

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À ENDOCRINOLOGIA INFANTIL - BAIXA ESTATURA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2021
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Organização

Colaboradores:

Dra. Camila Aparecida Polli – médica endocrinologista infantil- NIS.

Dra. Maria Isabel Polli Maciejazack- médica endocrinologista infantil-NIS.

Dra. Patrícia Thomazeski - médica endocrinologista infantil-NIS.

Dra. Fabiana Petter Camillo- assessoria Técnica Saúde da Criança e do Adolescente.

Fabiana B. de Alcântara- Diretora da Regulação em Saúde.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
BAIXA ESTATURA-VARIANTES NORMAIS	06
BAIXA ESTATURA-CAUSAS PATOLÓGICAS	07
PAPEL DO PEDIATRA NA UBS	10
QUANDO INVESTIGAR	12
INVESTIGAÇÃO NA APS	13
ENCAMINHAMENTO AO ENDOCRINOLOGISTA	13



INTRODUÇÃO:

A **Atenção Primária à Saúde (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da APS.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de *protocolos* para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados, facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em



saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela APS, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico (pediatra) /generalista ESF que fará o encaminhamento deste paciente.
- O paciente deverá ser agendado de acordo com Classificação de Prioridade (P2 / P3) e disponibilidade de vagas no SIIM pela própria UBS e quando for classificado como P1, deverá ser encaminhado por e-mail à Central de Regulação, que efetuará o agendamento em tempo oportuno seguindo critérios de priorização deste protocolo.
- Casos classificados como P0 deverão ser encaminhados ao serviço de Urgência/Emergência do Município.
- O paciente será acompanhado conjuntamente pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria APS.

CRITERIOS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Encaminhamento feito pelos pediatras e/ou generalistas de Unidades Básicas de Saúde ou médicos dos ambulatórios do município.

É necessário ressaltar que quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional encaminhante, tais como: história, tempo de evolução, dados de exames físicos e outras situações clínicas, medicamentos em uso, exames e tratamento já realizados podem e devem fazer parte deste encaminhamento.



BAIXA ESTATURA

DEFINIÇÃO:

A detecção de problemas de crescimento, como a baixa estatura, deve-se basear nas medidas seriadas de peso e altura.

VARIANTES NORMAIS:

1- BAIXA ESTATURA FAMILIAR

- Estatura: abaixo do P 3
- Velocidade de crescimento (VC): normal
- Idade óssea (IO): não atrasada
- Canal familiar: dentro do canal familiar (baixo)
- Estigmas: sem estigmas
- Estirão puberal: na Idade cronológica normal

2- BAIXA ESTATURA CONSTITUCIONAL

- Estatura: abaixo P3
- VC: normal
- IO: atrasada
- Estigmas: Sem estigmas
- Estirão puberal e desenvolvimento de caracteres sexuais: Atraso do estirão puberal e da puberdade
- História Familiar de atraso puberal



3- BAIXA ESTATURA CONSTITUCIONAL COM COMPONENTE FAMILIAR

- Estatura: abaixo P3
- VC: normal
- IO: atrasada
- Canal familiar: Segue o canal familiar parcial ou totalmente abaixo P3
- Estigmas: sem estigmas

CAUSAS PATOLÓGICAS:

1- DESPROPORCIONADA:

- Calculo das medidas dos segmentos Segmento Superior / Segmento Inferior
- Valores normais: RN: 1,7
3 anos: 1,3
> 8 anos: 1
- Valor abaixo de 1 = Desproporcionada
- Exemplo: Raquitismo. Displasias ósseas

2- PROPORCIONADA:

CAUSAS INTRAUTERINAS: crescimento intrauterino, placentária, infecções, genéticas, cromossômicas, desnutrição, sindrômicas e ADQUIRIDAS: doenças crônicas, renais, gastrintestinais, pulmonares, cardíacas, desnutrição, neuroendócrinas, privação psicossocial.

a- CAUSAS SINDRÔMICAS

Características gerais:

- Microcefalia
- Alterações faciais
- Dismorfismos



- Alterações intelectuais
- ADNPM
- Desproporção corporal

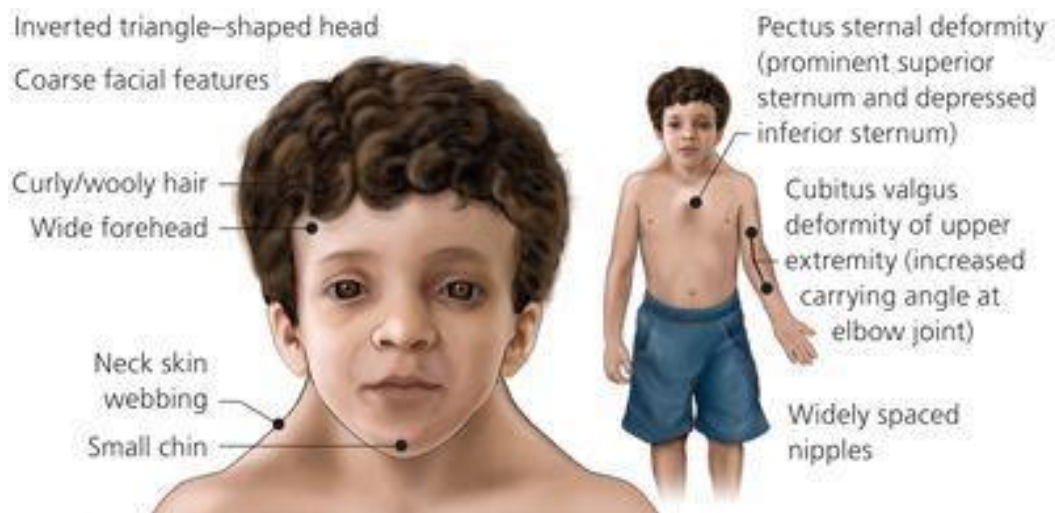
EXEMPLOS:

1. SILVER RUSSEL

- Baixa estatura de início pré-natal
- Assimetria dos membros
- 5º quirodáctilo curto
- Fechamento tardio de fontanela anterior

2. NOONAN

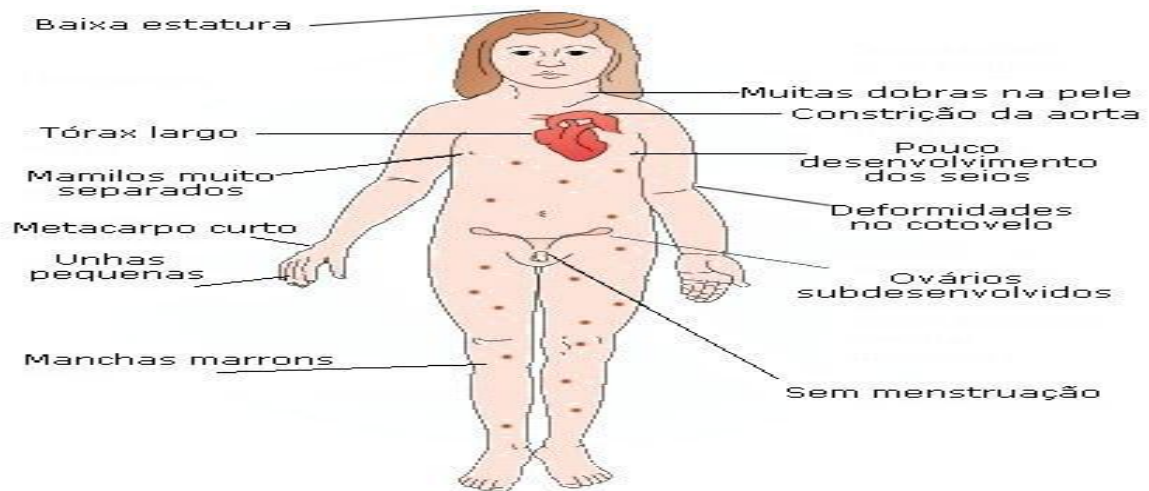
- Pescoço alado
- Pectus escavatum
- Criptorquidia
- Estenose pulmonar





3. TURNER

- Meninas baixas
- Pescoço alado e curto
- Baixa implantação de cabelo e em tridente
- Nevus
- Hipertelorismo
- Linfedema congênito



Conduta: avaliação do neuropediatra e geneticista (UNICAMP)

b- DOENÇAS CRÔNICAS

- Doenças Renais
- Doença GI (Celíaca)
- Doença Pulmonar
- Doença cardíaca
- Doenças hepáticas
- Doenças reumatológicas
- Desnutrição
- Privação psicossocial

c- DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS

- Deficiência de GH
- Hiper cortisolismo endógeno e exógeno



- Hipotireoidismo.

PAPEL DO PEDIATRA NA UBS:

❖ COMO AVALIAR O CRESCIMENTO: Utilizar o gráfico de crescimento

1- Calcular o Canal familiar:

- Medir os pais;

- Cálculo do canal familiar:

$$\text{- Meninas: } \frac{E \text{ mãe} + E \text{ pai} - 13}{2} \quad +/- 9$$

2

$$\text{- Meninos: } \frac{E \text{ mãe} + E \text{ pai} + 13}{2} \quad +/- 10$$

2

Obs.: Acima do percentil 3, mas abaixo do canal familiar pode representar problema.

2- Estatura:

- Encontrar o percentil na curva de crescimento e acompanhar.
- Se < percentil 3-5 isolado, pode não ser doença, representa o extremo da distribuição normal, 3% da população.
- Se mudança de percentil pode ser problema.

3- Crescimento esperado:

Fase lactente (até 2 anos)

- 1º ano de vida: 23-27cm/ano (média 25 cm/ano)



- 2º ano de vida: 12-15 cm/ano

Obs.: Fatores nutricionais e ambientais x Fatores genéticos e hormonais:

-Pode haver mudança de percentil até os 4 anos, devido aos fatores genéticos (canal familiar)

-No prematuro deve-se fazer correção para idade gestacional até os 2 anos de idade

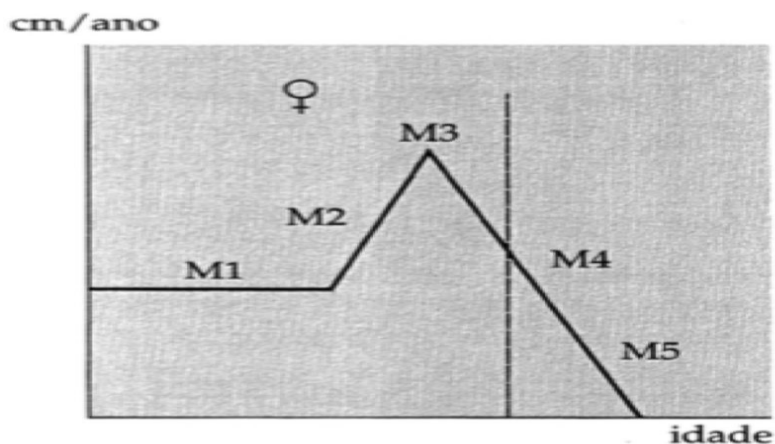
□ Fase pré-pubere (3 anos até a puberdade)

- Velocidade de crescimento (VC): 4-6 cm/ano

Obs.: abaixo de 4 cm/ano, investigar fatores genéticos e hormonais

□ Fase puberal – MENINAS

- Estirão: M3
- VC: 8-10cm/ano
- Menarca até fase adulta: 6-7 cm

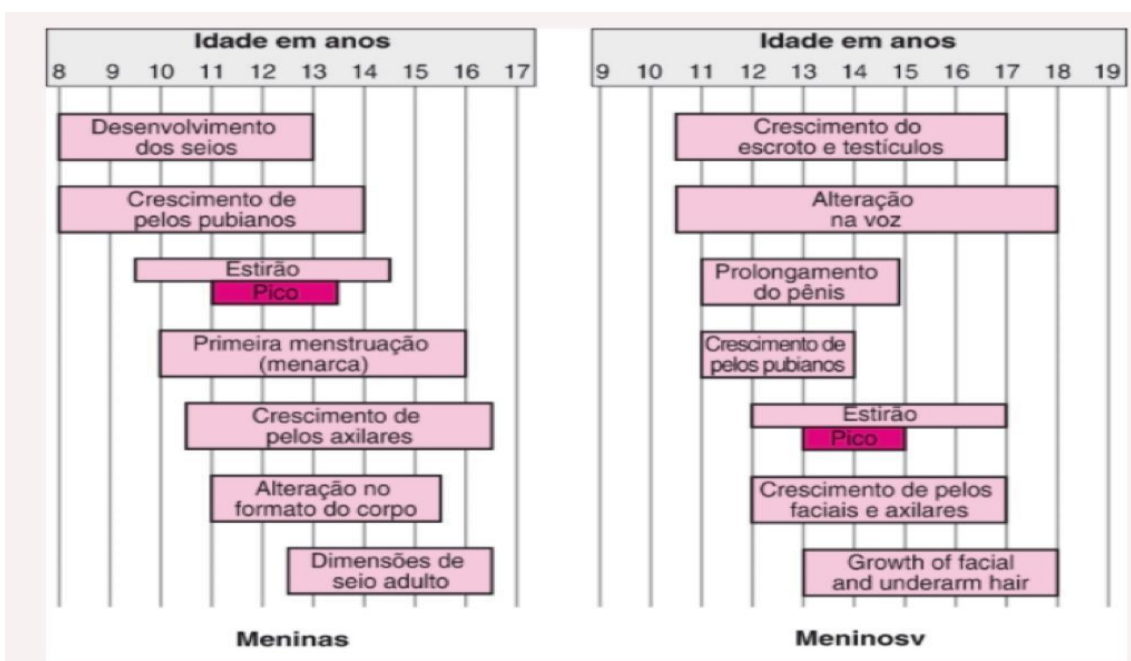
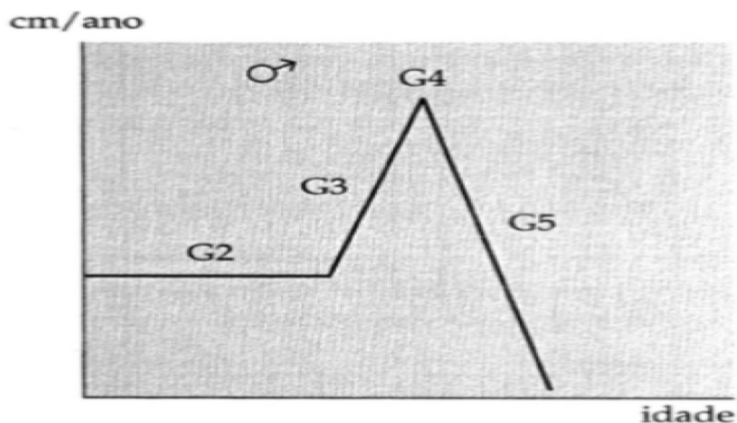


□ Fase puberal – MENINOS

- Estirão: G4
- VC: 10-12cm/ano



- Final da puberdade: 1-1,5cm/ano por 3 anos



QUANDO INVESTIGAR:

Crianças com os seguintes critérios de baixa estatura:

- Abaixo do canal familiar;



- Curva de crescimento abaixo P3;
- VC menor que o esperado para idade;

INVESTIGAÇÃO EM UBS

Obs.: doenças crônicas já diagnosticadas são consideradas a causa da baixa estatura, portanto não de causa endocrinológica. Exemplos: Asma descontrolada, Cardiopatias congênitas, Doenças renais crônicas, doença celíaca, anemias familiares, etc.

- ✓ Manter a curva de crescimento atualizada para identificar quando investigar.
- ✓ Anamnese: observar sinais sistêmicos acompanhados da baixa estatura.
- ✓ Sugestão de exames para diagnóstico diferencial:
 - Hemograma;
 - Glicemia;
 - PPF;
 - Proteínas totais e frações;
 - TGO, TGP;
 - Creatinina;
 - Urina tipo 1 e urocultura;
 - Ac. anti transglutaminase IgA ;
 - IgA;
 - Cálcio, fosforo e fosfatase alcalina;
 - TSH, T4livre;
 - Idade Óssea.

ENCAMINHAMENTO AO ENDOCRINOLOGISTA INFANTIL:

Após afastar doença crônica e preencher os critérios de baixa estatura, encaminhar com:

- ✓ Enviar gráfico de peso e crescimento ou evolução do percentil.



- ✓ Encaminhar exames previamente solicitados.

BIBLIOGRAFIA:

Endocrinologia para o Pediatra, 3ª edição, 2006, Editora Atheneu

Endocrinologia na Prática Pediátrica, 2ª edição, 2016, Editora Manole.