

A incidência de doenças cardiovasculares tem sido uma das maiores preocupações para a saúde mundial. Nas estatísticas mundiais de 2005, ocuparam o primeiro lugar no ranking de principais causas de morte, tendo sido responsáveis por, aproximadamente, 50% das mortes por doença crónica.

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças do aparelho circulatório, apesar de em regressão face aos dados de 1981, continuam a ser a primeira causa de morte (CARRILHO, 2002).

As estatísticas comprovam, portanto, a importância do enfermeiro estar atento aos sinais de risco cardiovascular, onde, em cooperação com o histórico de saúde e diversos exames complementares de diagnóstico, as escalas de risco desempenham uma importante função.

A utilização destas escalas permite:

- Quantificar o risco e identificar grupos de alto risco;
- Avaliar as necessidades e a intensidade da intervenção terapêutica, para além das medidas terapêuticas não farmacológicas;
- Intervir na mudança comportamental das pessoas com risco, uma vez que são instrumentos muito úteis para explicar o conceito de risco cardiovascular, bem como as implicações de ter um risco elevado e ilustrar quais os benefícios passíveis de serem obtidos com a redução dos factores de risco existentes. Desta forma a pessoa toma um papel proactivo no seu processo de saúde-doença, sendo facilitada a adesão aos comportamentos saudáveis/exclusão de comportamentos de risco;

De acordo com o valor de risco obtido, definir intervalos de vigilância médica e estabelecer objectivos terapêuticos (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Existem várias escalas de cálculo do risco cardiovascular, entre as quais a escala de Framingham e SCORE. A primeira representou um grande marco no desenvolvimento do conceito de risco e serviu de base para a criação de muitas outras escalas, como a *Adult Treatment Panel III* (GRUNDY, *et al.*, 2004). No roteiro será abordada a SCORE, uma vez que esta escala intervém na consciencialização da pessoa acerca dos factores de risco cardiovascular a que está exposta.

O SCORE é uma escala implementada na maioria dos países da Europa, incluindo Portugal (MAFRA; OLIVEIRA, 2008). Tendo sido elaborado por várias sociedades europeias, o SCORE pretende substituir ou complementar a escala de Framingham nos países europeus. A sua elaboração teve início em 1994, e teve como referencia amostras significativamente maiores que o estudo de Framingham (amostras de 250 000 pessoas, estudadas durante 10 anos, a partir de 12 estudos de coorte incluindo diversos países europeus) (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

O SCORE considera o nível de risco cardiovascular geral, não sendo específico para a doença coronária. Desta forma, criou diferentes escalas que se adaptariam às distintas realidades vividas em cada país europeu.

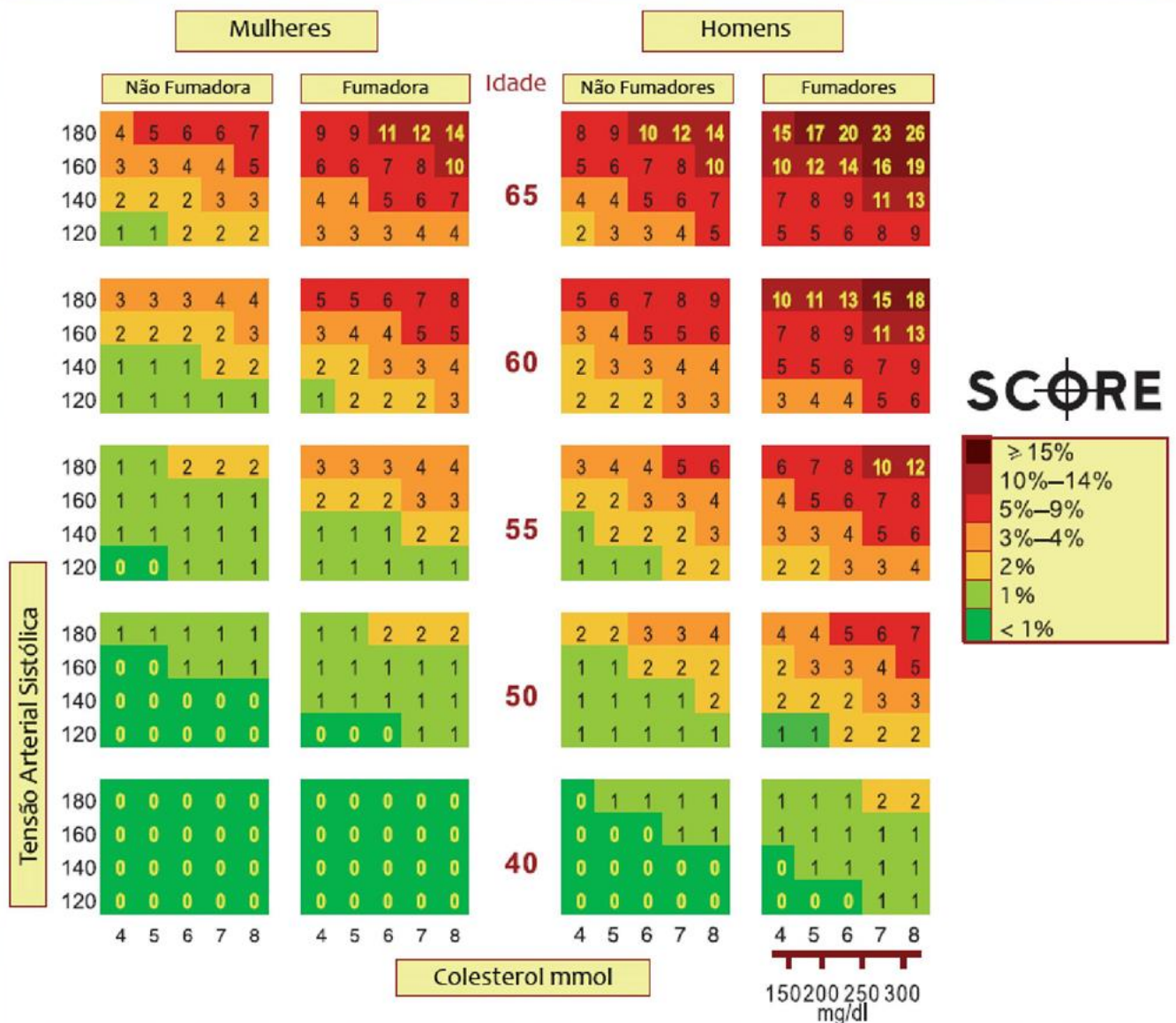
Essas duas escalas englobam dois grupos de países, um com países considerados de alto risco, e outro com países de baixo risco cardiovascular. Portugal foi considerado um país de baixo risco cardiovascular. (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Esta escala avalia a mortalidade por doença cardiovascular total.

O valor obtido representa o risco absoluto de doença cardiovascular fatal por 10 anos (doença coronária fatal + doença não coronária fatal – AVC fatal e doença vascular periférica fatal) (figura 2). A opção por terem sido considerados apenas os casos fatais prende-se a dois motivos.

O primeiro liga-se com o facto dos eventos não fatais se tornarem problemáticos quando usados nos sistemas de cálculo de risco, pois estão muito dependentes das definições e dos métodos usados para o seu diagnóstico.

O outro motivo para terem sido apenas considerados eventos fatais é que o SCORE tem como objectivo, através da criação de folhas de cálculo nacionais e regionais, poder ser aplicado em diferentes países da Europa com diferentes taxas de doença cardiovascular e percentagens diferentes de doença coronária e doença não coronária, e apesar de nem todos os países terem estudos de coorte de doença cardiovascular, todos têm dados sobre as causas de mortalidade nacional (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).



O SCORE possui duas tabelas, uma para cada género, subdivididas em outras duas – uma para fumadores e outra para não fumadores. As idades estão divididas em escalões, assim como os valores de colesterol e da tensão arterial sistólica. As tabelas são mais detalhadas a partir dos 50 anos, com descrição a cada 5 anos.

O risco é só avaliado a partir dos 40 anos, uma vez que, anteriormente a essa idade, o risco cardiovascular é praticamente nulo, o que poderia transmitir uma mensagem errada sobre o risco a longo prazo nos jovens com factores de risco elevados (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Existem dois modelos de avaliação no SCORE. Um é baseado no colesterol total, e outro na razão colesterol total/colesterol HDL, contudo, verificou-se que os dois modelos têm classificações semelhantes para o mesmo indivíduo, e que, por isso, não há grande vantagem em usar um modelo com mais variáveis (CONROY *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

O valor de risco obtido deve ser multiplicado por 4 no caso das mulheres com diabetes e por 2 nos homens

com diabetes. Deve ser multiplicado por 1,5 se houver antecedentes pessoais de AVC (CONROY, *et al.*, 2003; MAFRA; OLIVEIRA, 2008). As intervenções terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas agressivas são recomendadas para riscos iguais ou superiores a 5% (MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Como limitações do SCORE, aponta-se o facto de não prever a totalidade dos eventos, restringindo-se aos fatais; das folhas de cálculo serem limitadas à inclusão de novas variáveis; das tabelas não analisarem interações e o impacto da diabetes *mellitus* e do colesterol HDL necessitar de ser melhor estudado; e de se basear numa única medição dos factores de risco e não nos valores habituais (MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

A escala SCORE mostra-se fundamental para o cálculo do risco cardiovascular global na prática clínica, com a particularidade que o cálculo deve ser revisto sempre que houver alteração nos factores de risco existentes. O valor obtido carece de avaliação médica, para que outros aspectos possam ser considerados.