

PROTOCOLO DE ACESSO AMBULATORIAL - ENDOCRINOLOGIA

MOTIVO ENCAMINHAMENTO	HDA	REQUISITOS MÍNIMOS E ORIENTAÇÕES	EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	CRITÉRIO	CONTRARREFERÊNCIA	INTERVALO SUGERIDO DE CONSULTAS	PRAZO MÁXIMO DE ACOMPANHAMENTO SUGERIDO
Obesidade	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados) e IMC maior que 40 (Obesidade Grau III) com ou sem comorbidades.	Sinais e sintomas; IMC; Peso do paciente em quilogramas (kg); Estatura, em metros; breve descrição do tratamento clínico longitudinal; Descrição das comorbidades (sim/não), se sim, informar medicações em uso, com dose e tempo de tratamento.	Hemograma completo, glicemia de jejum, creatinina, ureia, EAS/EQU, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos.	Obesidade Grau II (IMC > 35) com comorbidades / Obesidade Grau III (IMC > 40).	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS ou encaminhamento ao tratamento cirúrgico.	Realizadas a cada 3 meses, com espaçamento do intervalo conforme a evolução dos resultados.	Os pacientes devem ser acompanhados longitudinalmente por 2 anos para encaminhamento ao tratamento cirúrgico (exceto pacientes com IMC ≥ 50).
Acompanhamento pós-operatório de Cirurgia Bariátrica	Pacientes que tenham feito acompanhamento por 24 meses no hospital onde realizaram a cirurgia bariátrica que apresentem deficiência nutricional ou vitamínica sem melhora após manejo clínico inicial.	Informar data e local da cirurgia. Informar peso, altura e IMC atual e do pré-operatório. Sinais e sintomas do paciente; descrever as terapias de reposição vitamínicas (atual e/ou prévias). Resultado de exames realizados com data: hemograma completo, ferritina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, cálcio sérico, albumina sérica, glicemia jejum, hemoglobina glicada, TSH, creatinina, Vitamina B12, Vitamina D.	Não há	Não há	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Intervalos de 3 a 6 meses	12 meses

Doenças gonadais	Hipogonadismo masculino com distúrbio no desenvolvimento puberal; Hipogonadismo feminino com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorreia, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.	Idade; Sinais e sintomas; Comorbidades; Medicações em uso. Resultado de exames realizados com data: hemograma completo, testosterona, beta - HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol, estradiol.	USG testicular; USG pélvico	Todos os casos	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Intervalos de 3 a 6 meses.	6 - 12 meses.
Ginecomastia	Diferenciar de lipomastia (acúmulo de gordura); afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição, IRC (geralmente associadas a ginecomastia); a	História (data de início, progressão, tempo de evolução, uni ou bilateralidade, dor local, história familiar). Descrição do exame físico (descarga papilar, adenopatia axilar, sinais de hipogonadismo ou outras doenças sistêmicas associadas). Resultado de exames realizados com data: TGO, TGP, creatinina e ureia, TSH, T4 livre, prolactina, LH e FSH, testosterona, estradiol e beta HCG.	USG mamas e mamografia bilateral	Todos os casos	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência	Intervalos de 3 a 6 meses	6 - 12 meses
Dislipidemias	Casos não responsivos à mudança do estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) após tentativa de 6 meses e à terapêutica com estatinas de alta	Idade; Sinais e sintomas, tempo de evolução; Comorbidades; Medicações em uso; Resultado de exames realizados com data: colesterol total e frações	Glicemia de jejum, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicírides, TGO, TGP, ureia e creatinina.	Casos não responsivos à terapêutica	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de	Intervalos de 3 a 6 meses	6 - 12 meses

	potência com LDL acima da meta terapêutica conforme cálculo de risco cardiovascular já em uso de estatina de alta potência. Triglicerídeos acima de 500 mg/dL já em uso de fibrato.	e triglicerídeos após uso das estatinas.				relatório de contrarreferência.		
Gestantes	Hipotireoidismo. Hipertireoidismo. Diabetes prévio. Bócio uninodular ou multinodular. Nódulos tireoidianos. Obesidade IMC>40. Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades.	Idade; Sinais e sintomas; tempo de evolução; Comorbidades; Medicações em uso; Carteira de gestante; Resultado de exames realizados com data.	Hemoglobina glicada, creatinina, glicemia, colesterol, triglicerídeos, glicemia de jejum, ureia, creatinina, EAS, TOTG, USG tireoide.	Todos os casos	P1	Permanecer no nível especializado durante o período gestacional e puerpério.	Intervalos de 30 a 90 dias.	Alta após o período de puerpério. Caso o diagnóstico da paciente esteja incluído nos critérios do protocolo de encaminhamento manter acompanhamento especializado.
DM I	Todos os casos.	Resultado de exames realizados com data: hemoglobina glicada, creatinina, glicemia, colesterol, triglicerídeos; descrever insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia; outras medicações em uso; Peso do paciente e circunferência abdominal.	Hemograma, glicemia de jejum, ureia, creatinina, EAS/EQU, teste de tolerância à glicose, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, mapeamento de retina e fundo de olho	Todos os casos	P1	Permanecer no nível especializado.	As consultas são realizadas entre 3 a 6 meses. Em quadros onde as glicemias estão muito elevadas, reavaliações em intervalos menores fazem-se necessárias.	Contínuo Estabilização - retorno anual

<p>DM II</p> <p>Casos tratados e não responsivos à insulinoterapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicada aumentada ($hb>7$ / considerar $hb>8$ se idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, condições psicosocioeconómicas) e/ou presença de comorbidades como nefropatia, neuropatia, retinopatia, dislipidemia e HAS.</p>	<p>Resultado de exames realizados com data: hemoglobina glicada, creatinina, glicemia, colesterol total e frações, triglicerídeos; descrever insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia; outras medicações em uso; Peso do paciente e circunferência abdominal.</p>	<p>Hemograma, glicemia de jejum, ureia, EAS/EQU, teste de tolerância à glicose, microalbuminúria, relação albumina/creatinina, anti-GAD, peptídeo C, mapeamento de retina, ECG e fundoscopia.</p>	<p>Presença de complicações crônicas (nefropatia, retinopatia, cardiopatia) ou $HbA1c>9\%$</p>	<p>P1</p>	<p>Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.</p>	<p>1ª Consulta 3 meses 6 meses</p>	<p>24-36 meses</p>
<p>Alteração do metabolismo ósseo</p> <p>Hiperparatiroidismo primário, hipoparatiroidismo com sintomas relacionados (parestesias, cãimbras, tetania), pós-tireoidectomia, história de cirurgia cervical, osteoporose, cifose dorsal, diminuição da estatura, litíase urinária.</p>	<p>Idade; Presença ou não de sintomas, comorbidades; Medicações em uso; Resultado de exames realizados com data: PTH, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, albumina, densitometria óssea.</p>	<p>-</p>	<p>Todos os casos.</p>	<p>P2</p>	<p>Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.</p>	<p>1ª Consulta 3 meses 6 meses</p>	<p>6 - 12 meses</p>

Casos suspeitos de doença da tireoide	Hipotireoidismo: Pacientes com suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre baixo); Paciente com hipotireoidismo descompensado usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.	Sinais e sintomas, descrição da palpação de tireoide. Resultado de exames realizados com data: TSH e T4 livre; Descrição da dose de levotiroxina em uso na data da coleta do exame e dosagem atual; outras medicações em uso com posologia e dose, se houver; Peso do paciente.	anti-TPO	Casos de difícil controle. História de Doença Coronariana ou ICC. Paciente em investigação de hipotireoidismo central.	P1 - Hipotireoidismo central / P2 - Hipotireoidismo descompensado	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Até o ajuste da função tireoidiana a reavaliação ocorre a cada 1 a 2 meses, com exames. Após a regularização da função tireoidiana, o intervalo pode se estender para 6 a 12 meses.	12 Meses - Até estabilização
	Hipertiroidismo: Todos os pacientes com TSH suprimido (abaixo do valor de referência) após repetição do exame.	Sinais e sintomas; Resultado de no mínimo 2 exames com alteração de TSH; Resultado de exames realizados com data: TSH e T4 livre; uso de medicação para hipertireoidismo (sim ou não), com dose e posologia; outras medicações em uso, com posologia e dose.	T3, TRAB, anti- TPO	Casos de difícil controle. Hipertiroidismo com sinais clínicos evidentes de descompensação, cardiopatias associadas.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência	Até o ajuste da função tireoidiana a reavaliação ocorre a cada 1 a 2 meses, com exames. Após a regularização da função tireoidiana, o intervalo pode se estender para 6 a 12 meses.	Até estabilização

	Bócio uninodular ou multinodular: TSH diminuído (suspeita de nódulo quente); ou nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada); ou sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade; ou indicação de tratamento cirúrgico ou iodo radioativo (bócio grande, bócio que está crescendo).	Sinais e sintomas; Resultado de exame TSH, com data; Resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho, característica dos nódulos e volume do bócio, com data; História familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco.	Não há	Sintomas compressivos; suspeita de malignidade	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência	Reavaliação com ultrassonografia de tireoide com doppler a cada 6 a 12 meses.	Retorno anual até estabilização
	Nódulos de tireoide: TSH diminuído (suspeita de nódulo quente); Evolução do estadiamento pelo ACR TI-RADS durante o acompanhamento ecográfico; Sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo. Nódulos TIRADS 1 e 2 volumosos, com sintomas compressivos TIRADS 3 com 1,5 cm ou mais TIRADS 4 e 5 com 1,0 cm ou mais. Nódulo punctionado e apresentando crescimento mínimo de 20% e > 2.0 mm em suas dimensões ou	Sinais e sintomas (palpação da tireoide); Resultado de exame TSH, com data; Resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s), com data; História familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco.	Não há	Suspeita de malignidade	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Reavaliação com ultrassonografia de tireoide com doppler a cada 6 a 12 meses.	Retorno anual até estabilização

	aumento de > 50% no volume.							
Casos suspeitos de neoplasia	Encaminhar todos os casos de suspeita de neoplasia. História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Sinais e sintomas; Resultado de exames realizados com data: prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH, GH.	RM ou TC crânio	Todos os casos	P1	Permanecer no nível especializado.	Nos primeiros anos após o diagnóstico do câncer de tireoide, são necessárias reavaliações frequentes, em intervalos de 2 a 3 meses.	Continuo
Doenças neuroendócrinas	Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma cranioencefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central); Acromegalia: GH elevado. Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada. Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto. Diabetes insipidus: poliúria (mais de 3L/24hs). Hipogonadismo: diminuição da libido, disfunção sexual, perda de pelos axilares e pubianos. Hipocortisolismo: hipotensão arterial. Insuficiência adrenal	Idade; Sinais e sintomas; Tempo de evolução; Comorbidades; Medicações em uso.	Acromegalia: dosagem de somatomedina c (igf1); dosagem de hormonio de crescimento (hgh); dosagem de tsh e t4 livre; teste de supressão do hgh após glicose; radiografia mão e punho Prolactinoma: prolactina; dosagem de tsh e t4 livre; TC ou RM de crânio Síndrome de Sheehan: prolactina; T4 livre; TSH; ACTH; cortisol; FSH; LH; estradiol; e IGF-1 Diabetes insipidus: Na, K, Mg, P, Ca, Creatinina, Ureia, Glicemia, Osmolaridade urinária, Urina de 24 horas, EQU. Hipocortisolismo: cortisol sérico. Insuficiência adrenal (doença de Addison): sódio, potássio,	Todos os casos	P1	Permanecer no nível especializado.	Estabilização do quadro clínico acompanhamento anual.	Contínuo Estabilização Retorno anual

<p>(doença de Addison): hipotensão arterial, perda de peso, hiperpigmentação.</p> <p>Feocromocitoma: hipertensão arterial paroxística com tríade clássica de cefaleia + sudorese profusa + palpitação.</p> <p>Hiperaldosteronismo primário. Síndrome de Cushing: hipertensão arterial + DM + fraqueza muscular + obesidade centrípeta.</p> <p>Incidentaloma adrenal: lesão adrenal em exame de imagem (USG, TC, RNM)</p>		<p>glicemia, cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona.</p> <p>Feocromocitoma: -</p> <p>Hiperaldosteronismo: aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, sódio, potássio, TC, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina)</p> <p>Síndrome de Cushing: glicemia, hemograma, sódio, potássio, cortisol sérico, urinário e salivar, ACTH, RX de crânio, TC de tórax e abdome, RNM sela túrcica.</p> <p>Incidentaloma adrenal: TC ou RNM de crânio.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

PROTOCOLO DE ACESSO AMBULATORIAL – ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (IDADE MÍNIMA DO PACIENTE: 5 ANOS)

MOTIVO ENCAMINHAMENTO	HDA	REQUISITOS MÍNIMOS E ORIENTAÇÕES	EXAMES COMPLEMENTARES SUGERIDOS	PRIORIDADE DE REGULAÇÃO	CRITÉRIO	CONTRARREFERÊNCIA	NÚMERO DE CONSULTAS SUGERIDAS	PRAZO MÁXIMO DE ACOMPANHAMENTO SUGERIDO
BAIXA ESTATURA	Encaminhar crianças com estatura abaixo do percentil 3, estatura menor que o alvo genético, com desvio no canal de crescimento e recém-nascido pequeno para a idade gestacional sem recuperação de crescimento até 2 anos.	Z-Escore ou Percentil de peso e altura para idade e sexo, com data; Z-escore ou percentil de velocidade de crescimento (cm/ano); exames já realizados para investigação de baixa estatura; altura do pai e mãe biológicos (ou altura-alvo familiar calculada), se disponível.	Hemograma completo, glicemia de jejum, sódio, potássio, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, ferritina, vitamina D, urina tipo I, T4 livre, TSH, proteínas totais e frações, IGF-1, avaliação de doença celíaca (IgA, transglutaminase IgA), RX de punho e mão esquerda (idade óssea).	-	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Intervalos de 3 a 6 meses	Encerramento da fase de crescimento e/ou estabilidade da DGH
DISTÚRBIOS DA PUBERDADE	Suspeita ou diagnóstico de puberdade precoce: Meninas: menores de 8 anos com broto mamário, pelos pubianos, com puberdade iniciada após 8 anos, porém com progressão rápida antes dos 9 anos. Meninos: menores de 9 anos com aumento testicular ou peniano, pelos pubianos ou axilares. Suspeita ou diagnóstico de atraso puberal: Meninas: ausência de broto mamário (telarca) após os 13 anos de	Em meninas: idade do surgimento de mamas, pelos e menarca (anos e meses); Em meninos: idade em que surgiram os pelos (anos e meses) e volume testicular; Descrição do estágio puberal atual (estágios de Tanner) e dados de progressão; Investigação já realizada até o momento.	RX de idade óssea, USG de pelve.	Puberdade precoce em menores de 5 anos (meninas: telarca + pubarca; meninos: pubarca ou aumento de pênis/testículo).	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Intervalos de 3 a 6 meses	Continuar no acompanhamento até regularização da puberdade.

	idade ou ausência de menarca após os 15 anos de idade; Meninos: volume testicular inferior a 4 ml após os 14 anos de idade.						
DISTÚRBIOS TIREOIDIANOS	Suspeita de hipotireoidismo central; Hipotireoidismo primário franco em pacientes com até 10 anos de idade; Hipotireoidismo primário não controlado em pacientes com mais de 10 anos: em uso de levotiroxina por mais de 6 meses na APS; Ou em uso de maior do que a dose de levotiroxina conforme faixa etária e avaliada adesão. (1-3 anos 4-6 mcg/kg; 3-10 anos 3-5 mcg/kg; 10-16 anos 2-4 mcg/kg. Todos os pacientes com hipertireoidismo.	Sinais e sintomas; Resultado de exames realizados com data: TSH e T4 livre; Uso de levotiroxina (sim ou não). Se sim, descreva dose; Peso do paciente em quilogramas (kg).	Anticorpos antitireoperoxidase (TPO), anticorpos antitireoglobulina (TG), USG de tireoide	Hipertireoidismo	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	Intervalos de 3 a 6 meses até regularização Permanecer até 10 anos ou se descontrole tireoidiano com uso de levotiroxina maior que 2-4 mcg/kg (maiores de 10 anos).

	Nódulo de tireoide: TSH diminuído – suspeita de nódulo quente; nódulo com indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF); pacientes com bório.	Sinais e sintomas; resultado de exames realizados com data: TSH e T4 livre; Resultado da ecografia de tireoide com descrição do tamanho (volume) da tireoide, características e tamanho do(s) nódulo(s), com data.	Anticorpos antitireoperoxidase (TPO), anticorpos antitireoglobulina (TG)	Suspeita de malignidade	P1	Permanecer no nível especializado	Intervalos de 3 a 6 meses até regularização	Contínuo - retorno anual
DISLIPIDEMIAS	Encaminhar crianças com: Colesterol total maior que 200 mg/dl; Colesterol total maior que 170 mg/dl não responsivo às orientações pediátricas; LDL maior que 160 mg/dl isolado; LDL maior que 130 mg/dl associado a doença cardiovascular ou diabetes mellitus; HDL menor que 40 mg/dl; triglicerídeos maior que 150 mg/dl.	Idade; Comorbidades; Medicações em uso (sim ou não), doses; Resultado de exames realizados com data: colesterol total e frações e triglicerídeos.	-	Casos com história de dislipidemia familiar.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	12 meses
DIABETES INSIPIDUS	Encaminhar crianças com poliúria, polidipsia e hipernatremia.	Idade; História clínica detalhada; Sinais e sintomas; Resultado de exames realizados com data: dosagem de sódio.	Na, K, Mg, P, Ca, Creatinina, Ureia, Glicemia, EQU, Osmolaridade urinária, Urina de 24 horas.	-	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	12 - 24 meses

GINECOMASTIA	Ginecomastia.	Sinais e sintomas (descrever se ginecomastia é unilateral ou bilateral, localização, características à palpação e tamanho aproximado, presença de dor ou desconforto, evolução/progressão); Medicamentos em uso com doses	Testosterona total e livre, hCG, estradiol, LH, FSH, prolactina, TSH e T4 livre. USG mamas e USG testicular.	Ginecomastia prepuberal, mamas maiores do que 4cm.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	12 -24 meses
DISTÚRIO DO CÁLCIO / METABOLISMO ÓSSEO	Pacientes com Hipoparatiroidismo; Hiperparatiroidismo; Raquitismo; Hipocalcemia; Hipercalcemia. História de tetania, convulsões, crescimento deficiente, alterações esqueléticas e fraturas de repetição.	Sinais e sintomas; Resultado de exames realizados com data: PTH, cálcio, fósforo, magnésio, vitamina D.	-	Casos tratados e descompensados.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	Até estabilização
PACIENTES ONCOLÓGICOS	Tumores da região hipotálamo-hipofisária; Tumores neuroendócrinos.	Sinais e sintomas; TC ou RNM de crânio.	-	Todos os casos	P1	Permanecer no nível especializado.	Intervalos de 3, 6 e 12 meses	Permanecer no nível especializado.

HIPERPROLACTINEMIA	Casos de galactorreia, amenorreia ou irregularidade menstrual.	Sinais e sintomas; Resultado de exames realizados com data: dosagem de prolactina; USG pélvico.	-	Pacientes com cefaleia ou alteração visual.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	12 meses
DIABETES MELLITUS	Casos confirmados de DM I ou DM II necessitando de insulina e glicemia alterada ou ganho de peso inadequado.	Sinais e sintomas; Idade no diagnóstico; Índice de Massa Corporal (IMC); Resultado de exames realizados com data: hemoglobina glicada e/ou glicemia em jejum; Medicamentos em uso (com dose e posologia).	TSH, T4 livre, teste oral de tolerância à glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, insulina.	Casos com diagnóstico confirmado sem tratamento.	P1	Permanecer no nível especializado.	1ª Consulta 3 meses 6 meses	Permanecer no nível especializado.