

Protocolo de Estratificação de risco cardiovascular na Hipertensão Arterial Sistêmica

OBJETIVO: Auxiliar na tomada de decisão acerca do tratamento de outras comorbidades que o paciente possa apresentar.

À medida que os valores da PA se elevam, a HAS frequentemente evolui com alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo com consequente aumento do risco de DCV, DRC e morte, independentemente do sexo, idade e grupo étnico. Desse modo, dentre as complicações de lesão em órgão-alvo, há a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico, demência, DRC e doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Além disso, a HAS raramente ocorre isolada de outros fatores de RCV, como dislipidemia e diabetes, atuando de maneira sinérgica no efeito aterogênico. Dessa forma, múltiplos fatores apresentam um efeito acumulativo no RCV.

Por este motivo, o RCV deve ser estimado em todos os indivíduos com pressão normal alta ou HAS, sem doença cardiovascular pré-estabelecida. Indivíduos com doença cardiovascular já identificada não necessitam realizar a estratificação do RCV, uma vez que já são considerados com RCV muito alto. A avaliação de fatores de risco modificáveis e do RCV de um indivíduo com HAS, ou seja, a estimativa da probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular em um determinado período, é fundamental para a elaboração da estratégia de cuidado, sendo essencial para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno.

O RCV do indivíduo direcionará as medidas de prevenção e de tratamento que lhe serão recomendadas. Esta avaliação deve ser realizada antes e durante o tratamento medicamentoso da HAS, anualmente. Apesar de sua notada importância, a impossibilidade de realizar a avaliação de RCV não deve impedir que o paciente inicie o tratamento da HAS.

A estratificação do RCV deve ser realizada com ferramenta validada. A escolha da ferramenta adequada deve considerar os recursos disponíveis, a aceitabilidade, a factibilidade de sua aplicação e deve ser avaliada em cada contexto. Apesar de não existir uma ferramenta que considere o cálculo do RCV derivado de estudo da população brasileira, existem diferentes calculadoras de RCV validadas e que podem ser utilizadas para avaliar o RCV do indivíduo com HAS.

Cabe destacar que, após examinar o desempenho de escores de risco de DCV internacionais utilizados no país, os resultados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA Brasil, o maior estudo de coorte baseado na comunidade brasileira que investiga os fatores determinantes das DCV e do diabetes, apontaram a calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS como a ferramenta de estratificação do RCV que demonstrou melhor calibração para a população brasileira.

Atualmente, no Brasil, recomenda-se a avaliação anual do RCV em indivíduos entre 40 anos e 74 anos, independente de já apresentarem HAS ou não, com o uso da calculadora da Iniciativa HEARTS/OPAS/OMS, que utiliza parâmetros definidos a partir do Global Burden Disease. Esta ferramenta possibilita a estratificação do RCV conforme gravidade, por meio de critérios laboratoriais e não laboratoriais, sendo seu uso oportuno e de fácil aplicabilidade nos estabelecimentos de saúde.

Os dados necessários para utilização da referida calculadora consideram a presença ou ausência de DCV, DRC e Diabete Melito tipo 2 (DM2), já estabelecidas. Caso a resposta a cada uma dessas três perguntas seja negativa, deve-se informar se o valor de colesterol no sangue está disponível ou não, pois as informações seguintes dependerão da disponibilidade do seu valor. Se o colesterol total estiver disponível, deve-se informar sexo, idade, tabagismo, diabetes, valor do colesterol total e pressão arterial sistólica (PAS). Caso o valor do colesterol total não esteja disponível, informa-se sexo, idade, tabagismo, pressão sistólica, peso e altura. A partir das informações registradas, a calculadora fornece o resultado da estratificação do risco, de modo que a ausência de dados laboratoriais não é um impedimento para seu uso. Contudo, para uma confirmação precisa, recomenda-se o cálculo utilizando o valor do colesterol total.

Para indivíduos com idade até 39 anos e a partir de 75 anos, a avaliação do RCV deve ser realizada a partir de outras calculadoras apropriadas para a faixa etária, devendo-se atentar para as condições indicativas e potencializadoras do RCV, com recomendação para adoção do autocuidado apoiado, alimentação adequada e saudável, prática regular de atividade física, prevenção e cessação do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas.

A calculadora HEARTS permite a estratificação do RCV em baixo, moderado, alto, muito alto e crítico. Ainda, para fins deste Protocolo, os pacientes estratificados com RCV crítico devem seguir as condutas descritas para os pacientes com RCV muito alto.

Em geral, indivíduos com HAS e lesão em órgão-alvo, lipoproteínas de baixa densidade (LDL) \geq 190 mg/dL, DRC em estágio \geq 3 ou diabete melito com idade \geq 40 anos já são considerados com risco elevado para eventos cardiovasculares e requerem tratamento preventivo com estatinas, conforme PCDT das Dislipidemias vigente. No entanto, considerando a integralidade do cuidado, preconiza-se a estratificação RCV para auxílio na tomada de decisão acerca de outras comorbidades que o indivíduo possa apresentar.

No indivíduo com HAS, são consideradas as seguintes lesões em órgão-alvo:

- Doença cerebrovascular (AVE isquêmico ou hemorrágico, acidente isquêmico transitório);
- Doença arterial coronariana (angina, infarto agudo do miocárdio), isquemia miocárdica silenciosa, cirurgia de revascularização miocárdica, intervenção coronariana prévias); insuficiência cardíaca; fibrilação atrial;
- Doença arterial obstrutiva periférica;
- Aneurismas, hematomas ou ulcerações aórticas;
- DRC estágio 3, ou seja, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) entre 30mL/min/1,7m² e 60 mL/min/1,73 m²;
- Albuminúria entre 30 mg/24 horas e 300 mg/24 horas ou relação albumina/creatininúria urinária de 30 a 300 mg;
- Retinopatia hipertensiva (hemorragias, exsudato ou papiledema).

Os indivíduos com DM2 com idade até 39 anos devem ser considerados de alto risco caso também apresentem nefropatia ou retinopatia. Nos indivíduos que vivem com DM tipo 1, deve-se avaliar o RCV de forma individualizada, preferencialmente, em conjunto com o serviço de atenção especializada.

Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível da PA, presença de fator de risco cardiovascular, lesão de órgão-alvo ou outras comorbidades.

A avaliação do risco cardiovascular é fundamental para nortear ações de prevenção, tratamento e acompanhamento das pessoas com hipertensão. A estratificação do risco cardiovascular estima a chance de um indivíduo apresentar um evento cardiovascular adverso em determinado período de tempo, geralmente em dez anos. Aqueles indivíduos com doença aterosclerótica clinicamente manifestada já devem ser considerados de alto risco cardiovascular, sem necessidade de cálculo específico do risco. Já para indivíduos com idade maior que 40 anos sem doença aterosclerótica clinicamente manifesta ou outros fatores definidores de alto risco, o cálculo deve ser feito por meio de um escore de risco.

Dentre as ferramentas disponíveis para estratificação do risco cardiovascular, encontra-se a calculadora proposta pela Iniciativa HEARTS (OPAS/OMS), disponível em: <https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk>. A calculadora é de fácil aplicabilidade e possibilita a estratificação do risco utilizando ou não critérios laboratoriais, sendo recomendada apenas para o cálculo do risco e não para definição de conduta com base nas orientações geradas. Para a definição da conduta conforme com o risco calculado, recomenda-se o uso dos protocolos, linhas de cuidado e diretrizes do Ministério da Saúde.

Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial

- Sexo masculino
- Idade: Homem > 55 anos; Mulheres > 65 anos
- História familiar prematura de DCV (familiares de 1º grau)
- Tabagismo
- Dislipidemia: Triglicérides > 150 mg/dl, LDL-C > 100 mg/dl; Colesterol total > 190 mg, HDL-C < 40 mg/dl
- Diabetes mellito
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

No indivíduo com HAS, são consideradas as seguintes **lesões em órgão-alvo (LOA)**:

- doença cerebrovascular (AVE isquêmico ou hemorrágico, acidente isquêmico transitório);
- doença arterial coronariana (angina, infarto agudo do miocárdio), isquemia miocárdica silenciosa, cirurgia de revascularização miocárdica, intervenção coronariana prévias);
- insuficiência cardíaca; fibrilação atrial;
- doença arterial obstrutiva periférica;
- aneurismas, hematomas ou ulcerações aórticas;
- DRC estágio 3, ou seja, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) entre 30 mL/min/1,73 m² e 60 mL/min/1,73 m² ;

- albuminúria entre 30 mg/24 horas e 300 mg/24 horas ou relação albumina/creatininúria urinária de 30 a 300 mg;
- retinopatia hipertensiva (hemorragias, exsudatos ou papiledema).

Os indivíduos com DM2 com idade até 39 anos devem ser considerados de alto risco caso também apresentem **nefropatia ou retinopatia**. Nos indivíduos que vivem com **DM tipo 1**, deve-se avaliar o **RCV de forma individualizada**, preferencialmente, em conjunto com o serviço de atenção especializada.

FONTE: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTêmICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025

