



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"

Atenção Básica

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA APS A PARTIR DE DUAS VERSÕES DO ESCORE DE FRAMINGHAM

Natanael Pietroski, Raquel Zaicaner

1 Prefeitura Municipal De Taboão Da Serra - Prefeitura Municipal De Taboão Da Serra
Taboão da Serra

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade ao redor do mundo, representando aproximadamente 31% das causas totais de óbito no ano de 2016, segundo a Organização Mundial de Saúde (1). A maioria dos eventos cardiovasculares (ECVs) pode ser prevenida através da abordagem de fatores de risco para as doenças associadas a tais eventos (2). Pacientes com alto risco cardiovascular necessitam de diagnóstico e intervenção precoces, a fim de evitar desfechos desfavoráveis. Por estes motivos, discutir métodos de estratificação de risco para doenças cardiovasculares é imprescindível na promoção da saúde no setor primário de atenção. Ao longo da evolução da ciência médica, foram criados vários escores de estratificação de risco cardiovascular, dentre eles 4 versões amplamente utilizadas do Escore de Framingham(2–5). Cada versão possui suas particularidades e a utilização indiscriminada pelo profissional de saúde na atenção básica ao realizar a estratificação de risco cardiovascular implica em divergência de resultados, dependendo da versão utilizada. A divergência de resultados tem impacto na intervenção médica, e conseqüentemente, na prevenção de ECVs.

OBJETIVOS

Analisar e comparar os resultados obtidos através da estratificação por 2 escores validados de risco cardiovascular, Framingham D'Agostino (2) e Framingham ATP III (5), no contexto de frequentadores da Atenção Primária à Saúde (APS) atendidos na UBS Jardim Suiná, no município de Taboão da Serra-SP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com amostragem por conveniência, realizado a partir de revisão de prontuários de pacientes atendidos na UBS Jardim Suiná entre abril e agosto de 2017. Neste período, foram registrados 665 atendimentos a pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes, por meio de tabelas no Microsoft Excel, versão 15.22,. Dos atendimentos registrados, foram excluídos deste estudo: casos sem dados suficientes para estratificação de risco; pacientes com história conhecida de ECV; pacientes com menos de 30 ou mais de 74 anos de idade. Sendo assim, 284 pacientes foram incluídos na amostra do presente estudo, com idades entre 30 e 74 anos, sem ECV conhecido. Informações sobre a amostra estão disponíveis na Tabela 01. Tabela 01. Características dos usuários amostrados Variável Masculino (n=92) Feminino (n=192) Idade média (DP), anos 57,99 (9,30) 58,01 (10,77) Colesterol Total médio (DP), mg/dL 204,43 (47,55) 216,15 (39,31) HDL médio (DP), mg/dL 45,16 (12,16) 51,80 (11,72) Pressão Arterial Sistólica média (DP), mmHg 133,49 (19,85) 134,85 (18,65) Tabagismo, n



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"

12 (13%) 17 (8,9%) Tratamento de hipertensão, n 79 (85,9%) 176 (91,7%) Diabetes, n 38 (41,3%) 77 (40,1%) Utilizando duas versões do escore de Framingham, a versão publicada em 2002 pelo National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) (5) e também a versão de 2008 publicada por D'Agostino et al. (2), procedeu-se a classificação individual de risco em: baixo, quando $<10\%$; moderado, quando entre 10% e 20% ; e alto risco quando $>20\%$. Para fins de análise estatística, os dois últimos grupos foram agregados, sendo consideradas, portanto, um total de duas categorias: baixo risco e moderado/alto risco. As informações coletadas nos atendimentos foram tabeladas e analisadas estatisticamente no programa IBM® SPSS® Statistics, versão 24.0. Os dados foram analisados por meio do teste t-Student para avaliar diferenças entre as médias, Qui-Quadrado para medir a associação entre variáveis categóricas e do coeficiente Kappa para verificação de concordância. A recalibração do escore ATP III, que prediz apenas doença coronariana, para a comparação com o Escore de Framingham mais recente, considerando todos os ECV, foi realizada pela multiplicação do escore individual do ATP III pela razão da incidência de ECV no escore D'Agostino et al e a média prevista na amostra pelo ATP III.

RESULTADOS

No contexto da Atenção Primária de Saúde vários métodos estão disponíveis para a estratificação do risco cardiovascular (6). É preconizado que o tratamento de doenças como a hipertensão, diabetes e dislipidemia seja orientado e intensificado de acordo com o risco individual de eventos (7–9). Um método de classificação recomendado por três das principais diretrizes de tratamento destas morbidades (7–9) é o Escore de Framingham (2). Contudo, nenhuma diretriz faz menção à existência de mais de uma versão deste escore, assim como não há alerta sobre diferenças entre eles. Apenas a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (7) oferece um endereço eletrônico que direciona para a versão mais atual do escore. Neste trabalho, analisamos a aplicação das duas últimas versões do escore de Framingham em uma amostra de pacientes da UBS Jardim Suiná, sob os critérios descritos no item de metodologia supracitado. Ao aplicar as duas versões mais recentes do Escore de Framingham aos dados obtidos dos pacientes amostrados da UBS Jardim Suiná, o risco calculado pelo escore D'Agostino et al. teve média de $16,41\%$ $DP\pm 10,51\%$, variando desde $1,84\%$ até $60,78\%$, enquanto a média do escore de Framingham ATP III foi $11,66\%$ $DP\pm 7,43\%$, variando desde $0,01\%$ até $37,87\%$. A concordância entre as duas ferramentas foi moderada, kappa $0,55$ ($p < 0,001$), sendo em média $4,8\%$ maior ($p < 0,001$) o risco calculado pelo escore de Framingham D'Agostino em relação ao ATP III. A distribuição da diferença individual entre os escores pode ser observada na Figura 1. De acordo com a estratificação do escore de Framingham mais recente, 195 pacientes da amostra foram considerados de risco moderado/alto. Já na versão anterior, este número decai, comparativamente, para 139. Esta diferença pode ser melhor observada na Figura 02. Observa-se que $21,12\%$ da amostra ($p < 0,0001$) - 60 pacientes - foi classificado como baixo risco exclusivamente pelo ATP III. A mudança desses 60 pacientes para o grupo de risco moderado/alto no escore atualizado foi associada ao sexo feminino, tratamento de hipertensão arterial, idade ≥ 60 anos, pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e colesterol total ≥ 160 mg/dL. Todos os fatores podem ser conferidos na Tabela 02. Tabela 02. Associação entre as variáveis e a mudança de risco baixo no Escore ATP III para risco moderado/alto no



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"

Escore D'Agostino et al. Variável Odds Ratio Intervalo de Confiança (95%) Qui-quadrado Valor-p
Sexo feminino 7,47 2,13-26,18 2 (1) = 12,53 <.0001 Diabetes 0,87 0,40-1,88 2
(1) = 0,12 .846 Tabagismo 3,77 0,707-20,139 2 (1) = 1,59 .20 Tratamento de
hipertensão 6,21 1,36-28,29 2 (1) = 6,96 .0,008 Idade ≥60 anos 9,41 4,168-
21,282 2 (1) = 33,459 <.0001 PAS ≥140mmHg 3,72 1,83-7,56 2 (1) =
13,811 <.0001 HDL >45mg/dL 0,40 0,20-0,83 2 (1) = 6,170 <.016 Colesterol Total
≥160mg/dL 6,72 1,48-30,46 2 (1) = 7,762 <.009 O principal motivo de mudanças
significativas na classificação de risco se deve ao fato de que o objetivo de cada escore é
diferente. O Escore de Framingham ATP III tem como foco a previsão de doença coronariana,
enquanto o D'Agostino engloba as principais doenças cardiovasculares, incluindo, entre outras,
as doenças cerebrovasculares. Mesmo após correção para esta diferença, a média da diferença
entre os escores permanece 2,6% menor para o ATP III ($p < .0001$). Sendo assim, as duas
ferramentas, conhecidas pelo mesmo nome, divergem significativamente e não deveriam ser
utilizadas como equivalentes na Atenção Primária de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao utilizar o escore de Framingham ATP III ao invés da versão mais recente, de D'Agostino et al.,
a cada 5 pacientes, 1 foi erroneamente alocado na categoria de baixo risco cardiovascular. A
maior identificação de pacientes de alto risco pela ferramenta mais recente sugere que o
aprimoramento no campo da estratificação de risco pode trazer benefícios à prevenção de ECV.
Diante dos dados obtidos, pode-se considerar que a escolha do escore de Framingham com
calibração atualizada e com maior amplitude de detecção de variedades de ECV pode exercer
grande impacto na promoção de saúde, pois aprimora o reconhecimento de pacientes de
moderado e alto risco cardiovascular, possibilitando assim uma abordagem mais assertiva e
fornecendo maior precisão em relação à intensidade de tratamento instituído aos pacientes da
APS.