

Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a Norma seguinte:

1. Na avaliação do risco cardiovascular (CV)** a cada pessoa adulta com idade entre os 40 e 65 anos (valor de 40 e 65 incluídos no intervalo), a equipe de saúde deverá utilizar o SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) quando for adequado. Para facilitar o seu uso na consulta clínica diária e operacionalizar planos de intervenção, conforme o ponto 2 da presente Norma, a classificação obtida é registada no processo clínico*** em quatro diferentes níveis de risco CV:

a) risco CV muito alto:

i. sem necessidade de avaliação SCORE:

(i) a pessoa portadora de doença CV aterosclerótica documentada, independentemente do território vascular afetado, como sejam, enfarte do miocárdio, síndrome coronária aguda, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica;

(ii) a pessoa com diabetes tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco CV e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria: 30-300 mg/24 horas);

(iii) a pessoa com doença renal crónica grave [taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 30 ml/min/1.73 m²].

ii. pessoa com avaliação SCORE igual ou superior a 10%.

b) risco CV alto:

i. sem necessidade avaliação SCORE:

(i) a pessoa com fatores de risco vascular isolados, muito elevados, tais como, hipertensão arterial grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar;

(ii) a pessoa com diabetes tipo 2 ou tipo 1, mas sem outros factores de risco CV ou lesão de órgão-alvo;

(iii) a pessoa com doença renal crónica moderada (TFG entre 30-59 ml/min/1.73 m²).

ii. pessoa com avaliação SCORE igual ou superior a 5% mas inferior a 10% .

c) risco CV moderado:

i. pessoa com avaliação de SCORE igual ou superior a 1% mas inferior a 5%.

d) risco CV baixo:

i. pessoa com avaliação de SCORE inferior a 1%.

2. A estratificação obtida visa definir prioridades na prevenção CV e ajudar os profissionais de saúde na decisão sobre gestão do risco com base em medidas de estilo de vida e prescrição prioritária de fármacos. Os objetivos, a intensidade do tratamento e a sua avaliação serão programados pela equipa multidisciplinar da unidade de saúde, caso a caso.

3. A presente Norma revoga a Circular Normativa n.º 6 /DSPCS, de 18 de Abril de 2007.

4. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.

5. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

6. A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública revoga a versão de 19/03/2013 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

A. Em prevenção primária, para o cálculo do risco CV (Nível de evidência A, grau de recomendação I), deve ser considerado que:

i. a estimativa de risco absoluto a 10 anos baseia-se nas variáveis sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterol total (mg/dl ou mmol/l);

ii. este risco é classificado em sete categorias, desde inferior a 1% até 15% ou superior, cada uma com uma cor correspondente, conforme tabela SCORE. Com base no risco fatal CV a 10 anos, considera-se como de risco alto, suscetível de medidas mais intensivas de prevenção, inclusive farmacológicas, um risco absoluto igual ou superior a 5%**** (Anexo I).

iii. constituem situações clínicas que, quando presentes, condicionam um risco CV de nível superior ao apontado na tabela em Anexo II, Quadro I e com atribuição da categoria imediatamente superior:

a) pessoas socialmente desfavorecidas;

* Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 05/2013 (atualizada em 26/11/2013) para os médicos e enfermeiros do Sistema Nacional de Saúde. Disponível, em versão integral, em www.dgs.pt.

** Por risco cardiovascular entende-se a probabilidade de uma pessoa desenvolver um evento CV ateroscleróticos num determinado período de tempo.

*** O cálculo de registo cardiovascular SCORE é automático através da inserção das variáveis necessárias no programa SAM, nos Centros de Saúde em que se utiliza, apenas na zona Ficha Individual e não na Ficha de Hipertensão (informação, na data de publicação desta Norma).

**** O valor da estimativa do risco, probabilístico, não deve interpretar-se em sentido individual, mas antes em **sentido populacional**, por exemplo um valor de 7% significa que, por cada 100 pessoas em idêntica situação de estimativa de risco cardiovascular, 7 irão falecer nos próximos 10 anos por um evento de natureza cardiovascular.

- b) pessoa sedentária e com obesidade central;
 - c) pessoas com familiar direto portador de doença CV diagnosticada e prematura (<55 anos no sexo masculino e <65 anos no sexo feminino);
 - d) pessoas com diminuição da função renal (TGF < 60 ml/min/1.73 m²);
 - e) pessoa com nível de c-HDL inferior a 40 mg/dl no homem, 45 mg/dl na mulher, com nível de triglicéridos superior a 150 mg/dl, aumento do fibrinogénio, da apolipoproteína B (apoB) e da lipoproteína (a) [Lp(a)], especialmente em combinação com hipercolesterolemia familiar;
 - f) pessoa assintomática com evidência de aterosclerose subclínica, por exemplo, a presença de placas ou aumento da espessura íntima-média carotídea ou um índice baixo tornozelo-braço.
- B. O sucesso da intervenção decidida para cada pessoa de 40 a 65 anos de idade é avaliado por um posterior cálculo do risco CV, quer pela redução do risco absoluto, quer pela mudança do nível de risco face a uma nova avaliação de fatores de risco vasculares (por exemplo, evoluir de um nível de risco alto para um risco moderado).
- C. Nos outros grupos etários, não abrangidos pelo SCORE, o cálculo do risco CV:
- i. nas pessoas adultas com idade inferior a 40 anos, será realizado cada 5 anos, salvo indicação clínica contrária;
 - ii. nas pessoas com idade superior a 65 anos, será monitorizado de forma individual, segundo critérios clínicos baseados no custo-benefício de cada intervenção, tendo em atenção a presença de fatores de risco (tabaco, obesidade, história familiar prematura de doença CV).

▶ 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 impacto 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, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. Percentagem de pessoas com idade inferior a 40 anos e risco CV (RCV) alto e muito alto:
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com RCV alto e muito alto;
 - (ii) Denominador: n.º total de inscritos com idade inferior a 40 anos com RCV registado.
 - ii. Percentagem de pessoas de 40 a 65 anos de idade com RCV alto e muito alto:
 - (i) Numerador: n.º de pessoas com RCV alto e muito alto;
 - (ii) Denominador: n.º total de inscritos com idade entre 40 e 65 anos com RCV registado.

▶ FUNDAMENTAÇÃO

- A. A necessidade de avaliar o risco global (fatal e não fatal) das doenças CV baseia-se em diversos fundamentos. Por um lado, a doença aterosclerótica tem uma natureza multifatorial, como resultado da multiplicidade de fatores intervenientes (genéticos, ambientais, dietéticos, metabólicos, hemodinâmicos e inflamatórios). Além disso, os fatores de risco interagem, por vezes, de forma exponencial. Porém, as possíveis relações causais entre os diversos elementos patogénicos e a doença aterosclerótica encerram, em si mesmo, um certo grau de incerteza que, por definição, são de tipo probabilístico (risco). A possibilidade de complicações CV resulta da presença concomitante de características individuais capazes de incrementar esta even-

tualidade (fatores de risco) e/ou da afetação, sintomática ou não, dos órgãos alvo e das complicações clínicas associadas.

- B. O cálculo do risco CV global, como estimativa do sinergismo derivado da presença simultânea dos diversos fatores de risco individuais, permite não só identificar as pessoas com um risco alto assim como modelar a intensidade de intervenção terapêutica no controlo efetivo dos fatores de risco, motivar as pessoas numa estratégia de intervenção com o pleno cumprimento das medidas modificadoras de estilos de vida e farmacológicas, realçando o grau de risco e os ganhos potenciais das intervenções propostas e valorizar devidamente a necessidade e a efetividade de alguns tratamentos. Por outro lado, o objetivo da prevenção das doenças CV na prática clínica deve consistir em reduzir o risco CV global, isto é, os médicos tratam pessoas e não fatores de risco isolados. Se não for possível atingir o objetivo com um fator de risco, ainda será possível reduzir o risco CV global abordando de modo mais intensivo os restantes fatores.
- C. O sistema de estimativa de risco CV europeu, denominado SCORE, baseia-se nos dados de 12 estudos de coorte Europeus com 2,7 milhões de anos de acompanhamento (pessoas-ano). A função de risco do SCORE foi validada utilizando diferentes conjuntos de dados externos. Todavia, este sistema de predição de risco de eventos CV fatais a 10 anos está definido para o escalão da prevenção primária, isto é, pessoas assintomáticas sem o diagnóstico de doença CV. Se confirmada, os fatores de risco devem ser avaliados, mas sem necessidade de utilizar a tabela SCORE, se se tratar de pessoas de risco CV alto ou muito alto.

▶ 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. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Mário Espiga de Macedo e Carlos Gonçalves (coordenação científica), Alberto Melo e Silva, Carlos Canhota, Evangelista Rocha, José Manuel Silva, Luís Duarte Costa, Paula Alcântara e Pedro Marques da Silva.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. A presente Norma tomou em consideração os contributos sustentados cientificamente, recebidos durante o período de discussão pública, foi sujeita a uma avaliação científica e a uma contextualização em termos de custo-efetividade, quer por parte do Departamento da Qualidade na Saúde quer pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, criada por Despacho n.º 12422/2011, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 8 de setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 181, de 20 de setembro de 2011 e alterada pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, que procedeu à sua validação científica final.

E. A avaliação científica feita pelo Departamento da Qualidade na Saúde teve o apoio científico do Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. ▀

SIGLAS/ACRÓNIMOS

CV: cardiovascular; **RCV:** risco cardiovascular; **SCORE:** *Systematic Coronary Risk Evaluation*; **TFG:** taxa de filtração glomerular

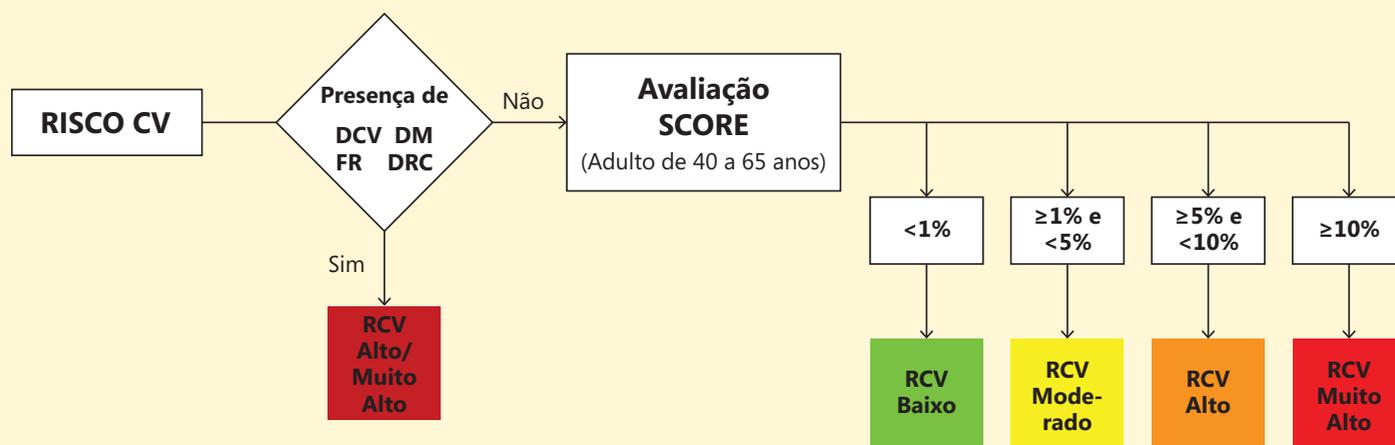
BIBLIOGRAFIA

- British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Heart* 2005; 91 Suppl 5: v1-52.
- Díaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. *Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis*. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005: 1497-512.

- Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, 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). *Eur Heart J* 2011;32:1769-818.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012;33:1635-701.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25: 1105-187.
- da Silva PM. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. *Rev Port Cardiol* 2010;29 (sup IIII):75-88.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009, 27:2121-58.
- Recomendações Portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2009.

ANEXO I

Algoritmo clínico/árvore de decisão



DCV - doença cardiovascular (enfarte do miocárdio, síndrome coronário agudo, revascularização coronária ou outro procedimento de revascularização arterial, acidente vascular cerebral isquémico, doença arterial periférica).

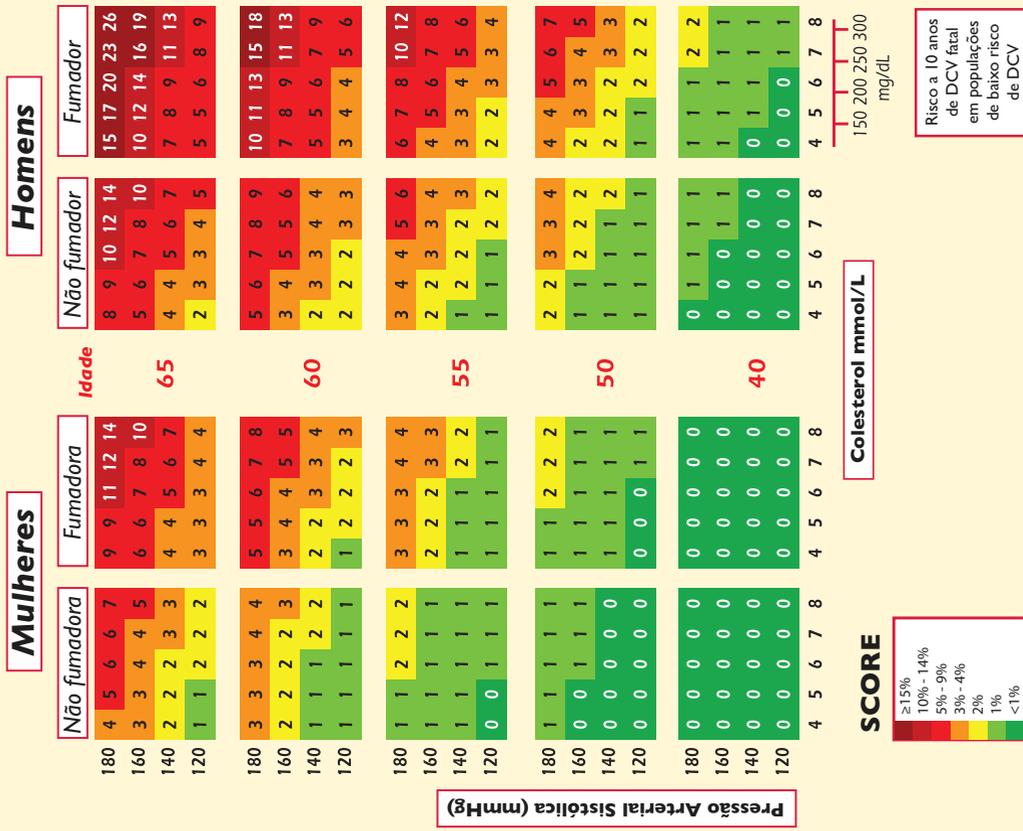
DM - diabetes *mellitus* tipo 2 ou tipo 1, com um ou mais fatores de risco cardiovascular e/ou lesão dos órgãos-alvo (tal como microalbuminúria).

FR - fatores de risco vascular isolados, muito elevados, como sejam hipertensão arterial grave (de grau 3) ou dislipidemia familiar.

DRC - doença renal crónica moderada a grave (taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m²).

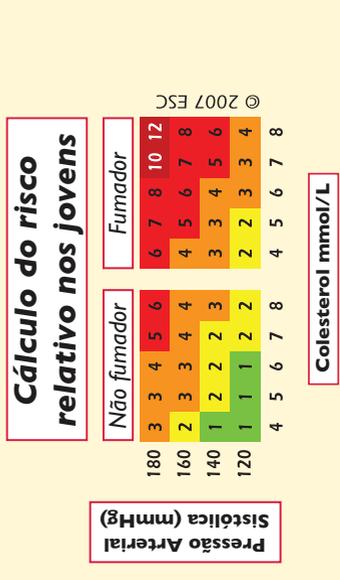
ANEXO II
Quadros, tabelas e gráficos

QUADRO I - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita).



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

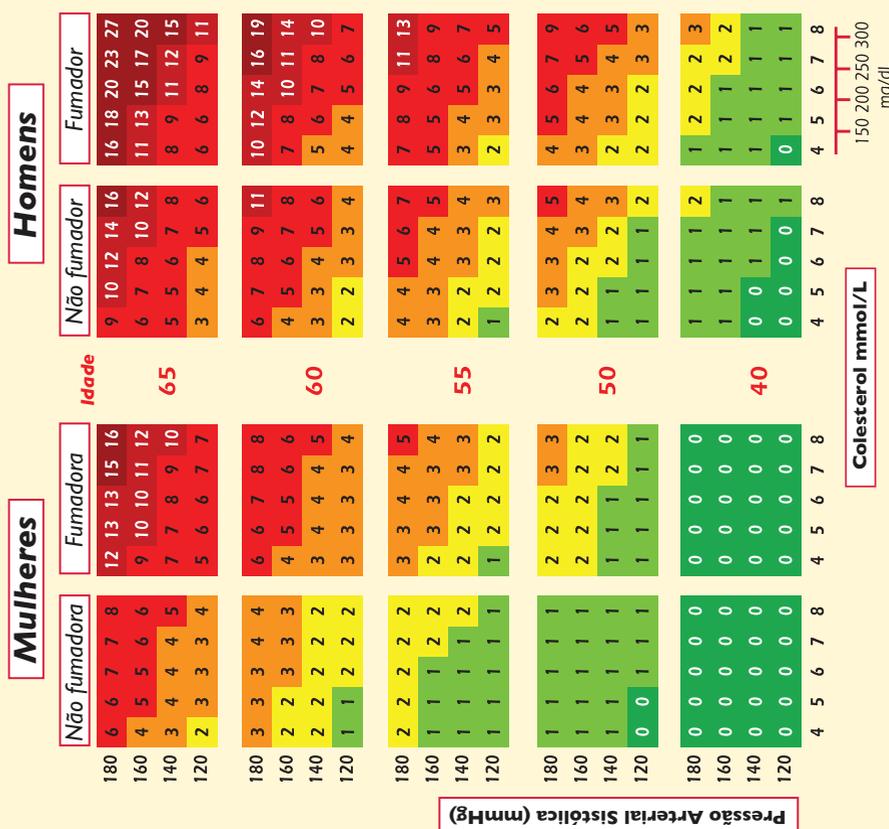
QUADRO II - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade inferior a 40 anos, igual para sexo feminino e masculino.



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

QUADRO III - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 30 mg/dl.

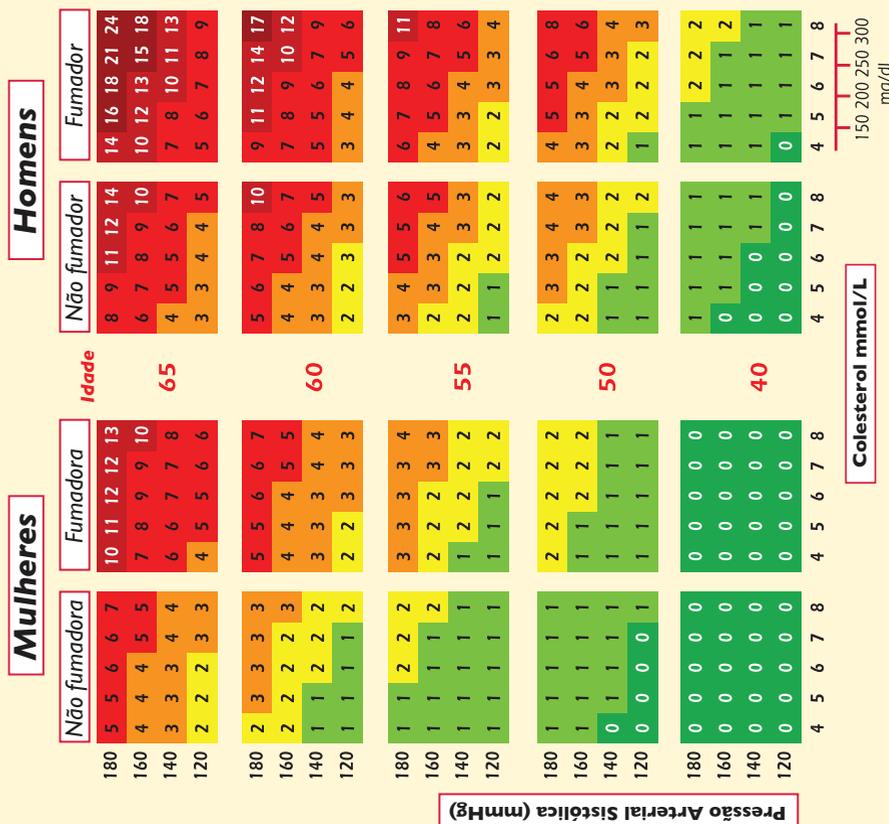
Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco: C-HDL = 0,8 mmol/L



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

QUADRO IV - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 40 mg/dl.

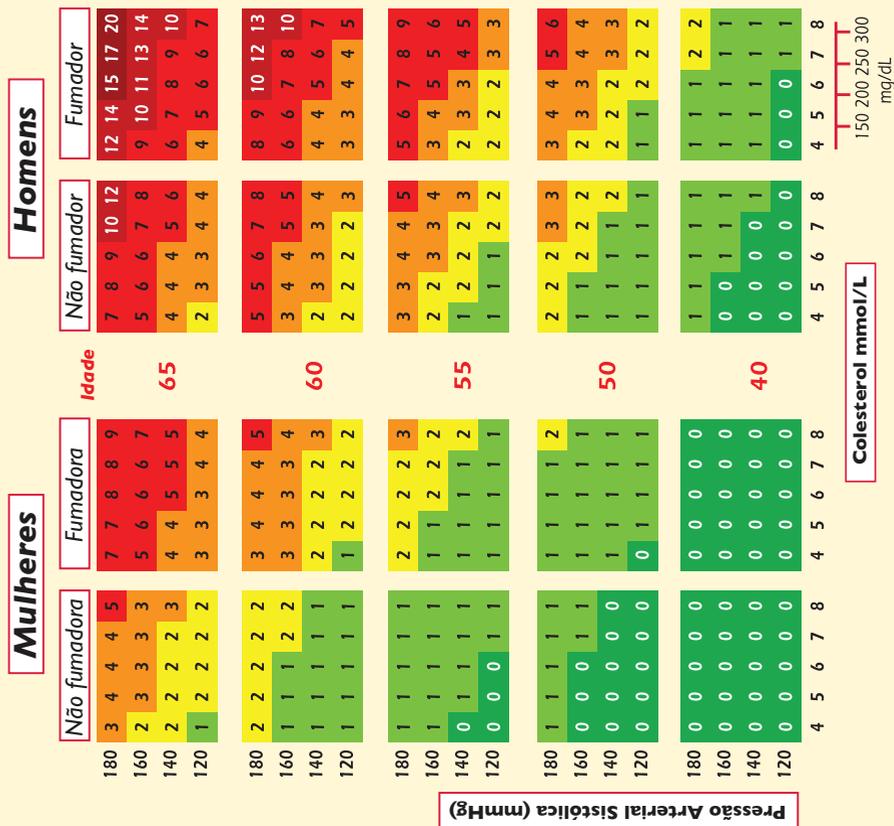
Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco: C-HDL = 1,0 mmol/L



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

QUADRO V - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 55 mg/dl.

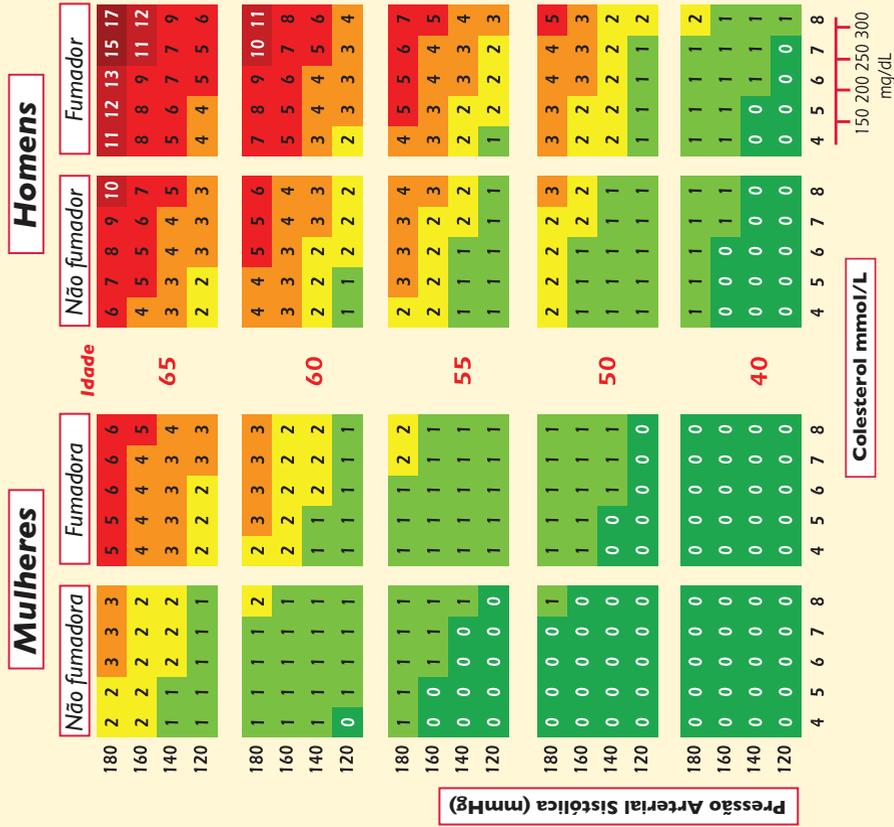
Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
C-HDL = 1,4 mmol/L



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.

QUADRO VI - Tabela do risco cardiovascular para adultos com idade igual ou superior a 40 anos e igual ou inferior a 65 anos (sexo feminino à esquerda e sexo masculino à direita), com c-HDL ≈ 70mg/dl.

Tabela SCORE para utilizar em regiões de Baixo Risco:
C-HDL = 1,8 mmol/L



Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia "Recomendações da ESC/EAS para a abordagem clínica das dislipidemias", 2011.