

ANEXO

PORTARIA Nº

Dispõe sobre o uso da avaliação do risco cardiovascular no cuidado de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do Artigo nº 87 da Constituição Federal; e

Considerando a Constituição Federal em seus Artigos nº 196 a 200, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 09 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção de doenças cardiovasculares e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito da Atenção Básica;

Considerando que as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% das causas de mortes no Brasil e constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada, onerando os custos diretos do Sistema Único de Saúde;

Considerando que a estimativa do risco cardiovascular possibilita sua estratificação em níveis para a oferta de cuidado qualificado, com melhor custo-efetividade dos tratamentos; e

Considerando que, no Brasil, não há registros de estudos científicos de validação de método para estimar o risco cardiovascular para a população brasileira, resolve:

Art. 1º Dispor sobre o uso da avaliação do risco cardiovascular na atenção de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O risco cardiovascular estima a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular em 10 anos, por meio da análise de múltiplos fatores de risco.

Art. 2º Os usuários devem ser avaliados de forma integral e criteriosa, considerando a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitos e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial.

Parágrafo único. As linhas de cuidado da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas utilizarão a avaliação do risco cardiovascular, definida nesta portaria, para a avaliação integral e para o cuidado às pessoas com doenças ou fatores de risco associados a doenças cardiovasculares.

Art. 3º As linhas de cuidado relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares, presentes na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, atuarão no conjunto dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Art. 4º O risco cardiovascular será calculado a partir do Escore de Framingham para Doença Coronariana Aguda, conforme disposto no Anexo I desta portaria.

Art. 5º O risco cardiovascular será classificado como baixo, intermediário ou alto, com base na probabilidade de ocorrência de morte por doença coronariana ou infarto agudo do miocárdio não fatal em 10 anos, conforme Anexo I desta portaria.

Art. 6º É necessário garantir a oferta dos exames laboratoriais de dosagens de colesterol total e frações para o cálculo do escore de Framingham, conforme Anexo I desta portaria.

Art. 7º É responsabilidade da Atenção Básica realizar as seguintes ações:

I. Avaliar o risco cardiovascular na população adulta sob sua responsabilidade;

II. Realizar estratégias para a prevenção dos fatores de risco;

III. Ofertar o cuidado adequado dos usuários de acordo com o nível de risco identificado;

IV. Coordenar o cuidado dos usuários que necessitam de atenção em outros pontos de atenção da Rede.

Art. 8º Os demais pontos de atenção à saúde deverão também utilizar a avaliação do risco cardiovascular, definida nesta portaria, como critério para a organização de suas respectivas ações de cuidado.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Para determinar o risco cardiovascular (RCV), deve-se realizar a anamnese e avaliar o usuário quanto aos fatores de risco abaixo.

Baixo risco / Intermediário	Alto Risco
Tabagismo	Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio
Hipertensão	Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio
Obesidade	Lesão periférica - Lesão de
Sedentarismo	
Sexo masculino	
Idade > 65 anos	órgão alvo (LOA)
História familiar	Ataque Isquêmico Transitório (AIT)
História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)	Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE)
	Nefropatia
	Retinopatia
	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes Mellitus

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco CV.

Se o usuário apresentar ao menos um fator de risco alto CV, não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente é considerado como alto risco CV.

Se o usuário apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, é necessário calcular o escore de Framingham.

As variáveis utilizadas para calcular o escore e suas respectivas pontuações estão no quadro abaixo.

HOMENS					
	Idade			Pontos	
	20-34			-9	
	35-39			-4	
	40-44			0	
	45-49			3	
	50-54			6	
	55-59			8	
	60-64			10	
	65-69			11	
	70-74			12	
	75-79			13	
Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1
Não fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1

HDL > 60 50-59 40-49 <40		Pontos -1 0 1 2	
PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada	
<120	0	0	
120-129	0	1	
130-139	1	2	
140-159	1	3	
≥160	2		

MULHERES					
Idade			Pontos		
20-34			-7		
35-39			-3		
40-44			0		
45-49			3		
50-54			6		
55-59			8		
60-64			10		
65-69			12		
70-74			14		
75-79			16		
Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2
Não fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Fumante	0	0	0	0	0
	9	7	4	2	1
HDL > 60 50-59 40-49 <40			Pontos -1 0 1 2		
PA sistólica		Pontos se não tratada		Pontos se tratada	
<120		0		0	
120-129		1		3	
130-139		2		4	
140-159		3		5	
≥160		4		6	

O total de pontos obtidos irá definir a chance de morrer por doença coronariana ou sofrer um infarto agudo do miocárdio não-fatal nos próximos 10 anos.

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Fatores importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular não estão contemplados no cálculo anterior, por isso devem ser ajustados da seguinte forma:

Se o usuário apresenta um parente de primeiro grau com doença arterial coronariana (DAC) prematura, multiplica-se a estimativa pelo fator correção 1.5. Se existe mais de um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplica-se a estimativa por 2;

Se o usuário tiver ascendência sul-asiática, multiplica-se a estimativa pelo fator de correção 1.4;

Se o usuário apresentar obesidade (IMC ≥ 30 kg/m² - especialmente aqueles com obesidade central - homens com circunferência abdominal ≥ 102 cm [asiáticos ≥ 92 cm] e mulheres com circunferência abdominal ≥ 88 cm), multiplica-se pelo fator de correção 1.3.

O percentual encontrado ao final desse cálculo definirá o grau de risco cardiovascular:

Baixo: < 10%;

Intermediário ou moderado: 10-20%;

Alto: >20%.

REFERÊNCIAS

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 285 (19): 2486-97, 2001.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, 95 (Suppl.1): 1-51, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Primária nº 29 - Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.