

**PROCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA - ADULTO

**Florianópolis-SC
Julho de 2016**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, consequentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

1. A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
2. O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
3. Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada entre seu Município e o Estado.
4. O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
 - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
5. O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
6. As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.
7. As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
8. O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o Relatório de Contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
9. Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Regulação Estadual.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- a) Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- b) Cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- c) Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- ☐ ☒ Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- ☐ ☐ Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
- ☐ ☒ Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- ☒ ☐ Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.	hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatose hepática,
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

10. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

11. PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA – ADULTO:

11.1. Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta

Foram elencados os seguintes sinais e sintomas de doenças ou patologias a serem encaminhados e posteriormente regulados:

8.1.2 Patologias:

- Diabetes mellitus
- Bócio multinodular
- Hipertireoidismo
- Hipotireoidismo
- Nódulos de tireóide
- Câncer de tireóide
- Obesidade
- Dislipidemia
- Alterações no metabolismo ósseo
- Doenças gonadais
- Ginecomastia
- Doenças neuroendócrinas
- Doença adrenal
- Hiperandrogenismo

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Hipotireoidismo compensado
- Nódulos de tireóide sem indicação de PAAF
- Diabetes mellitus compensado
- Dislipidemia leve-moderada
- Obesidade com IMC < 35

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGENCIA HOSPITALAR:

- Crise tireotóxica
- Coma mixedematoso
- Cetoacidose diabética
- Estado hiperosmolar não-cetótico

ENCAMINHAR PARA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO:

- Nódulos e massas cervicais não tireoideanas.
- Nódulos de tireóide com indicação cirúrgica: suspeita de malignidade, hipertireoidismo de difícil controle clínico, exoftalmia maligna, bócio mergulhante ou com desvio em estruturas nobres como traquéia, bócio inestético.

PROTOCOLO DE ACESSO – DIABETES MELITUS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos): todos os casos
- DM tipo 2: casos tratados e não responsivos à insulinoterapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicosilada aumentada
- Pacientes em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso)
- Co-morbidades: nefropatia, neuropatia, retinopatia, cardiopatia, dislipidemia e HAS.
- Insuficiência renal crônica (IRC) com creatinina > 1.5mg/dl
- Diabetes pós-transplante
- Diabetes gestacional

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de diagnóstico e a presença ou não de co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemoglobina glicosilada, creatinina, glicemia, colesterol, triglicerídeos.
- Descrever insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia.
- Outras medicações em uso.
- Peso do paciente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Cetoacidose diabética, estado hiperosmolar não-cetótico
AMARELO	Presença de complicações crônicas (nefropatia, retinopatia, cardiopatia)
VERDE	DM descompensado
AZUL	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – BÓCIO UNI OU MULTINODULAR

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente)
- Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecóico > 1cm ou iso/hipoecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia)
- Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade
- Indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande ou que está crescendo)

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sinais e sintomas.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, ultrassom de tireóide. Descrever laudo de PAAF se já realizou.
- História familiar de câncer de tireoide.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Nódulos com PAAF Bethesda IV a VI, sintomas compressivos, TSH diminuído, suspeita de malignidade
VERDE	Nódulos com PAAF Bethesda I, III
AZUL	Nódulos com PAAF Bethesda II ou sem indicação de PAAF

PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTIREOIDISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

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

OBS: paciente com características sugestivas de doença de Graves (bócio difuso ou oftalmopatia) não é necessário a repetição do exame antes do encaminhamento.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso.

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre, T3, TRAB.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Crise tireotóxica após tratamento de emergência
AMARELO	Hipertireoidismo clínico e gestantes
VERDE	Hipertireoidismo subclínico em idosos e cardiopatas
AZUL	Hipertireoidismo subclínico

PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOTIREOIDISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

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

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso, dose da levotiroxina em uso, peso do paciente.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Coma mixedematoso após tratamento de emergência
AMARELO	Gestante, pós tireoidectomia por Câncer, hipotireoidismo central
VERDE	Uso mais de 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina, hipotireoidismo descompensado
AZUL	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO – NÓDULO DE TIREÓIDE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente)
- Nódulo com indicação de PAAF: nódulo hipoecóico > 1cm ou iso/hiperecóico > 1,5 cm ou nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonodomegalia)
- História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade
- Sinais e sintomas compressivos ou com suspeita para malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas)

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso, história familiar de câncer de tireoide. - Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre ou T4 total, ultrassom de tireóide.
- Encaminhar o paciente com o resultado da PAAF quando estiver indicada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	TSH diminuído; sintomas compressivos, nódulos com PAAF Bethesda IV a VI
VERDE	Nódulos indeterminados (Bethesda I e III)
AZUL	Nódulos com PAAF Bethesda II

PROTOCOLO DE ACESSO – CANCER DE TIREÓIDE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os pacientes com diagnóstico histológico.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso, história familiar de câncer de tireoide.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TSH, T4 livre ou T4 total, ultrassom de tireóide.
- Encaminhar o paciente com o resultado da PAAF e pesquisa de corpo inteiro se já realizou.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Carcinoma anaplásico
AMARELO	Demais tipos histológicos com metástase
VERDE	Demais casos
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – OBESIDADE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problema endocrinológico: HAS refratária e/ou fácies cushingóide, estrias violáceas, fraqueza proximal importante)
- IMC >35 com co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas, doença hepática gordurosa não alcoólica.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, peso, IMC, co-morbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): glicemia, colesterol, triglicerídeos, TSH, Hemoglobina glicada

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Suspeita de obesidade secundária
VERDE	IMC >35 com co-morbidades ou > 40 sem co-morbidades
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos não responsivos à mudança de estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas: colesterol >240 mg/dl e/ou triglicerídeos > 200mg/dl

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de manifestações de alarme assim como o tempo de evolução.
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Hipertrigliceridemia acima de 500 mg/dl;
VERDE	Casos não responsivos à mudança de estilo de vida e à terapêutica com estatinas: colesterol >240 mg/dl e/ou triglicerídeos > 200mg/dl
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NO METABOLISMO ÓSSEO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hiperparatireoidismo primário
- Hipoparatireoidismo sintomático (parestesias, câimbras, tetania)
- Pós tireoidectomia/ cirurgia cervical
- Osteoporose grave: DMO com escore T <2,5 DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DMO.
- Suspeita de osteoporose secundária (hipogonadismo, uso crônico de corticoide, hiperparatireoidismo)

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas.
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: PTH, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, albumina, densitometria óssea.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Crise hipocalcêmica após tratamento de emergência
AMARELO	Hiper/hipoparatireoidismo sintomático, osteoporose grave
VERDE	Outros casos
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS GONADAIS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Ginecomastia no homem acima de 18 anos
- Hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal
- Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorreia, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas.
- Descrever laudo de exames realizados com data do exame: hemograma, testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol, estradiol, TC, USG.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio no desenvolvimento puberal
VERDE	Amenorréia primária
AZUL	Hipogonadismo masculino com exame laboratorial compatível, amenorreia secundária

PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Aumento do tecido glandular (maior que 2cm de diâmetro), localizado centralmente na sua forma, geralmente bilateral.
- Diferenciar de lipomastia (acúmulo de gordura)
- Afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição, IRC (geralmente associadas a ginecomastia)
- Atentar para sinais de malignidade: lesões unilaterais, massas endurecidas e/ou fixas, descarga mamilar, adenomegalias regionais, massa palpável testicular, suspeita de tumor adrenal.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas.
- Descrever laudo de exames realizados com data do exame: testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, LH, prolactina, estradiol, HCG, creatinina, cariótipo, USA mamas e mamografia bilateral

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Suspeita de malignidade
AMARELO	Ginecomastia assimétrica ou progressiva
VERDE	Ginecomastia em adolescentes com mais de 6 meses de evolução ou suspeita de outra doença associada
AZUL	Demais casos

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROENDÓCRINAS/ HIPOFISÁRIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma cranio-encefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central)
- Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer
- Acromegalia: GH elevado
- Prolactinoma: galactorréia, amenorreia, prolactina elevada
- Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto
- Diabetes insipidus
- Hipocortisolismo: hipotensão arterial
- Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão, hiperpigmentação, perda de peso
- Feocromocitoma: hipertensão paroxística com tríade clássica: cefaleia, sudorese, palpitação
- Hiperaldosteronismo primário
- Síndrome de Cushing: hipertensão, DM, fraqueza muscular, obesidade

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução.
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC crânio, T4livre, TSH, prolactina, IGF-1, cortisol pós dexametasona, testosterona, LH, FSH.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Apoplexia hipofisária
AMARELO	Tumor hipofisário invasivo, compressão de quiasma, suspeita de hipopituitarismo
VERDE	Hipopituitarismo, tumor secretor
AZUL	Incidentaloma e tumores não secretores sem sintomas compressivos

PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA ADRENAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- - Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem
- Lesões em topografia de adrenal a esclarecer.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução.
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC com protocolo para adrenal, cortisol pós dexametasona, cortisol urinário 24 horas, catecolaminas plasmáticas e urinárias 24 horas, metanefrinas urinárias 24 horas.
- Se hipertensão: aldosterona e atividade plasmática de renina.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Suspeita de carcinoma adrenal (lesão > 4cm e/ou com efeito de massa, dor abdominal)
AMARELO	Hipersecreção de cortisol (Cushing). Hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, amenorreia), excesso de estrogênio (ginecomastia) ou aldosterona (hiperaldosteronismo)
VERDE	Incidentaloma adrenal sem quadro clínico sugestivo de adenoma secretor
AZUL	Demais casos

PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERANDROGENISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- pacientes com sinais clínicos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual ou alopecia androgenética).

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução.
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: 17(OH) progesterona, testosterona total, S-DHEA, LH, FSH, TSH, prolactina, ultrassonografia transvaginal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Início abrupto de quadro clínico
VERDE	
AZUL	Demais casos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>
- Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia, 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf
- Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf
- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf
- Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>
- Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf
- Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVIC3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

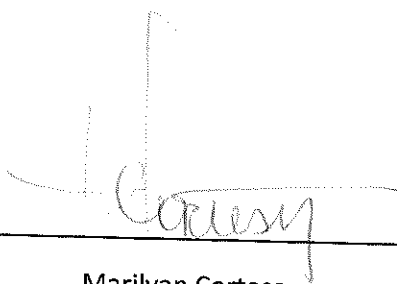
10. COLABORADORES:



Dra. Telma E. da Silva
Médica Reguladora GECOR
CRM/SC 8316



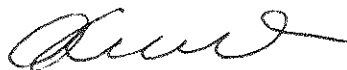
Dr. Paulo de Tarso Freitas
Endocrinologista
CRM/SC 7564



Marilvan Cortese
Gerente de Complexos Reguladores SES



Karin Cristine Geller Leopoldo
Diretora de Planejamento, Controle e
Avaliação do SUS



Dra. Lúcia Regina Gomes Mattos Schultz
Superintendente de Serviços Especializados e
e Regulação