

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

**ASSUNTO:** Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias

**PALAVRAS-CHAVE:** Dislipidemias

**PARA:** Médicos do Sistema Nacional de Saúde

**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

### I – NORMA

1. O diagnóstico das dislipidemias realiza-se pela avaliação laboratorial, no sangue e em jejum, do colesterol total (CT), colesterol das HDL (c-HDL), colesterol das LDL (c-LDL) e dos triglicéridos (TG)<sup>1,2</sup>.
2. Em casos complexos, devidamente fundamentados no processo clínico, pode avaliar-se a apolipoproteína A (Apo A), apolipoproteína B (Apo B) e lipoproteína (a) (Lp(a))<sup>2</sup>.
3. A prescrição da determinação laboratorial do perfil lipídico, de forma a avaliar o risco cardiovascular global, está indicada nos indivíduos com<sup>2</sup>:
  - a) doença cardiovascular (DCV) estabelecida ou evidência de aterosclerose, independentemente do leito vascular afetado (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - b) diabetes mellitus tipo 2, independentemente da idade (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - c) história familiar de DCV prematura (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*):  
indivíduos do sexo masculino antes dos 55 anos ou indivíduos do sexo feminino antes dos 65 anos de idade;
  - d) história familiar de dislipidemia familiar (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - e) doença inflamatória crónica (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - f) doença renal crónica (DRC) (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - g) fatores de risco clássicos para DCV, para além de diabetes mellitus:
    - i. Hábitos tabágicos (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
    - ii. Hipertensão arterial (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);

- iii.  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$  ou perímetro da cintura  $\geq 94 \text{ cm}$  (90 cm)<sup>a</sup> nos homens e  $\geq 80 \text{ cm}$  nas mulheres (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - h) a determinação do perfil lipídico em indivíduos sem fatores de risco cardiovasculares identificados, deve ser considerada em homens com idade  $\geq 40$  anos e mulheres com idade  $\geq 50$  anos ou pós-menopausa (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIb*)
4. Todos os indivíduos devem ser classificados não só de acordo com os níveis de lípidos plasmáticos, mas também de acordo com o risco global. As recomendações para determinação laboratorial do perfil lipídico como medida para avaliação do risco de DCV, são<sup>2</sup>:
- a) utilização do CT para estimativa do risco cardiovascular global através do sistema SCORE<sup>2,3</sup> (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*) adotando as tabelas SCORE para populações de baixo risco<sup>2</sup>;
  - b) a utilização do c-LDL é recomendada como primeira análise lipídica para rastreio e avaliação do risco (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - c) o c-HDL é um forte fator de risco, sendo recomendada a sua utilização na avaliação do risco nas tabelas específicas do sistema SCORE (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - d) os TG adicionam alguma informação sobre o risco (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - e) a Lp(a) deve ser recomendada em casos selecionados de risco elevado e em indivíduos com história familiar de DCV prematura (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
  - f) podem ser considerados como marcadores alternativos:
    - i. o colesterol-não-HDL (c-não-HDL), especialmente em hiperlipidemias combinadas, diabetes, síndrome metabólica (SMet) ou DRC (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
    - ii. a Apo B, especialmente em hiperlipidemias combinadas, diabetes, SMet ou DRC (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
  - g) podem ser recomendados, como exames laboratoriais alternativos, para a avaliação do risco:
    - i. a taxa Apo B/Apo A1, que combina a informação sobre risco da Apo B e Apo A-I (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIb*);
    - ii. a taxa c-não-HDL/c-HDL (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIb*);
5. As Recomendações de prescrição de exames laboratoriais para determinação de lípidos, para caracterização de dislipidemias antes do tratamento, são<sup>2</sup>:
- a) A utilização do c-LDL é recomendada como o principal parâmetro na avaliação lipídica (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*); o CT pode ser considerado mas geralmente não é suficiente para caracterizar uma dislipidemia antes do início do tratamento (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIb*);

<sup>a</sup> para homens asiáticos

- b) avaliação do c-HDL antes do início do tratamento (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*;
  - c) os TG adicionam informação sobre o risco e são indicados para o diagnóstico e escolha de tratamento (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*);
  - d) o c-não-HDL deve ser recomendado para caracterização adicional de hiperlipidemias combinadas e dislipidemia na diabetes, SMet ou DRC (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
  - e) a Apo B deve ser recomendada para caracterização adicional de hiperlipidemias combinadas e dislipidemia na diabetes, SMet ou DRC (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
  - f) a Lp(a) deve ser recomendada em casos selecionados de risco elevado e em indivíduos com história familiar de DCV prematura (*Nível de evidência C, grau de recomendação IIa*);
6. Após o início do tratamento com hipolipemiantes, a prescrição de exames laboratoriais para a monitorização da terapêutica deve ser efetuada a cada trimestre até se atingirem os objetivos terapêuticos propostos, farmacológicos e não farmacológicos, para eventuais reajustes terapêuticos e rastreio de eventuais efeitos adversos. Após serem atingidos os objetivos terapêuticos definidos a prescrição de novos exames laboratoriais deve ser efetuada anualmente<sup>1</sup>.
7. As recomendações de prescrição de exames laboratoriais para determinação de lípidos, como alvos terapêuticos de primeira ordem na prevenção de DCV, são<sup>2</sup>:
- a) o c-LDL (*Nível de evidência A, grau de recomendação I*);
  - b) o CT apenas quando não estiverem disponíveis outros exames laboratoriais como o c-LDL (*Nível de evidência A, grau de recomendação IIa*);
8. As recomendações de prescrição de exames laboratoriais para determinação de lípidos, como alvos terapêuticos secundários na prevenção de DCV, são<sup>2</sup>:
9. O c-não-HDL, nas hiperlipidemias combinadas, diabetes, SMet ou DRC (*Nível de evidência B, grau de recomendação IIa*);
- a) a Apo B (*Nível de evidência B, grau de recomendação IIa*);
  - b) os TG devem ser avaliados durante o tratamento de dislipidemias que cursam com níveis elevados de TG (*Nível de evidência B, grau de recomendação IIa*);
10. Não são recomendadas como alvos terapêuticos (*Nível de evidência C, grau de recomendação III*):
- a) o c-HDL;
  - b) as taxas Apo B/Apo A-I e c-não-HDL/c-HDL
11. O diagnóstico de dislipidemia deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial em jejum do colesterol total, colesterol das HDL e triglicéridos, realizada com um intervalo de mínimo de 4 semanas, antes de se iniciar qualquer terapêutica<sup>1</sup>.
12. Em doentes hospitalizados não se deve realizar a avaliação do perfil lipídico por rotina, apenas se existir indicação clínica específica, registada no processo clínico.
13. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
14. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

## II – CRITÉRIOS

- a) as dislipidemias podem estar relacionadas com a interação entre uma predisposição genética e fatores ambientais ou com outras doenças (dislipidemias secundárias)<sup>2,4</sup>.
- b) o risco global resulta da coexistência e interação sinérgica dos diferentes fatores de risco, entre os quais os níveis plasmáticos de lípidos, das lesões de órgãos e doenças. Esta avaliação integra uma estratificação que usa tabelas derivadas de estudos epidemiológicos<sup>2,3,4,5</sup>.
- c) indivíduos com c-HDL ou Apo A-I baixos, níveis de triglicéridos, Apo B e Lp(a) elevados, hipercolesterolemia familiar ou dislipidemia familiar combinada têm um nível de risco superior em ambos os sexos, em todos os níveis etários e em todos os níveis de risco<sup>2,4</sup>.
- d) pelo contrário, o risco pode ser mais baixo que o esperado nos indivíduos com níveis muito elevados de C-HDL ou história familiar de longevidade<sup>2,4</sup>.
- e) a hipercolesterolemia secundária deve ser considerada antes da introdução de terapêutica farmacológica. As causas são variadas, nomeadamente: hipotireoidismo, síndrome nefrótica, gravidez, síndrome de Cushing, anorexia nervosa, agentes imunossupressores e terapêutica com corticosteróide<sup>2</sup>.
- f) a hipertrigliceridemia secundária é frequente e deve ser considerada antes da introdução de terapêutica farmacológica. As principais causas são: consumo de álcool, dieta rica em hidratos de carbono simples, obesidade, diabetes tipo 2, hipotireoidismo, doença renal, gravidez (as concentrações de triglicéridos duplicam fisiologicamente durante o terceiro trimestre), doenças auto-imunes (ex: paraproteinemia, LES) e múltiplos fármacos, incluindo, corticosteróides, estrogénios, especialmente os administrados oralmente, tamoxifeno, bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos (exceto o carvedilol), tiazidas, isotretinoína, resinas quelantes dos ácidos biliares, ciclosporina, terapêutica antiretroviral (inibidores da protease), fenotiazinas, antipsicóticos de segunda geração<sup>2</sup>.

## III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em Anexo e dela fazem parte integrante:
- % de adultos a quem se realizou a determinação do perfil lipídico (CT+HDL+TG), diagnosticadas com Dislipidemias (estratificados por sexo e idade: < a 40 anos; 40 a 50 anos; 50 a 60 anos; > 60 anos), por ano;
  - % de crianças com menos de 14 anos diagnosticadas com Dislipidemias, a quem se realizou o perfil lipídico(CT+HDL+TG), por ano;
  - % de indivíduos com Diabetes Mellitus, Doença Cardiovascular, Hipertensão, Obesidade, Fumadores, que efetuaram perfil lipídico (CT+HDL+TG), relativamente ao total de perfis lipídicos efetuados no ano (CT+HDL+TG) e estratificados por patologia.

#### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Não obstante os avanços diagnósticos e terapêuticos ocorridos nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte a nível mundial, contribuído com cerca de 30% do total de óbitos (relatório OMS, Dezembro 2009). No entanto, a maior parte dos seus determinantes são conhecidos e modificáveis. O estudo INTERHEART mostrou que a dislipidemia é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes em doentes com enfarte agudo do miocárdio, comparativamente a populações controlo<sup>6</sup>.
- b) A evidência obtida a partir dos ensaios controlados aleatorizados e das meta-análises aumentou a compreensão acerca da eficácia das intervenções sobre os estilos de vida e terapêuticas farmacológicas na redução do risco de doenças cardiovasculares<sup>7,8,9</sup>. Mesmo com níveis de colesterol das LDL considerados baixos, indivíduos de alto risco continuam a ter um risco residual elevado. Vários estudos indicam que a melhor forma de reduzir o risco cardiovascular é quando a redução do colesterol das LDL se associa a uma redução dos triglicéridos e a um aumento do colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL). As sociedades científicas, as associações profissionais, as autoridades de saúde e outras entidades utilizaram essa informação para redigir linhas de orientação para o tratamento da dislipidemia e outras patologias crónicas.<sup>2,4,5,9</sup>
- c) A Carta Europeia para a Saúde do Coração<sup>10</sup>, promovida inicialmente pela Sociedade Europeia de Cardiologia e a *European Heart Network*, posteriormente assinada por diversas associações científicas e aprovada em Dezembro de 2007 em Conselho de Ministros Europeu, durante a Presidência Portuguesa, colocou a problemática da doença cardiovascular nas primeiras linhas da agenda de trabalho de governos, organizações não governamentais e sociedades científicas. No seu artigo 5º consta que: *“Os fatores de risco podem ser combatidos pelos decisores políticos criando um enquadramento favorável, através de medidas legislativas, (nomeadamente na área da tributação ou da comercialização), ou outras medidas; pelas pessoas a título individual, adotando comportamentos que favoreçam uma dieta saudável, sem consumo de tabaco e com prática de atividade física regular; e ainda pelos profissionais de saúde, defendendo a identificação e o tratamentos das pessoas em alto risco”*.

- d) O Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010<sup>11</sup> referia como estratégia para obter mais saúde para todos o “combater os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, identificar e controlar os seus portadores e, ainda, criar mecanismos organizacionais que viabilizem um acesso mais rápido, adequado e eficiente ao tratamento destas doenças”.
- e) A implementação e monitorização da presente Norma, sem pôr em causa o nível de cuidados que é prestado aos cidadãos com dislipidemia no sistema de saúde, procura contribuir para harmonizar atitudes diagnósticas e selecionar os parâmetros analíticos mais adequados para esse efeito, evitando desperdícios e poupando os indivíduos à realização de exames desnecessários.

### V – APOIO CIENTÍFICO

- a) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- b) Quitéria Rato e Manuel Carvalho (coordenação científica), Elisabete Melo Gomes (coordenação executiva) e Miguel Mendes.
- c) A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- d) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

### SIGLAS/ACRÓNIMOS

<b>Apo A, A-I, B</b>	Apolipoproteína A, A-I ou B
<b>c-HDL</b>	Colesterol das HDL, colesterol das lipoproteínas de alta densidade
<b>c- LDL</b>	Colesterol das LDL, colesterol das lipoproteínas de baixa densidade
<b>c-não-HDL</b>	Colesterol-não-HDL
<b>CT</b>	Colesterol Total
<b>CV</b>	Cardiovascular
<b>DCV</b>	Doença Cardiovascular
<b>DRC</b>	Doença Renal Crónica
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IRC</b>	Insuficiência Renal Crónica
<b>LES</b>	Lúpus Eritematoso Sistémico
<b>Lp (a)</b>	Lipoproteína (a)
<b>SCORE</b>	<i>Systematic COronary Risk Estimation</i>
<b>SMet</b>	Síndrome Metabólica
<b>TG</b>	Triglicéridos

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

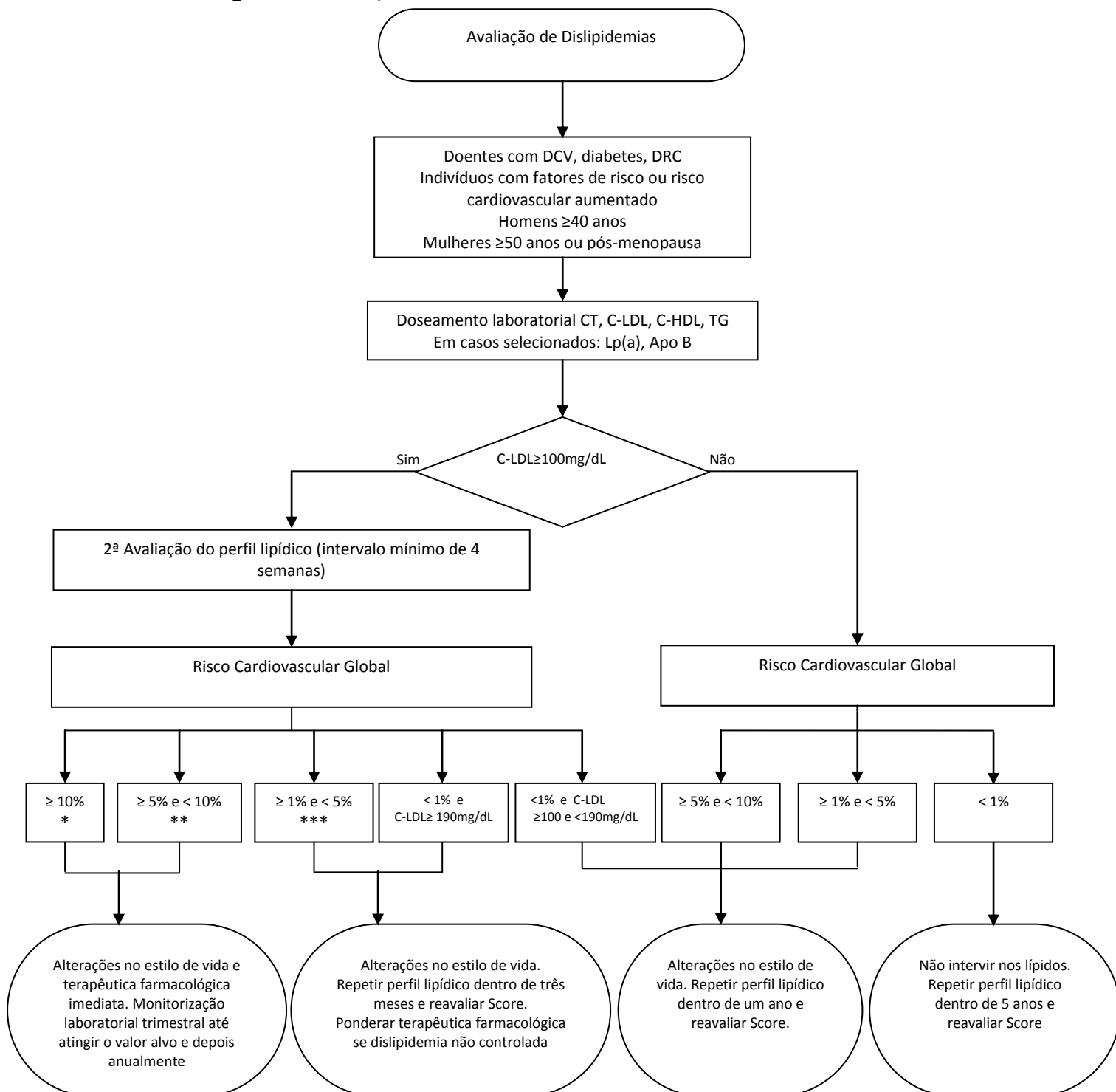
1. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 019/2011, de 28/9/2011.
2. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Eur Heart J. 2011; 32: 1769-818.
3. <http://www.heartscore.org>.
4. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, De Backer G, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14 Suppl 2:S1-113.
5. NICE clinical guideline 67. Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008 (reissued 2010) (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG67NICEguideline.pdf>).
6. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, MacQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52.
7. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010;376(9753):1670-81. Epub 2010 Nov 8.
8. Gupta A, Guyomard V, Zaman MJ, Rehman HU, Myint PK. Systematic review on evidence of the effectiveness of cholesterol-lowering drugs. Adv Ther. 2010; 27: 348-64.
9. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC Jr, Stone NJ. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation. 2004; 110: 227-39. Errata in: Circulation. 2004; 110(6): 763.
10. <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/14/cartaeuropeiasaudecoracao-2/>.
11. Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Volume II, Orientações Estratégicas, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Lisboa 2004.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## ANEXOS

### Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



\* Em doentes com risco CV MUITO ELEVADO (DCV estabelecida, diabetes tipo 2, diabetes tipo 1 com lesão de órgão alvo, DRC moderada a grave ou SCORE ≥10%) o C-LDL alvo é < 70mg/dL e/ou uma redução ≥ 50% do valor basal do C-LDL, quando o valor alvo não pode ser atingido. (Nível de evidência A, Grau de Recomendação I).

\*\* Em doentes com risco CV ELEVADO (factores de risco específicos marcadamente elevados, SCORE ≥ 5 e <10%) o C-LDL alvo inferior a 100mg/dL deve ser considerado. (Nível de evidência A/ Grau de recomendação IIa)

\*\*\* Em doentes com risco CV MODERADO (SCORE ≥ 1 e < 5%) deve ser considerado um C-LDL alvo < 115mg/dL. (Nível de evidência C / Grau de recomendação IIa)



## Anexo II: Bilhete de identidade dos indicadores

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com idade <40 anos e com diagnóstico de dislipidemias, que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter idade inferior a 40 anos.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de dislipidémias (T93) sinalizado como activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade inferior a 40 anos, com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com idade entre os [40;50] anos, com diagnóstico de dislipidémias, que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter idade compreendida entre [40;50] anos.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de dislipidémias (T93) sinalizado como activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade compreendida entre os 40 e os 50 anos, com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com idade entre os ]50;60[ anos, com diagnóstico de dislipidémias, que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter idade compreendida entre ]50;60[ anos.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de dislipidémias (T93) sinalizado como activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv. enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade compreendida entre os 50 e os 60 anos, com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com idade ≥60 anos, com diagnóstico de dislipidémias, que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter idade ≥60 anos.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de dislipidémias (T93) sinalizado como activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com idade <14 anos, com diagnóstico de dislipidémias, que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter idade inferior a 14 anos.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de dislipidémias (T93) sinalizado como activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com idade inferior a 14 anos, com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de dislipidémias, com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com diagnóstico de diabetes tipo1 ou tipo2 e/ou doença cardiovascular e/ou hipertensão e/ou fumadores e/ou obesidade que realizaram o doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG)		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	Dislipidémias	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de diabetes mellitus tipo1 (T89) ou tipo2(T90) e/ou doença cardiovascular (K74, K75, K89, K90, K91, K92) e/ou hipertensão e/ou (K86, K87) e/ou abuso do tabaco (P17) e/ou obesidade (T82).</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico (CT+HDL+TG), cod. tabela SNS 21554, 21539, 22920 ou cod. tabela conv enções 1029.9, 412.0, 620.3).</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo1 ou tipo2 e/ou doença cardiovascular e/ou hipertensão e/ou abuso do tabaco e/ou obesidade com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com pelo menos uma prescrição de doseamento do perfil lipídico	SI USF/UCSP	N.º de inscritos