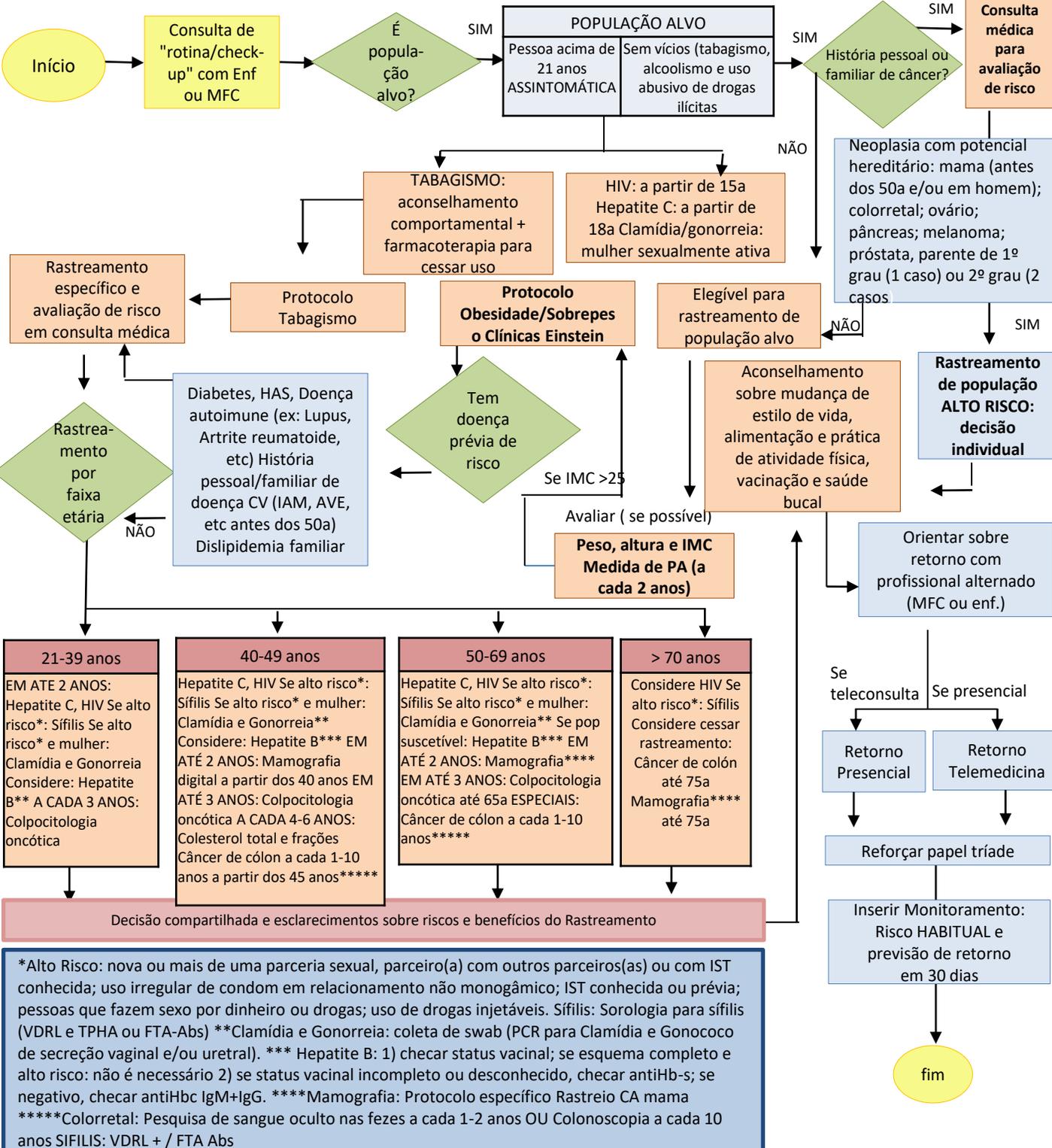


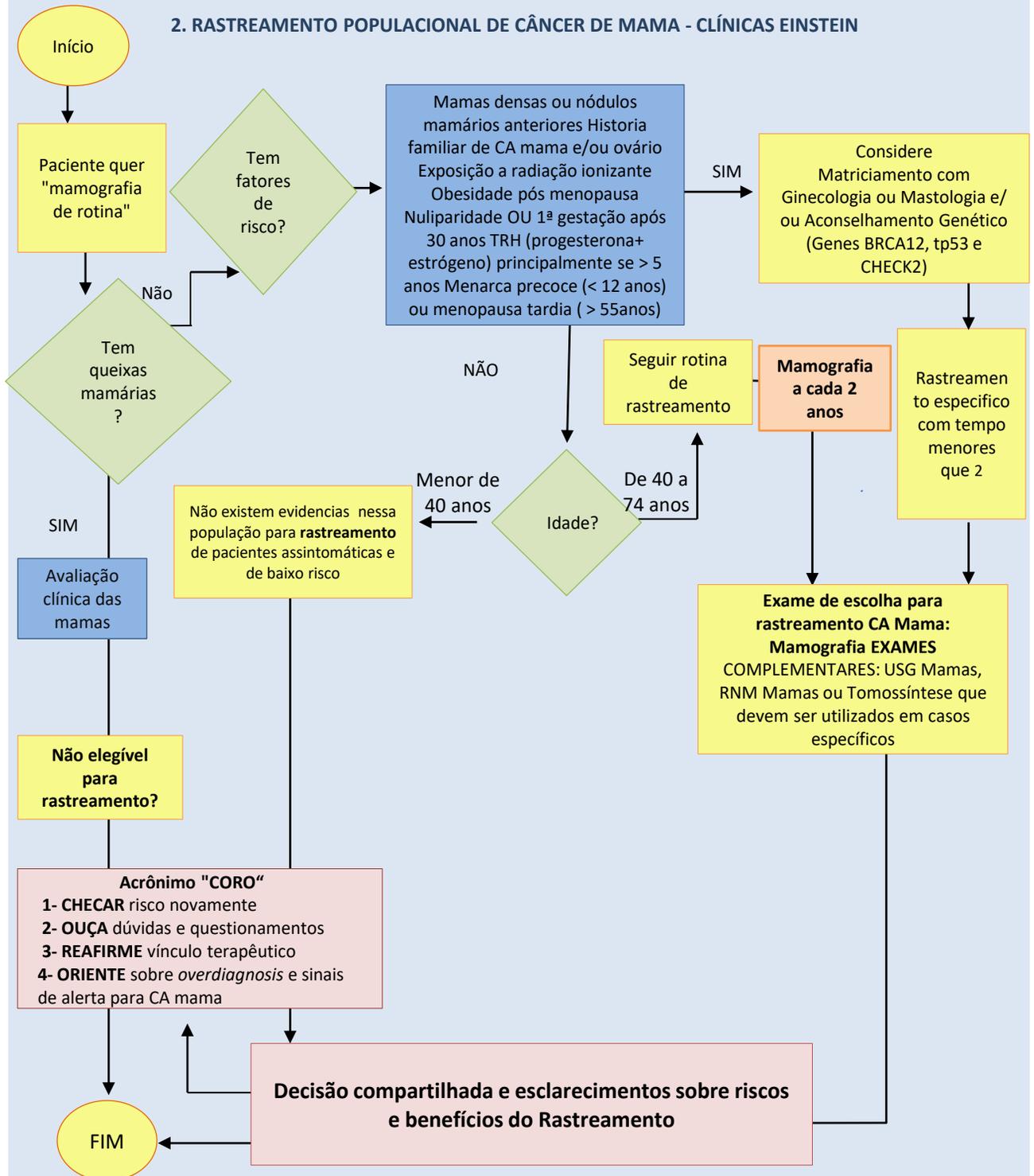


1. RASTREAMENTO POPULACIONAL - CLÍNICAS EINSTEIN



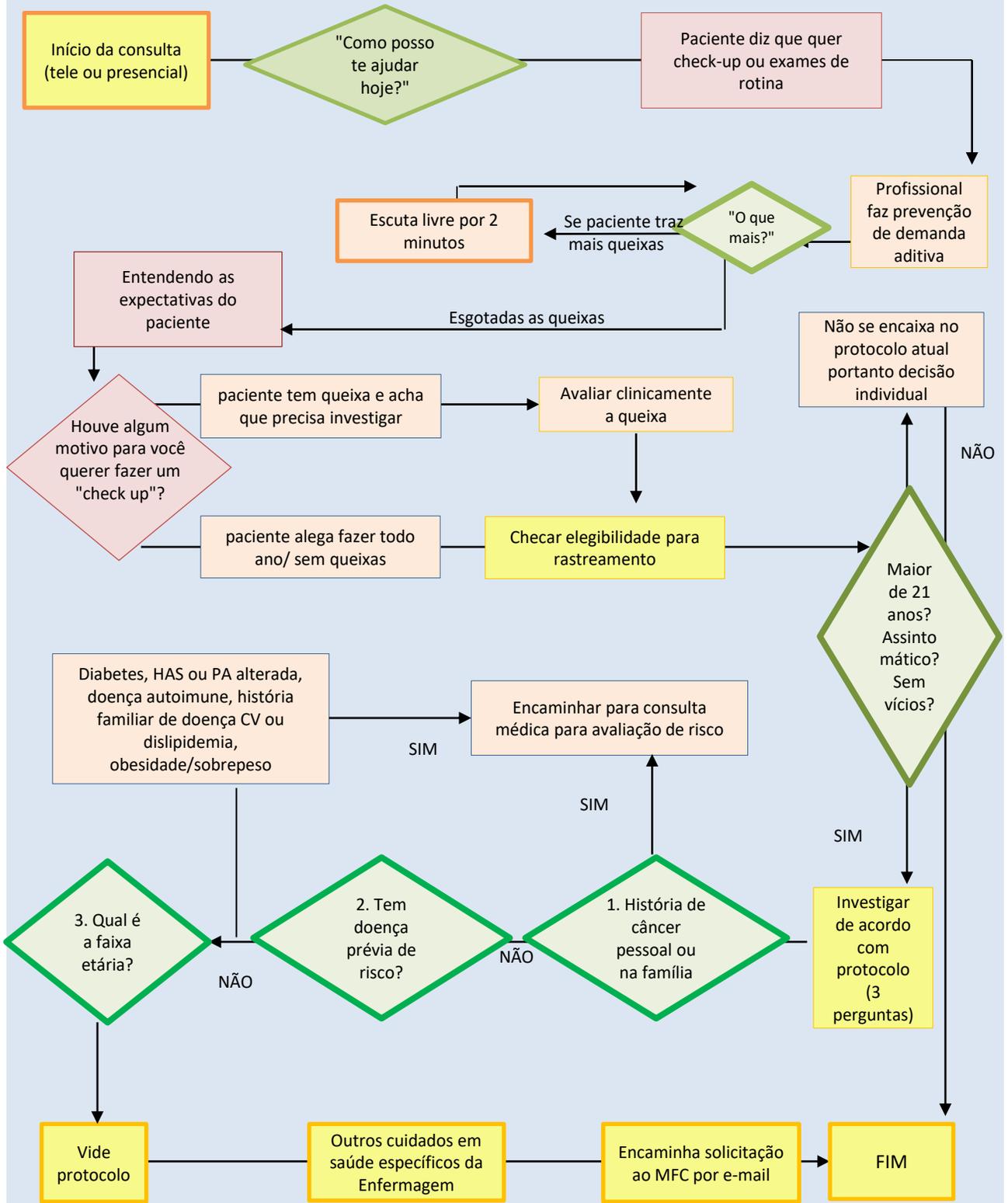
*Alto Risco: nova ou mais de uma parceria sexual, parceiro(a) com outros parceiros(as) ou com IST conhecida; uso irregular de condom em relacionamento não monogâmico; IST conhecida ou prévia; pessoas que fazem sexo por dinheiro ou drogas; uso de drogas injetáveis. Sífilis: Sorologia para sífilis (VDRL e TPHA ou FTA-Abs) **Clamídia e Gonorreia: coleta de swab (PCR para Clamídia e Gonococo de secreção vaginal e/ou uretral). *** Hepatite B: 1) checar status vacinal; se esquema completo e alto risco: não é necessário 2) se status vacinal incompleto ou desconhecido, checar antiHb-s; se negativo, checar antiHbc IgM+IgG. ****Mamografia: Protocolo específico Rastreio CA mama *****Colorretal: Pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada 1-2 anos OU Colonoscopia a cada 10 anos SIFILIS: VDRL + / FTA Abs

2. RASTREAMENTO POPULACIONAL DE CÂNCER DE MAMA - CLÍNICAS EINSTEIN



Citation: Schrager S, Little T. "Breast Cancer Screening Shared Decision Making Toolkit." University of Wisconsin-Madison School of Medicine & Public Health. Madison, WI; 2017. Available at: <https://www.hipxchange.org/ScreeningMammo>.

3. FLUXOGRAMA DE DINÂMICA DE CONSULTA DE "ROTINA" PARA ENFERMAGEM E MFC



RISCO CARDIOVASCULAR

Difere de fatores de risco CV, é avaliação de risco de desenvolver doença CV ou de mortalidade por isso em 10 anos. São utilizadas calculadoras para isso, que normalmente calculam para idades a partir de 40 anos. É necessária a dosagem de colesterol total e frações, além de dados da história (história de evento CV, tabaco, uso de medicações) e exame físico (medida da PA, peso e altura). Utilizar calculadora de risco específica (Alice: ASCVD)

COLESTEROL E DISLIPIDEMIA

Não há consenso no rastreamento de população assintomática e sem fatores de risco CV. Recomenda-se a avaliação a partir dos 40 anos para cálculo do risco CV e reavaliação a cada 4-6 anos.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

- Rastreio independente da vida sexual ativa
- 21 a 29 anos a cada 3 anos = CO apenas
- 30-65anos: CO apenas OU a cada 5 anos pesquisa de HPV alto risco sozinho OU a cada 5 anos CO + pesquisa de HPV (coteste)
- **Mulheres vacinadas = mesmo rastreamento**
- **Mulheres pós hysterectomia = não indicada coleta desde que nunca tenha tido NIC**
- **Imunossuprimidas ou HIV + ; história de câncer cervical ou NIC = não se enquadram nesse rastreamento**
- *interromper aos 64 anos se 2 exames normais consecutivos nos últimos 5a

CÂNCER COLORRETAL

- Pacientes com história de polipose intestinal pessoal ou familiar não são elegíveis para rastreamento comum, devem seguir outra recomendação a depender do resultado do anatomopatológico e hábitos de vida

CÂNCER DE MAMA

É CONSIDERADA POPULAÇÃO DE ALTO RISCO (não elegível para rastreamento comum):

História familiar

- Um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama e idade < 50 anos;
- Dois parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama e idade > 50 anos (do mesmo lado da família)
- Três parentes de segundo grau (avó, primas e tias) com câncer de mama em qualquer idade (do mesmo lado da família)
- Câncer de mama num homem da família OU câncer de mama bilateral na família
- Câncer de próstata metastático na família (primeiro ou segundo grau)
- Parente com dois tumores primários de mama ou câncer de mama mais câncer de ovário/ tubas uterinas/ peritoneal - Associação em um indivíduo da família (primeiro ou segundo grau) de câncer de mama com um ou mais dos seguintes: câncer de tireóide, sarcoma, carcinoma adrenocortical, câncer endometrial, câncer pancreático, tumores cerebrais, câncer gástrico difuso, manifestações dermatológicas ou leucemia/ linfoma do mesmo lado da família
- Parente com mutação conhecida para um gene de suscetibilidade para câncer de mama

História pessoal

- História pessoal de hiperplasia ductal ou lobular atípicas ou carcinoma lobular in situ
- História pessoal de câncer de mama, ovários, tubas ou peritônio - Radioterapia torácica prévia entre 10 e 30 anos de idade
- Biópsias mamárias prévias com indicadores de lesões de alto risco

FLUXOGRAMA RASTREAMENTO

Pessoa busca serviço para fazer exames de rotina/check-up → questionar queixas e comorbidades → ausência de queixas, ausência de comorbidades ou comorbidades controladas → seguir orientações de solicitação de exame para pessoas sem queixas / rastreamento

Condição \ Idade	Idade					
	18*-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70+ anos
HIV						
Hepatite B						
Hepatite C						
Sífilis						
Clamídia						
Gonorréia						
Câncer de Colo útero						
Cancer Colorretal						
Cancer de Mama						
Cancer de Pulmão						
Cancer de Próstata						
Obesidade (IMC)						
Hipertensão Arterial (PA)						
Diabetes Mellitus						
Risco Cardiovascular						

	Toda a população elegível
	Populações específicas (consultar tabelas)

Rastreamento populacional IST:

Pré requisito: ter iniciado vida sexual / ser sexualmente ativo

Tabela 1 – Rastreamentos IST

	Público Alvo	Frequência	Como rastrear	E se vier alterado?
HIV	< de 30 anos	anual	Teste rápido ou análise laboratorial (Sorologia para HIV1 e HIV 2)	- Se alterado, solicitar teste confirmatório complementar sequencial (Western Blot, imunoblot ou teste molecular). - No caso de resultados discordantes dos exames laboratoriais, solicitar quantificação da CV para HIV para confirmação do diagnóstico. Se CV não disponível, os testes laboratoriais devem ser repetidos em 30 dias, para confirmar ou descartar soroconversão recente - Após confirmação do resultado reagente, notificar e garantir início de tratamento breve
	Gestante	- Na primeira consulta de pré-natal; - No 3º tri (28ª semana); - No momento do parto		
	Pessoas com diagnóstico de IST	No diagnóstico e 4- 6 semanas após.		
	Gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas	Semestral		
	Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos			
	População privada de liberdade			
	Violência sexual	Atendimento		
	Pessoas com indicação de PEP	inicial, 4 a 6 semanas após a exposição e 3 meses após a exposição.		
Em uso de Prep	A cada visita			

SÍFILIS	< de 30 anos Gestante	anual - Na primeira consulta de pré-natal; - No 3º tri (28ª semana); - No momento do parto	Teste rápido (treponêmico) ou VDRL (não treponêmico) laboratorial	Se não treponêmico (VDRL) reagente, solicitar teste treponêmico (FTA-ABs). Avalie resultados: - Se VDRL (+) e FTA-ABs (+) = Podem significar sífilis ativa, sífilis latente ou sífilis tratada. - Se VDRL (+) e FTA-ABs (-) = Provavelmente reação cruzada e esse resultado um falso-positivo. - Se VDRL (-) e FTA-ABs (+) = Pode ser sífilis primária (com possível presença do cancro) ou sífilis tratada. - Se VDRL (-) e FTA-ABs (-) = Provavelmente não tem sífilis ou a infecção é muito recente. Considere repetir 20-30 dias.
	Pessoas com diagnóstico de IST	No diagnóstico e 4- 6 semanas após.		
	Gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas	Semestral		
	Pessoas vivendo com HIV			
	Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos			
	População privada de liberdade			
	Violência sexual	Atendimento inicial, 4 a 6 semanas após a exposição		
Pessoas com indicação de PEP	Trimestral			
Pessoas em uso de PrEP				

HEPATITE B e C	População Geral Gestante	1ª Consulta	Hepatite B: teste rápido ou HBsAg (laboratorial) Hepatite C: teste rápido ou HCV (laboratorial)	Hepatite B: solicitar Anti-HBc total, Anti-HBc IgM e Anti-HBs. - HBsAg: indica infecção ativa - Anti-HBs: indica imunidade a HBV - Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida) - Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Se infecção aguda ou crônica, matriciar com clínica médica ou infectologia. Hepatite C: solicitar carga viral do HCV (HCV-RNA, realizado por PCR). Se indetectável, repetir HCV-RNA em 3-6 meses. Se detectável, encaminhar para infectologia
	Pessoas com diagnóstico de IST Gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas	No momento do diagnóstico		
	Pessoas vivendo com HIV	Semestral a anual.		
	Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos			
	População privada de liberdade			
	Violência sexual	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída;		
Pessoas com indicação de PEP	Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.			
Pessoas em uso de PrEP	Trimestral			
Clamídia e Gonorreia	Mulheres < 25 anos (inclui gestante)	anual	Conforme práticas sexuais (tabela 2)	Apenas clamídia positivo: prescrever Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes) Gonorreia positivo: prescrever Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
	Mulheres 25-30 anos se fatores de risco ¹	anual		
	Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico		
	Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral		
	Violência sexual	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição.		
	Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição (exceto em casos de acidente com material biológico).		
Pessoas em uso de PrEP	Semestral			

¹Fatores de risco: IST prévia, novo parceiro, parceiro tendo relação com outras pessoas, parceiro sexual com IST, uso inconstante de preservativo, troca sexo por dinheiro, privação de liberdade

Tabela 2 – Coleta clamídia e gonococo conforme práticas sexuais

Prática sexual	Sítio de coleta	Orientações
Sexo oral sem preservativo	Orofaringe	Utilizar o swab para coletar amostra da região da faringe posterior, acima da borda inferior do palato mole e das criptas tonsilares.
Sexo anal receptivo sem preservativo	Ânus	O swab deve ser inserido de 2 a 3 cm no reto, girando contra a parede retal por 10 segundos. Se ocorrer contaminação por fezes, descarte a haste e use outra para a obtenção do espécime. Em pacientes sintomáticos, espécimes anorretais devem ser obtidos preferencialmente sob visão direta após a inserção de um proctoscópio.
Sexo vaginal receptivo sem preservativo	Genital (secreção vaginal e amostras endocervicais)	Ao coletar o material genital, o swab deve ser inserido de 1 a 2 cm dentro do orifício cervical e rotado duas ou mais vezes, sendo retirado depois sem encostar nas paredes da vagina. Em mulheres, a análise da urina pode detectar até 10% a menos de infecções quando comparado à coleta de material vaginal ou endocervical.
Sexo insertivo sem preservativo	Urina (preferencialmente) ou uretra	Deve ser coletada urina após o paciente ficar aproximadamente 1 hora sem urinar e sem desprezar o primeiro jato. O material do interior da uretra (2 a 4 cm para dentro) deve ser coletado mesmo que haja exsudato no meato.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2022), Ghanem e Tuddenham (2022) Dynamed (2021a, 2021b, 2023a, 2023b, 2023c), Hsu (2022) [1,2,6–12,14].

RASTREAMENTOS ONCOLÓGICOS

Tabela 3 - Rastreamentos oncológicos

	Público Alvo	Frequência	Como rastrear	E se vier alterado?
Colo Uterino: indicado para pessoas com colo do útero que já tiveram algum tipo de atividade sexual penetrativa (com pênis, oral, dedos, objetos etc).	21-29 anos	Em até 3 anos	Colpocitologia oncótica (CO)	Avaliar tabela 4
	30-64 anos	Em até 3-5 anos	*Em até 3 anos: apenas CO, se normal *Em até 5 anos: CO + Pesquisa HPV alto risco, se CO normal e HPV negativo	

	Público Alvo	Frequência	Como rastrear	E se vier alterado?
Colo Uterino: indicado para pessoas com colo do útero que já tiveram algum tipo de atividade sexual penetrativa (com pênis, oral, dedos, objetos etc).	21-29 anos	Em até 3 anos	Colpocitologia oncótica (CO)	Avaliar tabela 4
	30-64 anos	Em até 3-5 anos	*Em até 3 anos: apenas CO, se normal *Em até 5 anos: CO + Pesquisa HPV alto risco, se CO normal e HPV negativo	
	PVHIV	Semestral se: primeiro ano diagnóstico ou CD4 < 200 Anual se: após primeiro ano, se normal.	CO	
Mama	Risco habitual: 40-74 ano	Em até 2 anos se Birads 1 ou 2 (normais)	Mamografia ²	Birads 0 = solicitar exame complementar ² Birads 3= repetir em 6 meses ³
	Alto risco ¹	Matriciar o caso		Birads 4 e 5: matriciar GO /encaminhar caso para avaliar melhor forma de investigação anatomopatológica
Colorretal	Risco Habitual: 45-75 anos	Anual Em até 10 anos, se resultado normal	PSOF Colonoscopia	PSOF positivo: Pedir colonoscopia Avaliar tabela 5
	Alto risco:	1. Se ≥ 1 parente de primeiro grau com câncer colorretal em qualquer idade.	1. Colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico mais jovem de câncer colorretal. Repetir cada 5 anos ou, se possível, de acordo com os achados da colonoscopia. 2. Colonoscopia aos 45 anos de idade. Repita a cada 10 anos se normal.	Encaminhe/matricie com clínica médica se dúvidas
		2. Se parentes de 2º e 3º grau com câncer colorretal em qualquer idade.		
Pulmão	50 a 80 anos com histórico de tabagismo com carga tabágica 20 maços-ano e atualmente fuma ou parou nos últimos 15 anos	Anual	TC Tórax baixa dose de radiação	Lesão sugestiva de neoplasia: matriciar/encaminhar com oncologia

Próstata	55 a 69 anos devem tomar decisões individuais sobre o rastreamento do câncer de próstata, após receber orientações de riscos e benefícios (tabela 6)	Se decidir rastrear: em até 2 anos	PSA total e livre	PSA $\geq 10,0$ ng/mL: Encaminhar/matriciar com urologia PSA Entre 4 -10n/ml: - Avaliar relação PSAtotal/PSAlivre e se < 25%: encaminhar/matriciar com urologia
-----------------	--	------------------------------------	-------------------	---

¹ Alto risco: Mulheres com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras. / Mulheres com história familiar de: pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama. / Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos. / Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal in situ.

² Se mama densa: considerar solicitar US mamas.

³ Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes

⁴ Homens com risco muito alto (mais de um parente de primeiro grau em pouca idade) devem começar a discutir o rastreamento aos 40 anos

Tabela 4 – Alterações colpocitologia oncótica

Resultado		Recomendação	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)	<25a	Repetir citologia em 3 anos ou quando completar 25 anos. Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.
		$\geq 25a$	Repetir citologia em 6 meses. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) ou HSIL, não podendo excluir microinvasão	Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: Encaminhar para a colposcopia.	
	Carcinoma epidermoide invasor	Encaminhar para a colposcopia, matriciar com ginecologia	
	Carcinoma epidermoide invasor	Encaminhar para a colposcopia, matriciar ginecologia/oncologia).	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ ou Adenocarcinoma invasor	Encaminhar para a colposcopia, matriciar ginecologia/oncologia).	

Resultado		Recomendação		
Normal ou alterações celulares benignas		Seguir a rotina de rastreamento.		
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<25a	Repetir citologia em 3 anos. Caso se mantenha essa atipia antes dos 25 anos, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. A partir dos 25 anos, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia.
			25-29a	Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			≥30a	Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.
			Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia.	
		Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)		
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas		Encaminhar para a colposcopia.
		Não se pode afastar lesão de alto grau		

Tabela 5 – Alterações colonoscopia

Alteração	Seguimento Recomendado
Lesões Adenomatosas	
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos
≥ 1 adenoma ≥ 10 mm	
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos – matriciar com gastrologista
Adenoma com displasia de alto grau	
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses- matriciar com gastrologista
Outras lesões	
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	10 anos
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos – matriciar com gastrologista

Tabela 6 - Tópicos para decisão compartilhada Câncer de Próstata

Pontos para conversar com paciente durante a decisão compartilhada de rastreamento de câncer Próstata	
Possíveis Benefícios	Possíveis Danos
<p>1. Encontrar cânceres de próstata que possam apresentar alto risco de propagação, para que possam ser tratados antes de se espalharem. Isso pode diminuir a chance de morte por câncer de próstata em alguns homens.</p> <p>2. Alguns homens preferem saber se têm câncer de próstata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Testes falsos positivos: Isso ocorre quando um homem tem um teste de PSA anormal, mas não tem câncer de próstata. Resultados de testes falsos positivos geralmente levam a exames desnecessários, como uma biópsia da próstata. Eles podem fazer com que os homens se preocupem com sua saúde. Homens mais velhos têm maior probabilidade de apresentar resultados de testes falsos positivos. • Diagnóstico de câncer indolente: O rastreio pode detectar um câncer de próstata que nunca causaria sintomas ou problemas durante a sua vida. O tratamento de homens que não teriam tido sintomas, nem morrerem de câncer da próstata pode levar complicações do tratamento e não trazer nenhum benefício com o tratamento. Isso é chamado <i>de sobrediagnóstico</i>. O câncer de próstata é diagnosticado com uma biópsia de próstata. Uma biópsia da próstata pode causar: Dor, Sangue no sêmen ou ejaculação ou Infecção. • Danos do tratamento: <ul style="list-style-type: none"> - Incontinência urinária: Cerca de 1 em cada 5 homens - Disfunção erétil: Cerca de 2 em cada 3 homens que fazem cirurgia para remover a próstata ficam impotentes, e cerca de metade dos homens que recebem radioterapia ficam impotentes. - Problemas intestinais, incluindo incontinência fecal e urgência: Cerca de 1 em cada 6 homens que fazem radioterapia tem problemas intestinais.

Rastreamento Doenças Crônicas do Estilo de Vida

Tabela 7. Rastreamento doenças crônicas

	Público-alvo	Como rastrear?	Frequência	E se vier alterado?
Obesidade	A partir dos 18 anos	Medir Peso, Altura, Circunferência abdominal ¹ e calcular IMC ²	Se IMC < 25: anual	Se IMC ≥ 25, avalie Pathway/protocolo manejo obesidade
HAS	A partir 18 anos	Medir Pressão Arterial ⁴	- Se 18 a 39 anos: em até 3-5 anos; - Se ≥ 40 anos e/ou com fatores de risco ³ : anual	Se PA ≥ 140x90 em duas ocasiões distintas, avalie Pathway/protocolo manejo de Hipertensão Arterial
DM	- Usar a calculadora Findrisc, rastrear se resultado ≥ 15 - Entre 30 a 75 anos com IMC ≥ 25 - Qualquer idade se IMC ≥ 25 mais 01 fator de risco ⁵	Glicemia de Jejum e Hemoglobina glicada, na mesma amostra	- Se valores normais (GJ < 110 e Hbac < 5,7%) e/ou findrisc 15-20: em até 3 anos - Se pré diabetes (GJ 110 – 126, HbAc 5,7-6,4%) e/ou findrisc 21-30: anual	Se GJ ≥ 126 e Hbac ≥ 6,5%, avalie Pathway/protocolo manejo DM
Dislipidemia e Risco Cardiovascular (RCV)	- Entre 20 a 39 anos para estimar risco/ investigar dislipidemia familiar - Entre 40 a 75 anos, em pessoas sem fatores de RCV, para cálculo do RCV - Qualquer idade se fatores de RCV ⁶	Colesterol total, HDL, LDL, triglicérides, glicemia de jejum, hemoglobina glicada e Creatinina com estimativa de taxa de filtração glomerular. Calcular o RCV por meio da calculadora ASCVD dos 40-75 anos.	- Se 20 a 39 anos: em até 4 a 6 anos - Se ≥ 40 anos e/ou fatores de risco CV: anual	Considere estatina se: <ul style="list-style-type: none"> • Se LDL-C ≥ 190 (considerar hipercolesterolemia familiar) • LDL-C > 160 com histórico familiar de doença CV prematura⁴ • Resultado calculadora RCV > 20% (alto risco) • Resultado calculadora RCV 7,5-19% (risco intermediário) com fatores de RCV⁶ • Se dúvidas, matricie com clínica médica.

¹Circunferência abdominal: Alterada se ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 em mulheres

²Cálculo IMC: Peso (kg) / (Altura (m))²

³ Fatores de risco HAS: pessoas com sobrepeso ou obesidade e com valores de pressão no limite superior da normalidade

⁴ Medição de PA: posicione o paciente em uma cadeira com os pés no chão e o braço apoiado no nível do coração por 5 minutos, utilizando um manguito adequado. Certifique-se de que o paciente não tenha consumido cafeína, fumado ou realizado exercícios intensos nos últimos 30 minutos, evitando também a fala durante a medição. Verifique a pressão em ambos os braços inicialmente e repita se houver uma diferença > 15mmHg. Após 1-2 minutos, meça novamente no braço com o valor mais alto e calcule a média das duas medidas para determinar a pressão arterial do paciente.

⁵ Fatores de risco DM: antecedente familiar (pai, mãe e irmãos), sedentarismo, diabetes gestacional prévia, HAS, dislipidemia (TG > 250, HDL <35), DCV e SOP

⁶ Fatores de risco CV: hipertensão, diabetes, história familiar de doença cardiovascular prematura (ocorrendo em familiares de primeiro grau do sexo masculino com idade inferior a 55 anos e parentes de primeiro grau do sexo feminino com idade inferior a 65 anos), tabagismo, estigmas de dislipidemia (arco da córnea, xantelasma ou xantoma), doença renal crônica, obesidade, HIV, DPOC, doenças inflamatórias (LES, AR)

Código Documento: CPTW253.2	Elaborador: Fernanda Fernandes Larissa Olm Cunha Luis Guilherme Alves Mariela Zaros Gal Diângeli Soares Camargo Natalia Varagno Franchiosi Marcelo Paiva Brum Castroana	Revisor: Demian de Oliveira Guilherme Berto Calvinho	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 18/05/2021 Data de Revisão: 17/08/2024	Data de Aprovação: 17/08/2024
---------------------------------------	--	--	---	---	---