Por exemplo, para um paciente cujo cálculo de RCV foi de 16% (risco intermediário), a meta de controle de LDL será < 130, mas pode-se iniciar uma intervenção medicamentosa a partir de um LDL acima de 160 mg/dl.

Identificando pacientes com risco de doença cardiovascular:

- Use uma estratégia sistemática e não oportunística de rastreamento para identificar pessoas com alto risco de doença;
- Exclua os pacientes que tenham DAC estabelecida ou que sejam considerados de alto risco, tais como diabéticos;
- Estime o risco cardiovascular usando fatores de risco já registrados nos prontuários da APS, tais como pressão arterial, gênero, idade, tabagista etc.;
- Use o risco estimado para priorizar pacientes e agende para que uma completa avaliação do risco cardiovascular seja estimada;
- Avalie usando o escore de Framingham (1991) com projeção de risco para 10 anos;
- Registre no prontuário fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, tais como etnia, índice de massa corporal (kg/m²), história familiar de doença cardíaca prematura;
- Ajuste o escore aos fatores importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, mas que não estão contemplados no cálculo de Framingham, da seguinte maneira:
  - Se existe um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplique a estimativa pelo fator correção 1.5; se existe mais de um parente de primeiro grau com DAC prematura, multiplique a estimativa por 2;
  - Aumente o risco estimado em 1.4 se tiver ascendência sul-asiática.
  - Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m² – especialmente aqueles com obesidade central – homens com circunferência abdominal ≥ 102 [asiáticos ≥ 92]; para mulheres essa medida deve ser ≥ 88 cm), multiplique pelo fator de correção 1.3.
- Após o ajuste do escore, veja as metas e converse com o paciente sobre elas, para juntos definirem o plano de tratamento.
- Use o julgamento clínico para decidir sobre o tratamento se o risco estimado estiver próximo do limiar de tratamento e caso exista evidência para outros fatores que possam predispor a pessoa a risco de doença cardiovascular prematura, tais como baixo padrão socioeconômico, obesidade severa (IMC > 40) ou se, por exemplo, o paciente parou de fumar recentemente.

6.2 Rastreamento de dislipidemia

Por que é importante o rastreamento?

Existe boa evidência de que a dosagem dos lipídios séricos pode identificar homens e mulheres assintomáticas que são elegíveis para a terapia preventiva. Níveis altos do colesterol total (CT) e da lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-C), assim como baixos níveis de lipoproteína

de alta densidade de colesterol (HDL-C), são importantes fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC). O risco de DAC é maior naqueles em que há combinação de fatores de riscos. O risco de doença arterial coronariana em 10 anos é menor em homens jovens e nas mulheres que não tenham outros fatores de risco, mesmo na presença de anormalidade lipídicas.

Quando é importante rastrear?

Rastreamento em homens

Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos ou mais. Grau de recomendação A.

Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. Grau de recomendação B.

Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos se eles não estiverem em grupo alto risco cardiovascular. Grau de recomendação C.

Rastreamento em mulheres

Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos ou mais quando se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana. Grau de recomendação A.

Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 a 45 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. Grau de recomendação B.

Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 anos ou mais se elas não estiverem em grupo alto risco cardiovascular. Grau de recomendação C.

Rastreamento em pessoas idosas

Meta-análises relacionando o colesterol e DAC em pessoas idosas sugerem que este não constitui um fator de risco para DAC em pessoas acima de 75 anos de idade. Os ensaios clínicos raramente incluíam tais indivíduos. Uma exceção foi o Prospective Study of Pravastatin in Elderly at Risk (PROSPER).

Nesse estudo, pacientes com doença cardiovascular (prevenção secundária) se beneficiaram da terapia, enquanto aqueles sem doença cardiovascular (prevenção primária) não obtiveram benefícios. Embora o NCEP recomende que se continue o tratamento nos idosos, muitos médicos podem optar por suspender o rastreamento e o tratamento em pacientes acima de 75 anos sem evidência de DAC. Em pacientes com 75 anos ou mais com DAC, a terapia para redução do colesterol deve ser mantida, como recomendado para pacientes mais jovens. A decisão de continuar com a terapia deveria levar em conta o status funcional global e a expectativa de vida, comorbidades e a preferência do paciente, bem como ser feita em um contexto de objetivos terapêuticos globais e decisão de fim de vida.

Outras situações clínicas:

Devem ser rastreados os níveis de colesterol de todos os pacientes com DAC, bem como os equivalentes coronarianos (outras formas clínicas de aterosclerose), tais como:

- Aneurisma de aorta abdominal;
- Estenose de coronária sintomática (AIT ou AVC de origem de carótida com > de 50% de estenose da artéria carótida);
- Doença arterial periférica;
- Paciente com ***Diabete mellitus***;
- Paciente com dois ou mais fatores de risco e com uma projeção de 20% de risco de desenvolver DAC em 10 anos;
- Hipertrofia ventrículo esquerdo "definitiva", de acordo com o estudo de Framingham (skolov-lyon [onda S V1 + onda R V5 ou V6] + infradesnivelamento de ST ou inversão de onda T em V5 e V6).

Intervalo de rastreamento:

O intervalo ótimo para rastreamento é incerto e este está principalmente fixado de acordo com o risco cardiovascular. Quanto maior o risco, menor o intervalo de rastreamento. Com base em outros protocolos e opinião de especialistas, uma opção razoável e referida na Força-Tarefa Americana é um intervalo de cinco anos, para a população geral com resultados normais (Evidência nível III).

Intervalos menores podem ser recomendados para pessoas que têm níveis lipídicos próximos do limite para instituição de terapia. Intervalos maiores também podem ser estabelecidos para aqueles com baixo risco cardiovascular ou que apresentem níveis lipídicos repetidamente normais. Não está estabelecida a idade de se interromper o rastreamento. O rastreamento pode ser apropriado para pessoas idosas que nunca foram rastreadas, contudo, o rastreamento repetido é menos importante nas pessoas idosas, pois os níveis lipídicos têm maior probabilidade de se manter estáveis após os 65 anos.

Como realizar?

Por meio da dosagem dos lipídios séricos de pessoas que são elegíveis, conforme recomendações acima. O profissional de saúde deve orientar que o paciente esteja em jejum de 12h, evite mudanças na rotina alimentar e de atividade física, além de não ingerir bebida alcoólica.

Como interpretar os resultados?

Existem boas evidências que as terapias com drogas redutoras dos lipídios substancialmente reduzem a incidência de doença arterial coronariana em pessoas com anormalidade lipídicas com alto risco cardiovascular. A interpretação dos resultados depende da suscetibilidade basal de cada indivíduo. Para calcular o risco cardiovascular, existem tabelas como a de Framingham. Assim, quanto menor o risco, menor a necessidade de medicar e maiores os prazos que a equipe de saúde tem – para construir estratégias contextualizadas e culturalmente aceitáveis – para se alcançar uma mudança sustentável no estilo de vida.

Vários algoritmos foram desenvolvidos para guiar os médicos na decisão de tratamento, entretanto, o manejo segue sendo individualizado.

6.3 Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Está recomendado o rastreamento da hipertensão arterial nos adultos (acima de 18 anos) sem o conhecimento de que sejam hipertensos. **Grau de recomendação A**.

Por que é importante o rastreamento?

A hipertensão é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Intervalo de rastreamento:

Não se tem evidência para se recomendar um ótimo intervalo para rastrear a hipertensão nos adultos. O 7° JNC (***The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure***) recomenda o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.

Como realizar?

A aferição ambulatorial com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada. A pressão alta (hipertensão) é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas.

Como interpretar o resultado?

A relação entre a pressão diastólica e sistólica com o risco cardiovascular é contínua e gradual. O nível de pressão elevado não deve ser o único valor para determinar o tratamento. Os médicos