Protocolo municipal de Endocrinologia adulto

QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

Critérios de encaminhamento para Atenção Primária, regulação e auditoria

Versão técnica para validação municipal • Setembro de 2026

Escopo: adultos não gestantes. Casos pediátricos e gestação seguem fluxos próprios. Este documento reúne recomendações clínicas de fontes oficiais e propostas de classificação eletiva para discussão local; não constitui pactuação ou aprovação municipal.

1. Finalidade e uso

Apoiar o cuidado longitudinal da APS, indicar quando a consulta em Endocrinologia pode modificar diagnóstico ou tratamento e padronizar os dados necessários para regular o acesso. A decisão clínica deve considerar gravidade, contexto e disponibilidade da rede. A ausência de exame especializado não impede encaminhamento quando houver indicação clínica bem descrita.

Como usar por função

Público	Ação prática neste protocolo
Médico da APS	Localizar a condição clínica; identificar o manejo inicial possível; reconhecer sinais de urgência; encaminhar quando houver critério e registrar os dados essenciais da linha correspondente.
Regulação	Conferir indicação e informações clínicas; escolher P0, P1, P2, P3 ou seguimento na APS; selecionar a via assistencial adequada e registrar o fundamento da prioridade.
Auditoria	Verificar coerência entre quadro, tratamento realizado e recurso solicitado; autorizar, solicitar complemento específico ou redirecionar com justificativa técnica e orientação objetiva ao solicitante.

Nas seções clínicas, a tabela reúne o critério de encaminhamento, a prioridade e os dados para regulação; os parágrafos seguintes orientam o manejo pelo médico solicitante e a análise pela auditoria. Nenhuma devolução deve interromper o atendimento de situação urgente.

2. Classificação de prioridade

Classe	Destino e critério
P0	Urgência ou emergência: avaliação imediata na rede de urgência; não inserir em fila eletiva.
P1	Eletivo de alta prioridade: maior risco clínico ou necessidade de decisão especializada breve.
P2	Eletivo prioritário: quadro persistente ou complexo com potencial de piora ou necessidade de ajuste especializado.
P3	Eletivo: indicação especializada estável, sem critérios P1 ou P2.
APS	Sem indicação atual de consulta: investigar, tratar e acompanhar longitudinalmente; reavaliar se surgir novo critério.

P0 a P3 é o padrão de classificação solicitado para os protocolos municipais. Não há prazo numérico de acesso definido neste documento.

Cada condição apresenta uma única linha para P0, P1, P2, P3 e APS. “Não se aplica” indica que não há critério para aquela prioridade nessa condição; não é uma indicação de encaminhamento.

Legenda visual: P0 vermelho claro • P1 laranja claro • P2 amarelo claro • P3 verde claro • APS azul claro. As cores auxiliam a leitura; o texto da prioridade define a conduta.

3. Dados mínimos de todo encaminhamento

Informar motivo e pergunta clínica; tempo de evolução; sintomas e exame físico pertinentes; comorbidades e medicamentos (dose, duração, adesão); tratamentos tentados e resposta; resultados de exames com datas; complicações e sinais de gravidade; gestação quando pertinente. Identificar UBS e contato atualizado. Exames complementares devem ser proporcionais à hipótese e à disponibilidade, sem atrasar situações de risco.

4. Situações que não devem aguardar consulta eletiva

Suspeita de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar; hipoglicemia grave ou persistente com alteração de consciência; desidratação importante, vômitos e hiperglicemia sintomática; tireotoxicose com instabilidade, febre ou alteração mental; hipotireoidismo grave com rebaixamento de consciência; crise adrenal; hipercalcemia sintomática importante; compressão cervical aguda ou dificuldade respiratória. Encaminhar à urgência conforme gravidade, enquanto se institui manejo inicial cabível.

5. Diabetes melito tipo 1 e tipo 2

A APS inicia e acompanha o tratamento do diabetes, inclusive insulina quando indicada e viável. A consulta especializada integra o cuidado nos casos complexos; hiperglicemia isolada não justifica negar assistência ou exigir espera por consulta.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Suspeita de cetoacidose, estado hiperosmolar ou hipoglicemia grave: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• DM1 confirmado ou forte suspeita em adulto, clinicamente estável; necessidade de plano de insulinoterapia e educação estruturada.	• Idade de início, peso, sintomas, glicemias/HbA1c, esquema de insulina e episódios de hipoglicemia.
P2	• DM2 com hipoglicemias recorrentes, grande variabilidade glicêmica ou controle persistentemente inadequado apesar de ajuste documentado e avaliação de adesão. • DM2 com complicações e dúvida terapêutica complexa, contraindicações/intolerâncias relevantes ou necessidade de avaliação de possível outro tipo de diabetes.	• HbA1c com data e meta individual, glicemias, tratamento com doses/tempo, adesão, função renal e barreiras identificadas. • Complicações, medicamentos e resposta, eGFR, albuminúria quando disponível, contexto da dúvida diagnóstica.
P3	• DM2 estável com questão especializada específica, sem sinais de agravamento.	• Pergunta clínica e resumo de tratamento, exames e complicações.
APS	• DM2 recém-diagnosticado ou com controle ainda não otimizado e sem complicador que exija especialista.	• Plano inicial e seguimento na APS.

Manejo inicial na APS

Confirmar o tipo provável de diabetes; avaliar sintomas, peso, PA, função renal, risco cardiovascular, complicações e adesão; iniciar ou intensificar tratamento segundo o PCDT de DM2 de 2026 ou PCDT de DM1, conforme o caso. Em descompensação aguda, priorizar avaliação no mesmo dia.

Regulação e auditoria

Autorizar quando a complexidade estiver demonstrada. Devolver para complementação quando faltarem HbA1c/glicemias, esquema e doses, tempo de uso ou motivo da falha terapêutica. Redirecionar para APS casos sem tentativa de manejo, desde que clinicamente estáveis. Não condicionar o acesso à realização de exames avançados indisponíveis.

6. Hipertireoidismo e tireotoxicose

TSH baixo deve ser interpretado com T4 livre, sintomas, medicamentos e contexto clínico; resultados discretos podem exigir confirmação. Quadro grave segue urgência.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Tireotoxicose com instabilidade, febre, alteração mental ou arritmia grave: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Tireotoxicose manifesta com sintomas relevantes, arritmia, cardiopatia ou perda ponderal acentuada, sem instabilidade.	• TSH e T4 livre datados, FC, sintomas, ECG quando indicado, medicamentos e medidas já iniciadas.
P2	• Hipertireoidismo confirmado e estável, inclusive doença de Graves, bócio tóxico ou recidiva. • TSH baixo persistente com T4 livre normal e fibrilação atrial, osteoporose ou repercussão clínica relevante.	• TSH, T4 livre, eventual T3, história terapêutica e exame cervical; TRAb/US se disponíveis e indicados. • Exames repetidos com datas, sintomas, FA/osteoporose e medicamentos.
P3	• TSH baixo persistente com T4 livre normal, sem complicador, mas com dúvida terapêutica especializada.	• Exames repetidos com datas, idade, sintomas e medicamentos.
APS	• TSH baixo isolado sem confirmação e sem sintomas ou risco.	• Reavaliar interferências e repetir exames conforme contexto.

Manejo inicial na APS

Investigar fármacos como amiodarona e uso de hormônio tireoidiano; controlar sintomas conforme avaliação clínica e verificar ECG se palpitação/taquicardia. Não aguardar anticorpos ou cintilografia se a apresentação clínica justificar encaminhamento.

Regulação e auditoria

Devolver para complementação quando o pedido trouxer apenas "TSH alterado", sem valor, data, T4 livre ou quadro clínico. A prioridade sobe conforme repercussão cardiovascular e gravidade; não confundir caso instável com fila eletiva.

7. Hipotireoidismo

Hipotireoidismo primário usual pode ser tratado na APS. Suspeita de origem central e dificuldade de controle após revisão sistemática merecem avaliação especializada.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Suspeita de coma mixedematoso ou hipotireoidismo grave com rebaixamento de consciência: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita de hipotireoidismo central com sintomas importantes ou outros sinais de hipopituitarismo, sem instabilidade.	• TSH, T4 livre, sintomas, medicações e avaliação de insuficiência adrenal.
P2	• Suspeita de hipotireoidismo central clinicamente estável. • TSH persistentemente fora da meta após ajustes e revisão de adesão, com repercussão clínica ou dificuldade terapêutica significativa.	• TSH e T4 livre datados, sintomas, medicações e antecedentes hipofisários. • Série de TSH/T4 livre, dose, intervalo entre ajustes, adesão e interações.
P3	• Dificuldade de ajuste persistente, estável e sem repercussão relevante, após avaliação inicial completa.	• Série de TSH/T4 livre, dose, tempo e pergunta clínica específica.
APS	• Hipotireoidismo primário habitual, controlado ou ainda sem tentativa adequada de tratamento.	• Seguimento e titulação na APS.

Manejo inicial na APS

Confirmar TSH e T4 livre conforme apresentação; iniciar e ajustar levotiroxina quando indicada; revisar tomada em jejum, cálcio/ferro e outras interações, adesão e tempo entre mudanças de dose. Suspeita de insuficiência adrenal associada exige avaliação imediata antes de reposição tireoidiana isolada.

Regulação e auditoria

Pedidos com TSH isolado sem tratamento descrito devem retornar para dados ou manejo na APS, conforme risco. Encaminhar suspeita de doença hipofisária sem exigir imagem prévia.

8. Nódulo tireoidiano e bócio

A decisão deve considerar ultrassonografia estruturada, tamanho, fatores de risco, função tireoidiana e citologia quando indicada; o nódulo isolado não equivale a câncer.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Comprometimento agudo da via aérea ou compressão cervical rapidamente progressiva: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita relevante de malignidade (citologia Bethesda V ou VI, linfonodo cervical suspeito, crescimento rápido ou disfonia persistente) ou câncer confirmado: encaminhar à Oncologia, P1, pelo fluxo municipal. Sintomas compressivos sem comprometimento agudo: avaliação especializada prioritária conforme o quadro.	• Descrever achados clínicos, exame cervical, US com dimensões e classificação de risco e PAAF/Bethesda se já realizada. A ausência de PAAF não impede o encaminhamento por suspeita relevante. Comprometimento agudo da via aérea é P0.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P2	• Nódulo que preenche critério de PAAF ou tem citologia indeterminada, sem sinais de alarme; bócio sintomático estável.	• TSH, US com medidas e características, citologia se houver, sintomas e antecedentes.
P3	• Nódulo estável com necessidade de interpretação especializada não resolvida na APS.	• US seriadas e pergunta clínica.
APS	• Nódulo de baixo risco sem indicação atual de PAAF ou avaliação especializada.	• Seguimento conforme estratificação e evolução.

Manejo inicial na APS

Solicitar TSH e US de tireoide quando clinicamente indicada; comparar laudos prévios. A necessidade de PAAF depende de padrão ultrassonográfico e tamanho, não apenas de um valor isolado. Nos casos sem suspeita de malignidade, definir com a rede o acesso à PAAF e à avaliação especializada conforme a indicação.

Regulação e auditoria

Regra local informada: diante de suspeita clínica, ultrassonográfica ou citológica relevante de malignidade, ou de câncer de tireoide confirmado, encaminhar prioritariamente à Oncologia pelo fluxo municipal, sem aguardar consulta de Endocrinologia. Informar a suspeita e anexar US e citologia disponíveis; não exigir PAAF, ressonância ou tomografia como condição universal para encaminhar. A regulação deve verificar o acesso à equipe capaz de concluir a investigação e definir o tratamento, incluindo cirurgia de cabeça e pescoço quando indicada. Comprometimento agudo da via aérea segue a urgência (P0).

9. Obesidade e alterações metabólicas

O cuidado de obesidade é longitudinal, multiprofissional e centrado em complicações. Endocrinologia é útil quando há hipótese endócrina, comorbidades complexas ou decisão terapêutica especializada.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Obesidade isolada não define P0; intercorrências agudas seguem o fluxo de urgência conforme o quadro.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	Não se aplica nesta condição com os critérios desta versão.	Reclassificar apenas se houver novo achado clínico; não atribuir prioridade artificial.
P2	• Obesidade com suspeita fundamentada de causa endócrina ou complicações importantes que exigem decisão especializada.	• IMC, cintura se disponível, evolução ponderal, comorbidades, medicamentos, exame e elementos da suspeita.
P3	• Obesidade persistente com indicação de avaliação especializada após abordagem estruturada e resposta insuficiente.	• Duração e componentes do tratamento, evolução de peso, barreiras e objetivo da consulta.
APS	• Sobrepeso/obesidade sem complicação ou hipótese endócrina, antes de abordagem longitudinal.	• Plano de cuidado, nutrição e atividade física adaptados.

Manejo inicial na APS

Avaliar sono, alimentação, atividade física, medicamentos que favoreçam ganho ponderal, saúde mental e comorbidades. Não solicitar painel hormonal indiscriminado; investigar causas específicas quando houver sinais clínicos.

Regulação e auditoria

Não usar IMC isolado como critério automático para consulta de Endocrinologia nem inferir elegibilidade a cirurgia bariátrica. Encaminhamento cirúrgico segue critérios e rede próprios.

10. Outras alterações endócrinas

A investigação inicial deve ser dirigida. Exames alterados de forma isolada, sem contexto ou confirmação, raramente permitem priorização segura.

Prioridade	Quando encaminhar ou manter na APS	Dados para regulação
P0	Crise adrenal, hipercalcemia sintomática grave ou crise hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo: rede de urgência.	Descrever sinais vitais, sintomas e dados disponíveis; não aguardar exames para encaminhar.
P1	• Suspeita consistente de insuficiência adrenal com sintomas relevantes, mas sem sinais de crise.	• Sintomas, PA, medicamentos/corticoides e exames iniciais; crise ou instabilidade é P0.
P2	• Suspeita fundamentada de hipercortisolismo, feocromocitoma ou outra doença suprarrenal em paciente estável. • Hiperparatireoidismo/hipercalcemia persistente sem sintomas agudos, osteoporose secundária complexa ou distúrbio de cálcio relevante. • Hiperprolactinemia persistente sintomática ou suspeita hipofisária estável com repercussão clínica. • Dislipidemia grave persistente com suspeita familiar, falha/intolerância de terapia apropriada ou hipertrigliceridemia importante.	• Sinais objetivos, padrão de PA, potássio, medicamentos e exames iniciais. • Cálcio corrigido ou ionizado, PTH quando indicado, creatinina/eGFR, vitamina D e fraturas/cálculos. • Prolactina com valor/data, sintomas, medicamentos e sinais visuais/neurológicos. • Perfil lipídico datado, história familiar, tratamento e causas secundárias; dor abdominal aguda é urgência.
P3	• Hipogonadismo confirmado ou hiperprolactinemia persistente sem repercussão importante, com dúvida terapêutica específica.	• Exames repetidos, sintomas, medicamentos e história reprodutiva.
APS	• Exame hormonal discretamente alterado, isolado, sem confirmação ou correlação clínica.	• Reavaliar indicação, condições de coleta e repetir quando pertinente.

Manejo inicial na APS

Revisar medicamentos e doenças que alteram resultados; confirmar alterações antes de investigação extensa quando o quadro for estável. Suspeita de lesão hipofisária com perda visual aguda, cefaleia intensa ou sinais neurológicos segue urgência.

Regulação e auditoria

Priorizar pelo quadro clínico, não pelo nome do exame. Devolver pedidos sem sintomas, valores e datas apontando precisamente os dados ausentes; preservar acesso quando houver sinais de risco.

11. Roteiros específicos para situações complexas

11.1 Hipófise e hiperprolactinemia

Na APS, investigar galactorreia, amenorreia ou hipogonadismo, infertilidade, cefaleia e alterações visuais; revisar gravidez quando aplicável, função tireoidiana e medicamentos que elevam prolactina. Confirmar elevação discreta em condições adequadas antes de atribuí-la a adenoma. Informar valor, unidade e data da prolactina, demais exames, medicamentos e sintomas. Hiperprolactinemia persistente sintomática ou suspeita de lesão hipofisária estável justifica Endocrinologia (P2); elevação discreta sem sintomas e sem confirmação permanece inicialmente na APS. Déficit visual agudo ou cefaleia intensa com suspeita de apoplexia hipofisária é P0.

11.2 Suprarrenal e hipertensão endócrina

Suspeitar de insuficiência adrenal quando houver sintomas compatíveis, hipotensão, hiperpigmentação ou exposição e retirada de glicocorticoide; informar dose, duração e data da última exposição. Suspeita estável e fundamentada é P1 ou P2 conforme intensidade e risco; hipotensão grave, vômitos, desidratação ou alteração de consciência com suspeita de crise adrenal é P0. Para hipercortisolismo, feocromocitoma ou hiperaldosteronismo, descrever achados clínicos, padrão de PA, potássio, medicamentos e exames já realizados. Crise hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo é P0. A investigação laboratorial dirigida pode ser compartilhada com a especialidade, sem exigir painel hormonal indiscriminado para aceitar o encaminhamento.

11.3 Cálcio, paratireoide e saúde óssea

Confirmar hipercalcemia persistente e interpretar cálcio com albumina ou cálcio ionizado quando disponível; registrar PTH, creatinina/eGFR, vitamina D, história de cálculos, fraturas e medicamentos relevantes. Hiperparatireoidismo provável ou hipercalcemia persistente sem instabilidade é P2, com prioridade ajustada por sintomas, função renal e fraturas. Hipercalcemia importante com desidratação, confusão, arritmia ou outros sintomas

agudos é P0. Osteoporose comum pode ser tratada na APS; encaminhar quando houver suspeita de causa secundária, fratura de fragilidade sob tratamento ou dificuldade terapêutica que exija avaliação especializada. O encaminhamento não deve depender de todos os exames quando sua obtenção atrasar caso de maior risco.

11.4 Dislipidemia e hipertrigliceridemia

Avaliar risco cardiovascular, história familiar de evento precoce, causas secundárias, adesão, dose e tempo de tratamento, e perfil lipídico com data. Dislipidemia habitual integra o cuidado da APS. Encaminhar P2 se houver suspeita clínica de dislipidemia familiar, intolerância relevante ou persistência de alteração importante apesar de tratamento apropriado; P3 para dúvida especializada estável bem delimitada. Hipertrigliceridemia acompanhada de dor abdominal aguda ou suspeita de pancreatite não aguarda consulta eletiva. O PCDT nacional de dislipidemia orienta o tratamento e a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

12. Ferramentas para encaminhar, regular e auditar

12.1 Modelo mínimo de encaminhamento pelo médico

"Encaminho para Endocrinologia por [condição e pergunta clínica]. Evolução há [tempo], com [sintomas e sinais]. Exame físico: [dados relevantes]. Exames [resultado e data]. Tratamentos já realizados [medicamento, dose, tempo, adesão, ajustes e resposta]. Comorbidades/complicações [descrição]. Justificativa para avaliação especializada [critério da seção]. Prioridade sugerida [P1, P2 ou P3] e motivo." A prioridade final cabe à regulação; o médico deve sinalizar imediatamente qualquer P0 pelo fluxo de urgência.

12.2 Conferência da regulação

Identificar a condição e a pergunta clínica; verificar se há critério especializado e dados suficientes; reconhecer sinais de urgência; atribuir prioridade pelo risco descrito, não apenas pelo exame alterado; conferir se outro serviço é o destino mais adequado; registrar a razão da classificação. Se faltar um dado essencial que pode mudar a prioridade, solicitar complementação objetiva. Casos estáveis sem critério seguem plano de cuidado na APS.

12.3 Justificativas padronizadas da auditoria

Decisão	Redação útil para resposta ao solicitante
Autorizar	"Critério de encaminhamento presente por [achado clínico]; dados suficientes para classificação [P1/P2/P3]."
Devolver	"Para definir indicação/prioridade, informar [resultado e data] e [tratamento com dose, duração e resposta]. Manter acompanhamento clínico enquanto complementa."
Redirecionar	"A hipótese descrita sugere avaliação por [serviço] devido a [motivo]. Orientar o fluxo assistencial disponível; não repetir exames sem indicação."
Manejo na APS	"No momento, não há critério especializado demonstrado; realizar [medida inicial concreta] e reavaliar/encaminhar se [critério de retorno]."
Urgência	"Sinais de [agravo] indicam avaliação imediata na rede de urgência, fora da fila ambulatorial."

Esses textos são exemplos adaptáveis à situação clínica. A devolução deve informar o dado ausente e o próximo passo, sem funcionar como negativa automática por falta de exame não indispensável.

13. Decisões da auditoria

Decisão	Aplicação
Autorizar	Indicação demonstrada, dados suficientes e prioridade coerente com gravidade.
Devolver para complementação	Informação essencial ausente; solicitar somente os dados necessários e especificá-los.
Manter na APS ou redirecionar	Sem critério especializado atual ou outra especialidade/fluxo mais apropriado; justificar e orientar próximo passo.
Encaminhar à urgência	Qualquer P0; não manter em fila eletiva.

14. Referências e validação

Ministério da Saúde. PCDT Diabete Melito Tipo 2, atualização de fevereiro de 2026. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2

Ministério da Saúde. PCDT Diabete Melito Tipo 1. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/diabete-melito-tipo-1/view

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica Endocrinologia Adulto, 2021. https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64132/Endocrinologia.pdf

Prefeitura de Belo Horizonte. Protocolo de encaminhamento para Endocrinologia adulto. https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/b09f0bf5f7e05c98f6b49774366f4b67f33c9088.pdf

Prefeitura de Curitiba. Protocolo de encaminhamentos da APS para telerregulação Endocrinologia. https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/PROTOCOLO%20DE%20ENCAMINHAMENTOS%20DA%20ATENCAO%20PRIMARIA%20PARA%20TELERREGULACAO%20ENDOCRINOLOGIA.pdf

Ministério da Saúde. PCDT Insuficiência Adrenal. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/i/insuficiencia-adrenal/view

Ministério da Saúde. PCDT Hiperprolactinemia. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hiperprolactinemia/view

Ministério da Saúde. PCDT Dislipidemia. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dislipidemia/view

Fontes externas orientam a proposta técnica; seus critérios administrativos não foram adotados como regras de Quedas do Iguaçu. Prioridades eletivas e acesso à PAAF, cirurgia e serviços de apoio dependem de validação pela gestão e rede local.