrassom testicular, se realizado, com data;
4. Medicamentos em uso com doses.

12

Puberdade Precoce

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Suspeita ou diagnóstico de puberdade precoce:
 - Meninas: surgimento de broto mamário (telarca) ou pelos pubianos/axilares (pubarca) antes de **8 anos de idade**; ou sangramento menstrual (menarca) antes de 9 anos de idade.
 - Meninos: aumento do volume testicular (≥ 4 ml de volume ou $\geq 2,5$ cm no maior diâmetro) antes de **9 anos de idade**; ou pubarca antes de 9 anos de idade.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Em meninas: idade do surgimento de mamas, pelos e menarca (anos e meses);
2. Em meninos: idade em que surgiram os pelos (anos e meses) e volume testicular;

3. Descrição do estágio puberal atual e dados de progressão;
4. Resultado de exames: idade óssea, TSH, LH, estradiol para meninas e testosterona para meninos, DHEA-S e 17OH progesterona para pubarca isolada em meninas.

Observação: Após 9 anos de idade, **não** há benefício na estatura final com bloqueio puberal. Após essa idade, também não há liberação das medicações pela Farmácia de Alto Custo. (Portaria Conjunta N° 13, 27/07/22 - MS)

13

Baixa Estatura

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Endocrinologia:

- Pacientes menores de 8 anos com suspeita ou diagnóstico de baixa estatura:
 - Estatura abaixo do escore Z-2DP, conforme curva para idade e sexo.
 - Desaceleração do crescimento: velocidade de crescimento abaixo do escore Z-1DP ou abaixo do percentil 25.
 - Crescimento fora do canal familiar: estatura atual abaixo de Z-2DP do escore Z da altura-alvo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Escore-Z de peso e altura para idade e sexo, com data;
2. Escore-Z ou percentil de velocidade de crescimento (cm/ano), se disponível;
3. Resultado de exames: GH, IGF1, IGF-BP3, T4 livre, TSH, idade óssea;
4. Altura do pai e mãe biológicos, se disponível.

Transgêneros

Encaminhar para o CTA para Ambulatório de Transgênero.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Apresentar identidade de gênero em conflito com o sexo biológico, em busca de intervenções corporais.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Relatório médico contendo a manifestação da intenção pelo paciente para o ambulatório de transgênero.

Anexo I Protocolo de Insulinização

Diagnóstico

	Glicemia de jejum (sérica) mg/dl	2h após 75 g de Glicose (GTTO) mg/dl	HbA1C (%)
Glicemia normal	< 100	< 140	< 5,7
Intolerância à glicose	100 – 126	140 – 200	5,7 – 6,5
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 6,5
	1 glicemia casual ≥ 200 com sintomas clássicos – poliúria, polidipsia e perda de peso		
Diabetes gestacional (GTTO entre 24-28sem de gestação)	≥ 92	após 1h ≥ 180 ou após 2h ≥ 153	≥ 6,5

Síndrome metabólica para crianças e adolescentes

- Síndrome metabólica não deve ser diagnosticada em crianças < 10 anos. A redução de peso deve ser fortemente recomendada para aquelas com obesidade abdominal (circ abdominal acima do p90 para idade).
- Entre 10 - 16 anos, a síndrome metabólica é diagnosticada pela presença de obesidade abdominal associada a 2 ou mais critérios clínicos.
- Acima dos 16 anos, se aplicam os mesmos critérios para diagnóstico de síndrome metabólica em adultos (tabela).

	10 – 16 anos	>16 anos e adultos
CA	≥ p90	> 102cm homem > 88cm mulher
Gli jejum (mg/dL)	≥ 100	>100
PAS (mmHg)	≥ 130	≥ 130
PAD (mmHg)	≥ 85	≥ 85
HDL-c (mg/dL)	< 40	<40 homem <50 mulher
Triglic (mg/dL)	≥ 150	≥ 150

*IDF (International Diabetes Federation)

Prevenção

DM2- Prevenção Primária:

- Controle de obesidade: circunferência da cintura ≤ 88cm (sexo fem), ≤ 102cm (sexo masc);
- Intervenção no estilo de vida –alimentação saudável e atividade física regular (150 min/semana de exercício aeróbico de moderada intensidade- caminhada rápida);
- Suspensão do tabagismo;
- Metformina para paciente obeso IMC >35, jovem (idade <60 anos), mulheres com histórico de Diabetes Gestacional, pacientes com HbA1C > 6,0% ou para aqueles nos quais HbA1C vem aumentando mesmo com mudanças no estilo de vida.

DM2- Prevenção Secundária:

- Redução do risco cardio-vascular
PAS \leq 130mmHg, ou PAD \leq 85mmHg
TG \leq 150mg/dl, LDL $<$ 100mg/dl, HDL \geq 50mg/dl (sexo fem), \geq 40mg/dl (sexo masc)
- Controle glicêmico;
- Prevenção de ulcerações – exame dos pés;
- Rastreamento precoce de retinopatia – exame de fundo de olho (oftalmologista);
- Rastreamento de albuminúria (relação com creatinina urinária em amostra isolada).

Metas para o tratamento do DM

	Jejum / pré-prandial (mg/dL)	Pós-prandial (mg/dL)	HbA1C (%)
Crianças e adolescentes DM1	70 – 145	90 – 180	0-6 anos 7,5 – 8,5 6-12 anos $<$ 8,0 12-19 anos $<$ 7,5
Adultos DM1	70 – 130	$<$ 180	$<$ 7,0
Gestantes (ADA)	$<$ 95	$<$ 120	$<$ 6,0
DM2 (ADA)	80 – 130	$<$ 180	$<$ 7,0
Idosos	120 – 140	$<$ 180	$<$ 8,0
Grupos especiais*	120 – 140	---	7,0 – 8,0

* Pacientes com expectativa de vida limitada, histórico de hipoglicemia grave, condições comórbidas extensivas, complicações micro e macrovasculares avançadas e indivíduos com longa duração do DM que tenham mantido inadequado controle metabólico por longos períodos.

Vacinas

A vacinação é aconselhável aos seguintes grupos e nas seguintes dosagens:

- Pneumocócica PCV13: uma dose da vacina para adultos > 65 anos;
- Vacina contra influenza: a pacientes diabéticos, devendo ser administrada anualmente;
- Vacina contra herpes-zoster: a adultos com mais de 60 anos, independentemente de história prévia da doença;
- Vacina contra hepatite B: indicada universalmente.

Tipos de Insulinas

- **Ação intermediária (lenta):** Insulina NPH - controle das glicemias basal e interprandial;
- **Ação prolongada (ultralenta):** Insulina Glargina e Determir- controle das glicemias basal e interprandial;
- **Ação curta:** Insulinas Regular (rápida) e Lispro ou Aspart (ultrarrápida)- controle da glicemia pós prandial.

Como e quando iniciar a terapia com insulina basal (lenta ou ultralenta)

Indicação de início imediato de insulina no pac DM2:

- Glicemia de jejum > 250 mg/dL
- Glicemia ao acaso consistentemente > 300 mg/dL
- HbA1C > 10,0%
- Cetonúria

Outras indicações de insulinização no pac DM2:

- Complicações agudas como cetoacidose ou coma hiperglicêmico hiperosmolar.
- Situações de estresse como cirurgias, gestação, infecções graves, febre, traumas, hipertireoidismo.
- Emagrecimento rápido e inexplicado.
- Quando outras medidas não conseguem reduzir a HbA1c para menos de 7% ou a glicemia de jejum para menos de 110 mg/dl e a pós-prandial para menos de 140 mg/dl.
- Quando há falência primária ou secundária aos antidiabéticos orais.

Esquemas de insulinização

1) Insulina basal/bedtime + hipoglicemiantes orais

- Dose inicial: 0,2-0,3U/Kg/dia (de 10-20U/dia);
- Horário: à noite, antes de deitar (as drogas orais cobrem as necessidades prandiais);
- Titulação: aumento de 2U a cada 3 dias conforme a glicemia de jejum até atingir valores ao redor de 100 mg/dL.

2) Insulina basal-plus

- Adição de insulina R nas refeições, além da insulina NPH à noite OU;
- Adição de insulina bifásica (mista 70/30): iniciar com dose baixa 0,1-0,3U/Kg/ refeição no café e jantar ou café, almoço e jantar.

3) Insulina basal-bolus

- 2 ou 3 doses de insulina NPH + 3 doses de insulina R nas refeições OU;
- 3 doses de insulina mista 70/30 às refeições;
- Dose total diária: 0,5-1,5U/Kg/dia.

Hipoglicemia: (Gli < 60 mg/dl)

Ingerir **15g de carboidratos simples**, por ex: 1 colher de sopa rasa de açúcar diluída em meio copo de água ou 50ml de refrigerante comum (não-dietético) ou 150ml de suco de laranja ou 3 balas.

Aguardar 15min e verificar Gli capilar: se < **70mg/dl**, repetir 15g de carboidrato.

Importante:

Ingerir somente a quantidade de CHO planejada.

Ideal depois de 2h: Gli < 140mg/dl (100 a 140mg/dl).

Adequação do tratamento com insulina de acordo com o controle glicêmico

1) Introduzir insulina NPH bedtime.

- 2) Controle diário com Glicemia jejum até chegar na meta 80-120mg/dL:
 - > 160 mg/dL: aumentar 6U
 - > 140 mg/dL: aumentar 4U
 - > 120 mg/dL: aumentar 2U
 - < 80 mg/dL: reduzir 2U
- 3) Reavaliar com HbA1C após 3 meses.
- 4) Glicemia jejum OK, mas HbA1C >7,0%: checar Glicemia antes do almoço, jantar e ao deitar:
 - Antes do almoço elevada: adicionar insulina R no café (4U e titular)
 - Antes do jantar elevada: adicionar insulina NPH no café e se necessário, tb insulina R no almoço (4U e titular)
 - Antes de deitar elevada: adicionar insulina R no jantar (4U e titular)
- 5) Reavaliar com HbA1C após 3 meses.
 - Se Glicemia antes das refeições elevadas: avaliar novas aplicações de NPH
 - Se Glicemia após as refeições elevadas: ajustar dose da insulina R nas refeições

Diabetes e gestação

Diagnóstico

DM gestacional (DMG): entre 24^a e 28^a semana de gestação.

Glicemia jejum (mg/dl)	GTTO(75g): 1h	GTTO(75g): 2h
>92	>180	> 153

ADA e SBD: um valor alterado confirma diagnóstico.

DM pré-gestacional: antes ou logo no início da gestação.

Glicemia jejum (mg/dl)	GTTO(75g): 2h	HbA1c
>126 (duas medidas)	>200	>6,5%

Tratamento

O tratamento inicial do DMG consiste em orientação alimentar que permita ganho de peso adequado e controle metabólico. A prática de atividade física deve fazer parte do tratamento do DMG, respeitando-se as contraindicações obstétricas.

Após 2 semanas de dieta, se os níveis glicêmicos permanecerem elevados (jejum ≥ 95 mg/dL e 1 hora pós-prandial ≥ 140 mg/dL ou 2 horas pós-prandial ≥ 120 mg/dL), deve-se iniciar tratamento com insulina.

Insulinas: R, Lispro, Aspart, NPH e Detemir (categoria A)/ Glargina (categoria C)

Se pac já era DM2, descontinuar hipoglicemiantes orais– metformina e glibenclamida podem ser usados com precaução (categoria B).

Uso prévio de insulina:

1º trimestre: reduzir em 10%-20% da dose prévia se controle adequado;

18ª -24ª semanas: aumentar dose conforme necessário;

3º trimestre: dobro ou triplo da dose pré-gestação;

Pós parto: voltar à dose pré-gestação;

Sem uso prévio de insulina:

Iniciar com insulina NPH 0,5 UI/Kg.

Associar insulina R ou ultrarrápida em toda refeição principal e individualizar.

Devem-se utilizar esquemas intensivos de insulinização, com múltiplas doses subcutâneas de insulina de ação intermediária, rápida ou ultrarrápida. As doses devem ser frequentemente ajustadas conforme os resultados do automonitoramento da glicemia capilar.

Pós-parto: usar 30% da dose final da gestação

- Suspender em 2 semanas;
- Reavaliar em 6 semanas (Gli jejum e/ou GTTO 75g).

Referências

DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2021. Diabetes Care, New York, v. 44, supl. 1, p. S1-S232, Jan. 2021. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2020/12/09/44.Supplement_1.DC1/DC_44_S1_final_copyright_stamped.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília/, DF, p. 23-24, 20 mar. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca14.pdf>

BRENTA, G. et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 265-299, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/RyCDtMtQqCKP5vG8hVSwpQC/?lang=pt&format=pdf>

DUNCAN, B. B. et al. (ed.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Record No. T115781, Thyroid Nodule. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115781>

DYNAMED. Record No. T116414, Hyperprolactinemia. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116414>

GARBER, J. R. et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocrine Practice*, Jacksonville, v. 18, n. 6, p. 988- 1028, Nov./Dec. 2012. Disponível em: [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)43030-7/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)43030-7/fulltext)

GHARIB, H. et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update Appendix. *Endocrine Practice*, Jacksonville, v. 22, supl. 1, p. 1-60, May 2016. Disponível em: [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)42954-4/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)42954-4/fulltext)

GRANI, G. et al. Reducing the number of unnecessary thyroid biopsies while improving diagnostic accuracy: toward the “right” TIRADS. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Springfield, v. 104, n. 1, p. 95-102, Jan. 2019. Doi 10.1210/jc.2018-01674.

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, Jan. 2016. Doi 10.1089/thy.2015.0020.

HIRSCH, I. B.; EMMETT, M. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: clinical features, evaluation, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 29 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinicalfeatures-evaluation-and-diagnosis>

KIDNEY DISEASE: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements*, New York, 7, n. 1, p. 1-59. Doi 10.1016/j.kisu.2017.04.001.

MELMED, S. et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Springfield, v. 96, n. 2, p. 273-288, Feb. 2011. Doi 10.1210/jc.2010-1692.

ROSÁRIO, P. W. et al. Nódulo de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/ksNJ478JDCZDKLKSktBTzrVH/?lang=pt&format=pdf>

ROSS, D. S. et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*, New York, v. 26, n. 10, p. 1343-1421, Oct. 2016. Doi 10.1089/thy.2016.0229.

ROSS, D. S. Clinical presentation and evaluation of goiter in adults. Waltham (MA): UpToDate, 20 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults>

ROSS, D. S. Cystic thyroid nodules. Waltham (MA): Up To Date, 17 Oct. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cystic-thyroid-nodules>

ROSS, D. S. Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. Waltham (MA): UpToDate, 3 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules>

ROSS, D. S. Diagnostic of hyperthyroidism. Waltham (MA): UpToDate, 13 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism>

ROSS, D. S. Treatment of primary hypothyroidism in adults. Waltham (MA): UpToDate, 20 May 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-primary-hypothyroidism-in-adults>

SAAD, M. J. A.; MACIEL, R. M. B.; MENDONÇA, B. B. *Endocrinologia: princípios e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SNYDER, P. J. Causes of hyperprolactinemia. Waltham (MA): UpToDate, 16 July 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hyperprolactinemia>

SNYDER, P. J. Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia. Waltham (MA): UpToDate, 23 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-hyperprolactinemia>

TESSLER, F. N. et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee. *Journal of the American College of Radiology*, New York, 14, n. 5, p. 587-595, May 2017. Doi 10.1016/j.jacr.2017.01.046.

Coordenação da Atenção Primária em Saúde

Débora Rocha Diniz

Coordenação da Atenção Secundária em Saúde

Thiago Alexandre Ciafa Guidi

Coordenação da Atenção Terciária em Saúde

Manuela Clozel

Departamento de Educação Permanente em Saúde

Claudia Pizzi

Secretário da Saúde Itatiba/SP

Renan Dias Irabi

Elaboração

Enf^ª. Viviane Rodrigues da
Silva Prates

Médica Endocrinologista

Luci Hiramatsu Kimira

Colaboração

Médico Endocrinologista

Daniel Bruder Costa Ribeiro

Rua: Marcos Dian, nº 365. Bairro Jardim de Lucca - Itatiba/SP - CEP 13.255-210
Fone: (011) 4524 0934 E-mail: gestorsaude@saude.itatiba.sp.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE ITATIBA

