

ESTUDO DO RISCO CARDIOVASCULAR PELO ESCORE DE FRAMINGHAM EM UMA COMUNIDADE DE FEIRA DE SANTANA - BA

Renan Dourado dos Santos¹; Edna Maria de Araújo²; Luana de Oliveira Almeida³.

1. Bolsista do PET-Saúde 2010-2011/UEFS, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: renan_rds@yahoo.com.br
2. Orientadora, Tutora do PET-Saúde/UEFS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: ednakam@gmail.com
3. Bolsista do PET-Saúde 2010-2011/UEFS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: luana_oliveira105@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: fatores de risco, escore de Framingham, doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO

Estudos têm confirmado a doença cardiovascular como a principal causa de mortalidade da população mais idosa em todo o mundo, acometendo tanto homens, como mulheres. Em grande parte, isso é explicável pelo progressivo envelhecimento populacional ocorrido a partir da segunda metade do século passado nos países mais desenvolvidos e, mais recentemente, também nos países em desenvolvimento. No entanto, cada vez mais pessoas jovens são acometidas por esta doença. É consenso que a doença coronariana tem estreita correlação com a aterogênese, sendo influenciada por fatores como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes melito, além do elevado nível de colesterol. A identificação destes fatores em diferentes grupos e idades é hoje considerada fundamental para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução das taxas de morbi-mortalidade da população, assim como para a melhoria da sua qualidade de vida (SOUZA JS, SOUTO FILHO JTD, *et al*, 2003).

Na medicina atual, os escores de risco cardiovasculares são utilizados para classificação diagnóstica, estratificação de risco para a ocorrência ou desfecho de patologias e como ferramenta de análise do prognóstico do paciente (SBC, 2007). Assim, com base nas considerações acima, o presente estudo teve como objetivo avaliar o risco cardiovascular pelo escore de Framingham entre pessoas atendidas através do Programa de Saúde da Família de uma comunidade em Feira de Santana.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal realizado de agosto de 2011 a março de 2012, tendo, como população de estudo, 49 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família (USF) Feira VI. O estudo foi baseado em dados secundários do Prontuário HIPERDIA da USF, o qual é composto por: Ficha de cadastro do HIPERDIA; Ficha de Acompanhamento do HIPERDIA e Prontuários de Atendimento da USF. Para a execução desse estudo, o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

O Estudo de Framingham, observacional de 50 anos com 5.300 indivíduos de diferentes faixas etárias (30 a 74 anos) e etnias, avaliou os principais fatores para o risco cardiovascular, com pontuação para cada item - idade, pressão arterial sistólica e diastólica, tabagismo, presença ou não de DM e Colesterol Total (CT) e HDL-CT (MAFRA & OLIVEIRA, 2008). O resultado foi o cálculo do risco absoluto de eventos coronarianos fatais e não-fatais (morte, infarto agudo do miocárdio e angina de peito) nos próximos 10 anos (SBC, 2007).

O cálculo de risco de Framingham é constituído por três fases. A fase 1 está representado pela Tabela 1 e a fase 2 pela Tabela 2. Devido a limitações técnicas dos

prontuários do HIPERDIA, tivemos que excluir a terceira fase. A fase 1 é identificadora de risco pela manifestação prévia da própria doença, como Doença Arterial Coronária prévia, Doença Arterial Cerebrovascular, Doença arterial periférica e Diabetes melito tipo 1 ou 2. Indivíduos assim identificados são considerados como alto risco (maior do que 20%) em 10 anos de apresentar novos eventos cardiovasculares.

Tabela 1. Critérios para identificação dos pacientes com alto risco de eventos coronarianos.

Tabela 2. Tabela do escore de risco cardiovascular de Framingham.

HOMENS						MULHERES					
Idade	Pontos					Idade	Pontos				
20-34	-9					20-34	-7				
35-39	-4					35-39	-3				
40-44	0					40-44	0				
45-49	3					45-49	3				
50-54	6					50-54	6				
55-59	8					55-59	8				
60-64	10					60-64	10				
65-69	11					65-69	12				
70-74	12					70-74	14				
75-79	13					75-79	16				

Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade	Colesterol	idade	idade	idade	idade	idade
Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Total, mg/dL	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0	< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2

Fumo	idade	idade	idade	idade	idade	Fumo	idade	idade	idade	idade	idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0	Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1	Sim	9	7	4	2	1

HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos		HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos	
≥ 60	-1		≥ 60	-1	
50-59	0		50-59	0	
40-49	1		40-49	1	
< 40	2		< 40	2	

PA (sistólica, mm Hg)	não tratada	tratada	PA (sistólica, mm Hg)	não tratada	tratada
< 120	0	0	< 120	0	0
120-129	0	1	120-129	1	3
130-139	1	2	130-139	2	4
140-159	1	2	140-159	3	5
≥ 160	2	3	≥ 160	4	6

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco absoluto 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		

Entre os indivíduos sem doença aterosclerótica manifestada (fase 2), haverá classificação em risco baixo (<10%), médio (10 a 20%) e, quando o risco cardiovascular absoluto ultrapassa 20%, será risco alto (SBC, 2007). Na fase 2, os parâmetros usados para o cálculo do risco cardiovascular global para cada sexo, em categorias, são: a idade, o colesterol total, o colesterol HDL, a pressão arterial e ainda a presença ou não de diabetes e tabagismo.

A Tabela 2 mostra o Escore de Risco de Framingham (ERF) mais atual, com faixa de idade de 20 a 79 anos. A maior crítica da ERF é a idade, que torna o indivíduo com risco positivo a partir dos 45 anos. O risco está superestimado em indivíduos com mais de 70 anos e subestimado em indivíduos com menos de 40 anos. Ainda pode dar uma impressão errada do risco em longo prazo dos indivíduos jovens com fatores de risco elevados (MAFRA, F; OLIVEIRA, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 49 prontuários analisados de indivíduos entre 28 e 79 anos, foram encontrados 45 hipertensos e 23 diabéticos. Todos os hipertensos estão em tratamento medicamentoso e, destes, 29 têm pressão arterial não controlada, incluindo três com hipertensão em nível muito alto (Pressão Arterial Sistólica ≥ 180 e/ou Pressão Arterial Diastólica ≥ 110). Dos 23 diabéticos, os quais são classificados como portadores de Diabetes tipo 2, apenas quatro não eram considerados hipertensos, embora dois destes apresentaram pressão arterial elevada.

Os 23 diabéticos foram incluídos na fase 1 do estudo de Framingham. Além desses, não existiram outros indivíduos com critérios para a fase 1, ou seja, que possuíssem alguma doença cardiovascular prévia. Assim, 23 indivíduos tinham risco cardiovascular alto (probabilidade maior do que 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos). O restante dos indivíduos foi incluído na fase 2 de estudo, que representa o ERF para faixa de idade entre 20 e 79 anos.. Na tabela 3, há uma divisão dos riscos em relação ao sexo e idade.

Tabela 3. Distribuição do risco cardiovascular absoluto segundo o ERF em estudo de fase 2 entre pacientes de um programa HIPERDA, Feira de Santana, 2010 e 2011.

Escore de Framingham	n	%
Baixo (< 10%)	19	73,1
Médio (10-20%)	4	15,4
Alto (> 20%)	3	11,5
Total	26	100

Tabela 4. Distribuição dos indivíduos estudados de acordo com o sexo, idade e risco cardiovascular segundo o escore de Framingham entre pacientes de um programa HIPERDA em Feira de Santana nos anos 2010 e 2011.

	Adultos (<60 anos)						Idosos (≥60anos)					
	Mulheres		Homens		Total		Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo (<10%)	9	42,8	0	-	9	40,9	8	45,5	1	11,1	9	40,8
Médio (10-20%)	1	4,8	0	-	1	4,5	1	5,5	3	33,3	4	14,8
Alto (> 20%)	11	52,4	1	100	12	54,5	9	38,9	5	55,5	14	51,9
Total	21	100	1	100	22	100	18	100	9	100	27	100

n = número de indivíduos de um total de 49

O único indivíduo com risco menor que 1% tinha idade inferior a 30 anos e aqueles que tiveram risco maior que 20% tinham idade maior que 74 anos. Destes, apenas um tem probabilidade maior do que 30% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos. Pela Tabela 4, a influência da idade avançada para o risco alto não foi verificado, já que indivíduos com idade inferior a 60 anos tiveram prevalência de 54,5%, enquanto aqueles com idade superior ou igual a 60 anos tiveram 51,9%, principalmente quando se refere a mulheres menores de 60 anos. O fator que mais chamou a atenção foi a elevada prevalência da dislipidemia em mulheres menores de 60 anos, o que pode refletir melhor assistência para indivíduos mais velhos no que se refere ao controle do colesterol. Em relação ao sexo, foram pesquisados dez homens e 39 mulheres. O sexo masculino teve prevalência de 66,66% (6) de risco alto e o feminino, 51,3% (20). Pela Escala de Risco de Framingham, incluindo os diabéticos, dos 49 analisados, 26 tem risco alto (>20%) em 10 anos em ter eventos cardiovasculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Escore de Framingham vem sendo considerado e utilizado por serviços de saúde por ser ferramenta de fácil aplicabilidade. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde têm a possibilidade de tratar os fatores de risco por meio da abordagem clínica da equipe sob uma visão holística do paciente (BRASIL, 2005). Identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada, efetiva e resolutiva, a ESF cria um espaço diferenciado para prevenção das DCV e outras doenças crônico-degenerativas no Brasil. Buscar estratégias e ferramentas para facilitar a atuação da equipe na ESF na identificação dos fatores de risco que esta população está exposta e estratificação do risco de complicações destas patologias é fundamental para a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos, inclusive eventos coronarianos.

REFERÊNCIAS:

- SOUZA JS, SOUTO FILHO JTD, *et al*, 2003 . **Prevalência de dislipidemias e fatores de risco em Campos dos Goytacazes - RJ**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo; 81(3): 249-56.
- SBC 2007. **IV Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 88 (Supl. I).
- MAFRA, F; OLIVEIRA, H., 2008. **Avaliação do Risco Cardiovascular - metodologias e suas implicações na prática clínica**. Rev. Port. Clin. Geral; 24: 391-400.
- BRASIL 2005. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Brasília.