

Implantação do Escore de Framingham na Atenção Primária para manejo de pacientes hipertensos e diabéticos

Implementation of the Framingham Score in Primary Care for the management of hypertensive and diabetic patients

Implementación de la puntuación de riesgo de Framingham en la atención primaria de salud para el manejo de pacientes hipertensos y diabéticos

Isabela Machado Sampaio Costa Soares¹, Ivana Conceição Oliveira da Silva², Thais Moreira Peixoto³, Dyalle Costa e Silva⁴, Tamile Rios Oliveira Almeida⁵, Jamilly de Oliveira Musse⁶

Como citar: Soares IMSC, Silva ICO, Peixoto TM, Silva DC, Almeida TRO, Musse JO. Implantação do Escore de Framingham na Atenção Primária para manejo de pacientes hipertensos e diabéticos. REVISA. 2020; 9(2): 313-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p313a319>

REVISA

1. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7400-3536>
2. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1198-2081>
3. Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5395-0905>
4. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3431-2577>
5. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6970-5461>
6. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5769-9228>

Recebido: 12/02/2020
Aprovado: 11/03/2020

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência de implantação do escore de risco de Framingham, na Atenção Primária, para manejo de pacientes hipertensos e diabéticos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, sobre a implantação do escore de Framingham, nas unidades da Atenção Primária à Saúde do município de Feira de Santana, Bahia, visando estimar o risco do desenvolvimento de doenças coronarianas. A amostra foi composta de profissionais de 89 Unidades de Saúde da Família, incluindo médicos, enfermeiros e apoiadores institucionais. Os profissionais foram divididos em grupos de 14 participantes por encontro. A ação foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde, de janeiro a junho de 2018. Os materiais didáticos foram confeccionados, incluindo um folder informativo sobre o escore de Framingham e um formato de instrumento a ser aplicado nas unidades. **Resultados:** Participaram 06 apoiadoras e 187 profissionais, sendo 109 enfermeiros e 78 médicos. As oficinas aconteceram em 14 encontros, com duração de 4h, sendo a atividade dividida em teórica e prática, com discussão de casos clínicos e aplicação do escore apresentado. **Conclusão:** A implantação dessa ferramenta permite a identificação de estratégias mais adequadas para o manejo de pacientes hipertensos e diabéticos, de acordo com o risco, auxiliando na definição de condutas multidisciplinares.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Fatores de risco; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of implementing the Framingham risk score in Primary Care for the management of hypertensive and diabetic patients. **Method:** This is an experience report on the implementation of the Framingham score in Primary Health Care units in Feira de Santana-Bahia city, order to estimate the risk of developing coronary heart disease. The sample consisted of professionals from 89 Family Health Units, including doctors, nurses and institutional supporters. The professionals were divided into groups of 14 participants per meeting. The action was carried out at the Municipal Health Department, from January to June 2018. The teaching materials were made, including an information folder on the Framingham score and an instrument format to be applied in the units. **Results:** 06 supporters and 187 professionals participated, being 109 nurses and 78 doctors. The workshops took place in 14 meetings, lasting 4 hours, the activity being divided into theoretical and practical, with discussion of clinical cases and application of the score presented. **Conclusion:** The implementation of this tool allows the identification of more appropriate strategies for the management of hypertensive and diabetic patients, according to the risk, helping to define multidisciplinary approaches.

Descriptors: Primary Health Care; Risk factors, Hypertension; Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de implementación de la puntuación de riesgo de Framingham en la atención primaria de salud para el manejo de pacientes hipertensos y diabéticos. **Método:** Este es un reporte de experiencia sobre la implementación de la puntuación de Framingham en unidades de atención primaria de salud en el municipio de Feira de Santana, Bahia, Brasil, para estimar el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias. La muestra fue compuesta por profesionales de 89 Unidades de Salud de la Familia, incluidos médicos, enfermeras y colaboradores institucionales. Los profesionales fueron alocados en grupos de 14 participantes por reunión. La acción tuvo lugar en el Departamento de Salud Municipal de enero a junio de 2018. Se prepararon materiales didáticos, incluida una carpeta informativa sobre la puntuación de riesgo de Framingham y un formato de instrumento para aplicar en las unidades de salud. **Resultados:** Un total de 6 asistentes y 187 profesionales participaron en el estudio, de los cuales 109 eran enfermeras y 78 eran médicos. Los talleres fueron divididos en 14 reuniones, de 4 horas de duración cada una, con actividades teóricas y prácticas, discusión de casos clínicos y aplicación de la puntuación de Framingham. **Conclusión:** La implementación de esta herramienta permitió la identificación de estrategias más apropiadas para el manejo de pacientes hipertensos y diabéticos, según la clasificación de riesgo, contribuyendo a un enfoque multidisciplinario.

Descritores: Atención primaria de salud; Factores de riesgo; Hipertensión; Diabetes mellitus.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o local responsável pela organização do cuidado à sua saúde da população. Nesse contexto, a estrutura organizacional da APS possibilita que exista a resolutividade, através de ações de cunho cognitivo e intelectual para a resolução dos problemas de saúde pública da população; comunicação, a partir da referência e contra referência das pessoas, dos produtos e das informações geradas pelos diversos componentes da rede; e a responsabilização, a vinculação com a população adstrita, a partir da organização territorial, da gestão e da responsabilidade sanitária e financeira. Todavia, mesmo com o fortalecimento da APS, as internações por agravos, que poderiam ser controlados na Atenção Primária, continuam ocorrendo, como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial.¹

As doenças crônicas como a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), constituem as principais causas de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), isto porque suas complicações agudas e crônicas causam alta morbimortalidade, ocasionando custos elevados para o sistema de saúde.²

A compreensão sobre os fatores de risco (FR) e o efeito multiplicador que têm, quando associados, nos evidencia a necessidade de avaliação criteriosa das pessoas sob nossos cuidados para estabelecer os riscos absolutos de desenvolverem um evento coronariano. Nesse sentido, várias estratégias têm sido adotadas para estimar esse risco com maior precisão. Uma das mais antigas e simples é buscar dados da anamnese e do exame físico que representem um quadro de risco, a exemplo de gênero, idade, ser tabagista ou não, ter histórico familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) prematura, dentre outros.

No tocante, existem instrumentos que auxiliam a obter essa estimativa de risco com maior precisão a exemplo do Escore de Framingham, considerado um instrumento utilizado para estimativa de risco do desenvolvimento de doenças coronarianas, sendo possível prever a ocorrência de Doença Cardiovascular (DCV) em 10 anos num indivíduo, utilizando informações como idade, sexo, LDL, HDL, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus.³

Alguns estudos^{4,5,6} têm demonstrado grande fragilidade no manejo dos pacientes hipertensos pelas Equipes de Saúde da Família, assim a utilização desse escore significa uma abordagem inovadora com potencial de ampliar a adesão ao tratamento, a partir da informação dos fatores de risco aos pacientes assistidos, possibilitando resultados mais efetivos.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo foi descrever a experiência da implantação do escore de risco Framingham na Atenção Primária do município de Feira de Santana - Ba, para o manejo de pacientes hipertensos e diabéticos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a implantação do escore de Framingham nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Feira de Santana, Bahia, com objetivo de estimar o risco de desenvolvimento de doenças coronarianas e prever sua ocorrência, em um indivíduo, em 10 anos, com aplicação durante as consultas nas unidades a

partir do levantamento da idade, sexo, LDL, HDL, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus, conforme instrumento específico preconizado. Nesse contexto, o escore de Framingham tem se mostrado um método prático na avaliação do risco cardiovascular em diferentes populações.⁷

Os participantes do estudo foram constituídos por profissionais das 89 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no município, incluído médicos, enfermeiros e apoiadoras institucionais. Os profissionais foram convocados por ofício e divididos em grupos até 14 participantes, seguindo um planejamento prévio da escala dos profissionais nos serviços, para evitar a saída de todos, em um mesmo momento das unidades. No total, aconteceram 14 encontros.

As atividades foram realizadas no auditório Dr. João Batista de Cerqueira na Secretaria Municipal de Saúde do município, no período de janeiro a junho de 2018, sendo conduzidas pelas apoiadoras institucionais da APS. Os materiais didáticos utilizados nas oficinas foram confeccionados previamente, sendo distribuídos folder informativo sobre o Escore de Framingham, elaborado casos clínicos para discussão, além de cópias do instrumento a ser aplicado nas unidades.

A atividade foi composta por um momento teórico, com exposição sobre as temáticas de hipertensão arterial, diabetes, situação epidemiológica das doenças cardiovasculares e orientações sobre escore de rastreamento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), utilizando computador e data show; e um momento prático, com discussão de casos clínicos e análise do instrumento. Ao final do turno foi feita a socialização da discussão dos grupos e a exposição da avaliação da atividade pelos participantes.

Resultados

A ação de implantação do Escore de risco de Framingham nas unidades de saúde da APS do município de Feira de Santana, contou com a participação de 06 apoiadoras institucionais, que conduziram os 14 encontros como facilitadoras e 187 profissionais, sendo 109 enfermeiros e 78 médicos.

O local de escolha para a realização das oficinas foi o auditório da Secretaria Municipal de Saúde do município, sendo eleito por ser o local de realização da maioria das oficinas e capacitações da rede, possuir climatização, infra-estrutura de equipamentos de áudio, vídeo e projeção, além de localização central.

Os participantes foram divididos em grupos de 14 pessoas, para que fosse possível a aplicabilidade teórico-prática do escore entre os participantes, com vistas a conhecer o instrumento e poderem tirar dúvidas durante o treinamento e discussão dos estudos de casos clínicos.

Cada oficina foi dividida em dois momentos: um teórico com abordagem sobre informações das principais doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus); situação epidemiológica das doenças cardiovasculares e orientações sobre o controle dos fatores relacionados ao estilo de vida, compreendidos como dieta e atividade física, fundamentais na prevenção de eventos cardiovasculares. E um segundo momento prático com demonstração e distribuição do instrumento do Escore de Framingham (para homens e mulheres) entre os grupos, a fim de que fosse aplicado entre os participantes e durante a resolução dos casos clínicos.

Para a implantação do instrumento nas unidades, os profissionais foram orientados sobre a necessidade de que no primeiro contato com os pacientes, fossem solicitados e ou avaliados os exames laboratoriais, pré-requisitos (hemograma, colesterol total e frações) para aplicação do escore de Framingham nos pacientes hipertensos e diabéticos da sua área de abrangência. A partir do resultado do risco calculado, o indivíduo seria classificado como de risco baixo, médio ou alto para o aparecimento de doença arterial coronariana.

Ademais, após estimar o risco cardiovascular do indivíduo, a equipe multidisciplinar deve-se estabelecer as metas em relação a níveis pressóricos, perfil lipídico, dentre outros, a serem alcançados para a redução do risco de morbimortalidade do paciente preconizadas pelo MS e levando em consideração a participação do sujeito no processo, para juntos definirem o plano de tratamento.

Como a consulta de hiperdia só acontece uma vez na semana, foram criadas estratégias para aplicação do instrumento também no território dos usuários, tais como: realização de visitas aos usuários hipertensos e diabéticos por micro área do Agente Comunitário de Saúde (ACS); realização de busca ativa dos faltosos às consultas de Hiperdia; intensificação das ações de educação em saúde nos grupos de trabalho (grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de idosos, grupo de gestantes), salientando que um dos requisitos para aplicação do escore é a apresentação dos exames laboratoriais recentes.

Essa ação conjunta de realização da estratificação de risco na unidade e ainda no território dos usuários, principalmente, dos faltosos e acamados, permitiria uma abordagem mais significativa com esse grupo, identificando e minimizando os riscos de complicações associadas às doenças crônicas, através de intervenção adequada e oportuna, considerando seu contexto biopsicossocial.

Na prática, para determinar o risco cardiovascular (RCV) em indivíduos nos próximos 10 anos, deve-se levar em conta a investigação da presença de FR dos pacientes, tais como: idade, sexo, tabagismo, presença de diabetes, pressão arterial sistólica e diastólica, tratamento para HAS, colesterol total e HDL colesterol diminuído, que os classifica por meio da pontuação, nos seguintes graus de risco cardiovascular: baixo risco apresenta probabilidade menor que 10% de eventos cardiovasculares em dez anos; médio risco, de 10% a 20% e alto risco, mais de 20% de acordo com o Ministério da Saúde.⁸

Assim, após a aplicação do Escore de risco entre os participantes, foi socializado e discutido os resultados, classificando-os conforme a pontuação em baixo, médio e alto risco, além de ter servido como indicador de saúde também para os profissionais que possuíam problemas de saúde, auxiliando na definição de condutas da equipe multidisciplinar presentes.

Discussão

A recomendação de implantação do Escore de risco de Framingham pelo MS por profissionais da APS possibilita conhecer o prognóstico e orienta condutas multidisciplinares e manejo adequados na abordagem de pacientes hipertensos e diabéticos, assim como a busca pelo controle da doença, evitando suas complicações cardiovasculares.⁸

Estudos^{9,10} salientam que cerca de 80% dos hipertensos possuem comorbidades como dislipidemia, diabetes, tabagismo ou história familiar de aterosclerose e que a simultaneidade de fatores de risco cardiovascular mostra-se

comum em estudo¹⁰ feito na região sudeste do Brasil, sendo importante que a abordagem desse grupo deva levar em consideração as características de cada indivíduo, como a coexistência de outros FR e lesões de órgãos-alvo.¹¹

Nesse sentido, é preciso que a equipe multidisciplinar conheça os principais FR para o aparecimento da doença arterial coronariana, que incluem hábitos modificáveis, relacionados ao estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, obesidade, diabetes e uso excessivo de álcool e controle estresse psicoemocional, além das características não modificáveis, como sexo, idade e histórico familiar.^{7,12}

Assim, o uso de estratégias de identificação e controle dos riscos cardiovasculares merecem ser implantadas na APS para que seja possível evitar e ao mesmo tempo diminuir o número de internações advindas de danos causados pelas doenças citadas.

Observa-se na prática clínica que os indivíduos são avaliados oportunamente e tratados de acordo com os seus achados clínicos ou laboratoriais isolados e não por meio de avaliação individual e global de risco de desenvolverem a DCV, no entanto, a realidade de vários estudos^{8,10,11}, mostra-se a relação com que muitos fatores se inter-relacionam, necessitando que estas práticas sejam revistas e metas sejam propostas durante a assistência multidisciplinar.

O estudo realizado⁴ revela que o potencial do EF pode identificar indivíduos de alto risco e que se beneficiem de uma terapêutica mais rigorosa e que a estratificação de pacientes hipertensos, implica em uma forma de adotar estratégias mais apropriadas no manejo, levando em consideração o risco projetado para o aparecimento de um evento adverso, a exemplo, da utilização de fármacos que podem reduzir este risco e baseado no nível de estratificação.

No entanto, estudos^{13,14} afirmam que a utilização desse escore possui limitações, quando utilizado em pequeno número de indivíduos estudados e também por não levar em consideração fatores de risco cardiovasculares emergentes, a exemplo de DCV, histórico familiar, obesidade abdominal, sedentarismo, etnia e triacilglicerol sérico, necessitando serem incluídos como fatores adicionais na avaliação desses grupos.

Outros trabalhos destacam¹² o papel importante da utilização do EF na APS que é o de promover o autocuidado e a responsabilização compartilhada do manejo da HAS, representando um desafio às ESF, consideradas protagonistas fundamentais para o sucesso da prevenção integrada dos fatores de risco CV. Dessa forma, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem representado uma alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que representam o panorama epidemiológico atual das DCV.

Conclusão

A existência da aplicação de um instrumento voltado ao atendimento de pessoas hipertensas e diabéticas na APS, com intuito de obter a estimativa do risco de desenvolvimento de doenças coronarianas de forma estratégica sistemática e não oportunística, favorece um manejo adequado na assistência aos pacientes com suporte teórico e processo de trabalho adequado, a partir da intervenção da equipe multidisciplinar com vistas na prevenção das mesmas e o estímulo à mudança dos hábitos de vida inadequados. A implantação do Escore

de risco Framingham pelas ESF traz o desafio de motivar estratégias de treinamentos e educação continuada aos profissionais da APS para a detecção e redução dos fatores de risco da população assistida.

Referências

1. Dantas, RC de O; Roncalli, AG. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1):295-306, 2019. Disponível em: <http://w/ww.scielo.br/pdf/csc/v24n1/1678-4561-csc-24-01-0295.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_artorial_sistemica_cab37.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.
3. Framingham Heart Study, 2008. Disponível em: <https://framinghamheartstudy.org>. Acesso em: 26 mar. 2020
4. Pimenta, HB; Caldeira, AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6):1731-1739, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.20092013.
5. Costa JMBS; Silva, MRF; Carvalho, EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(2):623-633. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a26.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.
6. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):1389- 1400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.
7. Paula, EA *et al.*, Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun. 2013;21(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf. Acesso em: 20 mar.2020
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p. (Caderno de Atenção Básica, n.29). Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/cadernos-de-atencao-primaria-n-29-rastreamento/>. Acesso em: 20 mar. 2020.
9. Tocci G, Valenti V, Sciarretta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3(3):313-320. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2293958/> Acesso em: 15 mar.2020.
10. Van Eyken EBB, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):111-123. Disponível em:

Soares IMSC, Silva ICO, Peixoto TM, Silva DC, Almeida TRO, Musse JO

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000100012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2020

11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

12. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):7-17. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>. Acesso em: 19 mar.2020

13. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6): 743-53. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18212285>. Acesso em: 10 mar.2020

14. Cesar, TOC, Cairo, LGC, Carrinho, MRA. Análise comparativa do risco cardiovascular com características clínicas não inclusas no escore de Framingham. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2016 abr-jun;14(2):89-94. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1249/14289.pdf>. Acesso em: 13 mar.2020.

Autor de Correspondência

Jamilly de Oliveira Musse.

Av. Francisco Manoel da Silva, 437. CEP: 44053060.

Cidade Nova. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

musse_jo@hotmail.com