



## Estratificação de risco cardiovascular em adultos e idosos atendidos na atenção primária à saúde

Cardiovascular risk stratification among adults and elderly populations treated in primary health care

Estratificación del riesgo cardiovascular en adultos y ancianos atendidos en atención primaria de salud

Maria Fernanda Soares Gonçalves<sup>1</sup>, Lucas Dalla Maria<sup>1</sup>, Daniela Teixeira Borges<sup>1</sup>, Marindia Biffi<sup>1</sup>, Lissandra Glusczak<sup>1</sup>, Júlio Cesar Stobbe<sup>1</sup>, Gustavo Olszanski Acrani<sup>1</sup>, Ivana Loraine Lindemann<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Estratificar o risco cardiovascular de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo transversal realizado com adultos e idosos atendidos na APS em 2019. Os dados foram coletados de prontuários eletrônicos e contemplaram características sociodemográficas, de saúde e comportamentais. Neste estudo, foi analisada a prevalência da estratificação do risco cardiovascular baixo, intermediário e alto com intervalo de confiança de 95% (IC95). Também foi verificada a distribuição do risco cardiovascular conforme as variáveis de exposição empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%. **Resultados:** Na amostra (n=985), a prevalência do risco cardiovascular baixo foi de 18,4% (IC95 16-21), intermediário 25,7% (IC95 23-28) e alto 55,9% (IC95 53-59). O estudo apresentou diferença estatisticamente significativa na relação entre o risco cardiovascular elevado e a escolaridade (59,8% ensino fundamental incompleto;  $p < 0,001$ ) e o estado nutricional (60,5% excesso de peso;  $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A prevalência do risco cardiovascular alto ocorre especialmente nos indivíduos com baixa escolaridade e com estado nutricional inadequado.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares, Fatores de risco de doenças cardíacas, Atenção primária à saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** Stratify the cardiovascular risk of adults and elderly people treated in Primary Health Care (PHC). **Methods:** Cross-sectional study carried with adults and elderly people treated at PHC in 2019. Data were collected from electronic medical records and included sociodemographic, health and behavioral characteristics. In this study, the prevalence of low, intermediate and high cardiovascular risk stratification was analyzed with a 95% confidence interval (95CI). The distribution of cardiovascular risk according to the exposure variables was also verified using the chi-square test and assuming a type I error of 5%. **Results:** In the sample (n=985), the prevalence of low cardiovascular risk was 18.4% (IC95 16-21), intermediate 25.7% (IC95 23-28) and high 55.9% (IC95 53- 59). The study showed a statistically significant difference in the

<sup>1</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo - RS.

relationship between high cardiovascular risk and education (59.8% incomplete primary education;  $p < 0.001$ ) and nutritional status (60.5% overweight;  $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The prevalence of high cardiovascular risk occurs especially in individuals with low education and inadequate nutritional status.

**Keywords:** Cardiovascular diseases, Heart disease risk factors, Primary health care.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Estratificar el riesgo cardiovascular de adultos y ancianos atendidos en Atención Primaria de Salud (APS). **Metodos:** Estudio transversal realizado con adultos y ancianos atendidos en la APS en 2019. Los datos fueron recolectados de historias clínicas electrónicas e incluyeron características sociodemográficas, de salud y comportamentales. En este estudio se analizó la prevalencia de estratificación de riesgo cardiovascular bajo, intermedio y alto con un intervalo de confianza del 95% (IC95). También se verificó la distribución del riesgo cardiovascular según las variables de exposición mediante la prueba de chi-cuadrado y asumiendo un error tipo I del 5%. **Resultados:** En la muestra ( $n=985$ ), la prevalencia de riesgo cardiovascular bajo fue 18,4% (IC95 16-21), intermedio 25,7% (IC95 23-28) y alto 55,9% (IC95 53- 59). El estudio mostró una diferencia estadísticamente significativa en la relación entre alto riesgo cardiovascular y educación (59,8% educación primaria incompleta;  $p < 0,001$ ) y estado nutricional (60,5% sobrepeso;  $p < 0,001$ ). **Conclusión:** La prevalencia de alto riesgo cardiovascular se presenta especialmente en individuos con baja escolaridad y estado nutricional inadecuado.

**Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares, Factores de riesgo de enfermedad cardíaca, Primeros auxilios.

---

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) causam grande preocupação dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que são as maiores causadoras de morbimortalidade (MANSUR AP e FAVARATO D, 2016). Essas doenças possuem fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis estão dislipidemia, diabetes mellitus (DM), tabagismo, sobrepeso, inatividade física e hipertensão arterial sistêmica (HAS), os quais podem ser controlados ou evitados através de mudanças no estilo de vida (PRÉCOMA DB, et al., 2019).

De outra forma, os fatores de risco não modificáveis, como sexo, idade, hereditariedade e raça não podem ser alterados, pois estão relacionados à biologia e às características individuais. É importante destacar que, mesmo que os fatores de risco não modificáveis não possam ser alterados, é essencial que as pessoas estejam cientes de sua predisposição e adotem medidas preventivas, tais como realização de exames regulares, manutenção de uma dieta equilibrada e adoção de um estilo de vida saudável (PRÉCOMA DB, et al., 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de contato do indivíduo com o Sistema Único de Saúde (SUS), e este é responsável pela disseminação de informações bem como um local importante para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (MÁSSIMO EAL, et al., 2015). Através da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o cuidado à população é providenciado de maneira eficiente na APS.

O SUS tem como principal objetivo promover cuidados contínuos no que se refere à prevenção e tratamento das DCV. Em 2017, no Brasil, foi implementada a Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular, com a finalidade de identificar precocemente o risco de desenvolvimento de DCV. Essa ferramenta calcula a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares, sejam fatais ou não, incluindo acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e doença vascular periférica, ao longo de um período de 10 anos.

Para classificar o risco dos indivíduos em alto, intermediário ou baixo, são analisados seis fatores clínicos: idade, níveis de HDL-c, colesterol total, pressão arterial sistólica (seja tratada ou não tratada), tabagismo e diabetes (SOCERJ, 2023). Dessa forma, o estudo atual objetivou estratificar e analisar o risco cardiovascular em adultos e idosos atendidos na APS.

## MÉTODOS

Este estudo, de delineamento transversal, foi realizado na APS de um município localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul, e configura-se como uma parte de um projeto de pesquisa mais amplo, cujo protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer número 4.769.903) e pelo (CAAE 47211821.5.0000.5564). Visando garantir o poder estatístico necessário às análises inferenciais entre as variáveis, para o projeto de pesquisa do qual este recorte faz parte, o tamanho da amostra foi estimado tendo como base um nível de confiança de 95% e um poder de 80%.

Assim, para a identificação da associação entre os distintos desfechos (agravos e doenças) e fatores de exposição (características sociodemográficas, de saúde e comportamentais), foi empregada uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência do desfecho de 10%, frequência esperada em não expostos de 6,7% e razão de prevalência de 2, o que totalizou um n de 1.234 para cada faixa etária: adultos (20-29 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos).

Para seleção da amostra deste estudo, a listagem dos pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, por subamostra segundo faixa etária (adultos e idosos), foi organizada a partir dos agendamentos para consulta médica ou de enfermagem de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019, informados no sistema de prontuários eletrônicos da rede de APS.

Da listagem dos idosos ( $n=1.967$ ), excluídos aqueles que não realizaram a consulta e os que vieram a óbito, a relação final foi composta de 1.728 indivíduos. Assim, diante da proximidade entre o quantitativo encontrado e o n estimado para a subamostra, a equipe da pesquisa optou por incluir todos os participantes. Para a subamostra de adultos, a partir dos 6.179 pacientes apresentados no agendamento de consulta médica e/ou de enfermagem, realizou-se uma amostragem sistemática. Considerando a possibilidade de exclusão de participantes devido ao óbito, gestação ou não realização da consulta, optou-se por selecionar sistematicamente (intervalo de três unidades) 2.061 pacientes para garantir o n estimado.

Assim, feitas as devidas exclusões e finalizada a coleta de dados, a subamostra de adultos foi constituída por 1.581 indivíduos. Após a coleta de dados dos prontuários eletrônicos, os bancos de dados das duas subamostras foram mesclados, totalizando 3.309 participantes. A partir disso, foram excluídos aqueles que não continham todas as informações necessárias para a estratificação do risco cardiovascular: idade, sexo, HDL-c, colesterol total, pressão arterial sistólica (tratada ou não tratada), tabagismo e diabetes.

Ainda, foram utilizadas as variáveis de cor da pele, escolaridade, estado nutricional, atividade física e consumo de bebida alcoólica. O risco cardiovascular, classificado em alto, intermediário e baixo, foi estimado a partir da Calculadora de Estratificação do Risco Cardiovascular aceita pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>). As análises estatísticas foram realizadas no software PSCP (distribuição livre), compreendendo frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas para caracterizar a amostra e ainda, foi calculada a prevalência dos riscos (alto, intermediário e baixo) com intervalo de confiança de 95% (IC95).

Foram consideradas variáveis independentes cor da pele (branca e outras), escolaridade (ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo ou mais), estado nutricional (eutrofia e excesso de peso – conforme pontos de corte do índice de massa corporal – Brasil, 2011), autorrelato de atividade física (sim e não/não informado), consumo de bebida alcoólica (sim e não/não informado) e verificou-se a distribuição do desfecho (alto risco cardiovascular) conforme estas empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%.

## RESULTADOS

A amostra, de 985 participantes, foi majoritariamente constituída por indivíduos entre 60 e 69 anos (40,7%), mulheres (62,1%), com cor de pele branca (75,5%) e com ensino fundamental incompleto (89,2%). Abordando os hábitos de vida, 96,5% não informaram ou não praticavam atividade física, para 90,9% não constava informação ou não eram tabagistas e 94,9% não consumiam bebida alcoólica ou não havia registro. Acerca

da saúde dessa amostra, 58,6% apresentavam HAS, 23,0% diabetes mellitus, 37,4% dislipidemia, 68,5% com estado nutricional indicando excesso de peso, 27% HDL-c alto e 15,7%, hipercolesterolemia. A caracterização pode ser observada na (Tabela 1).

**Tabela 1-** Caracterização de uma amostra de adultos e idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde (n= 985).

Variável	n	%
<b>Idade (anos completos)</b>		
20 - 29	42	4,3
30 - 39	61	6,2
40 - 49	98	9,9
50 - 59	108	11,0
60 - 69	401	40,7
70 - 79	210	21,3
≥ 80	65	6,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	373	37,9
Feminino	612	62,1
<b>Cor da pele</b>		
Branca	748	75,9
Não branca	237	24,1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo ou mais	106	10,8
Ensino fundamental incompleto	879	89,2
<b>Atividade física</b>		
Sim	34	3,5
Não ou não informado	951	96,5
<b>Tabagismo</b>		
Sim	90	9,1
Não ou não informado	895	90,9
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Sim	50	5,1
Não ou não informado	935	94,9
<b>Hipertensão arterial sistêmica</b>		
Sim	577	58,6
Não ou não informado	408	41,4
<b>Diabetes mellitus</b>		
Sim	227	23,0
Não ou não informado	758	77,0
<b>Dislipidemia</b>		
Sim	368	37,4
Não ou não informado	617	62,6
<b>Estado nutricional (747)</b>		
Eutrofia	235	31,5
Excesso de peso	512	68,5
<b>HDL-c</b>		
Baixo	719	73,0
Alto	266	27,0
<b>Colesterol total</b>		
Desejável	567	57,6
Limítrofe	263	26,7
Alto	155	15,7

**Fonte:** Gonçalves MFS, et al., 2024.

Conforme demonstrado na Tabela 2, a prevalência de baixo risco cardiovascular foi de 18% (IC95 16-21), de risco intermediário foi de 26% (IC95 23-28) e de alto risco foi de 56% (IC95 53-59).

**Tabela 2-** Estratificação do risco cardiovascular alto, intermediário e baixo em adultos e idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde (n=985).

Estratificação do Risco Cardiovascular	n	%	% (IC 95)
Baixo	181	18,4	18 (16-21)
Intermediário	253	25,7	26 (23-28)
Alto	551	55,9	56 (53-59)

Fonte: Gonçalves MFS, et al., 2024.

Observou-se, conforme **Tabela 3**, diferença estatisticamente significativa na relação entre o risco cardiovascular alto e a escolaridade (59,8% ensino fundamental incompleto;  $p < 0,001$ ), e o estado nutricional (60,5% peso inadequado;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 3-** Distribuição da estratificação do risco cardiovascular em uma amostra de adultos e idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde, de acordo com outras características (n=985).

Alto risco			Risco baixo e intermediário		p*
Variável	n	%	n	%	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	421	56,3	327	43,7	0,699
Não Branca	130	54,9	107	45,1	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino fundamental completo	25	23,6	81	76,4	<0,001
Ensino fundamental incompleto	526	59,8	353	40,2	
<b>Estado nutricional (n=747)</b>					
Eutrofia	105	44,7	130	55,3	<0,001
Excesso de peso	310	60,5	202	39,5	
Atividade física				0,720	
Sim	18	52,9	16	47,1	
Não	533	56,0	418	44,0	
Consumo de bebida alcoólica				0,376	
Sim	31	62,0	19	38,0	
Não	520	55,6	415	44,4	

Legenda: \*Teste do qui-quadrado.

Fonte: Gonçalves MFS, et al., 2024.

## DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização da amostra, 40,7% possuíam idade entre 60 e 69 anos e 62,1% eram do sexo feminino, resultado esse próximo ao de um estudo sobre a polimedicação entre adultos e idosos da APS de Três-Lagoas-MS, onde 51% da amostra estavam acima de 60 anos (ANDRADE NO, et al., 2020). Além disso, outro estudo sobre autopercepção da saúde na APS de Pelotas-RS, com 1.264 participantes adultos e idosos, encontrou 77,8% de indivíduos do sexo feminino (LINDEMANN IL, et al., 2019).

Essa maior prevalência de mulheres idosas pode estar associada à abordagem mais centrada no paciente que normalmente a APS adota, em que leva em consideração os valores, preferências e necessidades individuais. Nesse sentido, as idosas podem se sentir mais confortáveis e seguras em dividirem suas preocupações e sintomas com profissionais de saúde, visto que podem fornecer atendimento personalizado (SOUZA HL, 2016). Ainda, com o avanço da idade, é comum que os idosos tenham um maior risco de desenvolverem condições médicas como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, entre outras.

O acompanhamento regular de profissionais de saúde na APS ajuda a controlar essas doenças e prevenir complicações (TINÓCO ALA e ROSA COB, 2015). Quanto à cor da pele, 75,5% dos participantes foram classificados como brancos. Uma pesquisa com adultos e idosos atendidos na APS em Passo Fundo-RS, com 1.443 pacientes, também encontrou 64,8% de autodeclarados brancos (KUNZ RI, et al., 2023). Tais achados são esperados, pois a composição da população do Rio Grande do Sul é majoritariamente branca. De acordo com o IBGE de 2022, a população gaúcha é composta por 78,4% de pessoas brancas.

Acerca dos hábitos de vida, 96,5% não informaram ou não praticavam atividade física. Em um estudo desenvolvido no bairro Cidade Olímpica de São Luís-MA, que avaliou 88 mulheres em relação aos fatores de risco cardiovascular, o sedentarismo esteve presente em 80,7% das participantes (NASCIMENTO ES, et al., 2011). Além disso, outro trabalho relativo ao comportamento sedentário de 1.907 adultos e idosos cadastrados no programa de promoção de atividades físicas da Fundação Municipal de Esportes de Campo Grande-MS constatou que 86,7% dos participantes apresentavam comportamento sedentário (FERREIRA JS, et al., 2021).

Nesse sentido, a análise sobre a associação entre deslocamento ativo e doenças cardiometabólicas em usuários da APS de Passo Fundo-RS, identificou uma relação inversa entre o deslocamento ativo e a presença de diabetes tipo 2 (PES LB, et al., 2023). Existem vários motivos que impossibilitam algumas pessoas de praticarem exercícios físicos. Uma revisão sistemática recente concluiu que as principais barreiras para a população adulta e idosa incluem falta de segurança no ambiente, ausência de companhia durante a prática, limitações físicas e receio de se lesionar (VIEIRA VR e SILVA JVP, 2019).

Ainda, para 90,9% não constavam informações ou não eram tabagistas. Resultado similar foi encontrado no estudo de Passo Fundo, previamente mencionado, em que a prevalência de não fumantes foi de 81,7% (KUNZ RI, et al., 2023). O consumo de bebida alcoólica não estava presente em 94,9% da amostra, ou não constavam informações. Tal percentual é próximo ao de uma pesquisa realizada com 1.451 idosos em Pelotas-RS, a qual demonstrou que 78,8% dos participantes não consumiam bebidas alcoólicas (FARÍAS-ANTÚNEZ S, et al., 2018).

A grande prevalência de não tabagistas e não etilistas na amostra pode ser associada a uma crescente preocupação por parte do governo com a saúde e bem-estar da população. Esforços têm sido feitos para conscientizar as pessoas sobre os riscos do álcool e do cigarro, e essas campanhas têm gerado resultados positivos na saúde pública do Brasil (PESTANA LC e ESPÍRITO SANTO FH, 2008). Com a busca por uma vida mais saudável, muitas pessoas estão optando por atividades de lazer alternativas, como praticar esportes, fazer exercícios físicos ou participar de reuniões que não envolvam álcool. Essa nova mentalidade tem contribuído para a redução do consumo de bebidas alcoólicas em diversos contextos sociais (RODRIGUES NMV, 2012).

Sobre a saúde dessa amostra, 58,6% apresentaram HAS. Tal resultado é semelhante a um estudo realizado entre 2006 e 2010 com indivíduos idosos no Brasil, em que se averiguou a prevalência de HAS em 55% da amostra (MENDES GS, 2014). Além do mais, a prevalência média em 2019 no Brasil foi de 21,4%, considerando todas as faixas etárias e coleta de dados através dos prontuários (BARROSO WKS, et al., 2021). Sabe-se que a HAS está intimamente ligada ao processo de envelhecimento (MENDES R e BARATA JLT, 2008) e assim, o fato de a maioria dos participantes serem idosos pode justificar a prevalência maior do que a média nacional neste estudo.

Quanto ao DM, a prevalência na amostra foi de 23%, valor semelhante ao observado em pesquisa realizada com 763 idosos de Porto Alegre-RS, a qual verificou uma prevalência de 23,5% através da medida da glicemia em jejum (SILVA AB, et al., 2016). Além disso, outro trabalho realizado em 2012 sobre o autorrelato de DM no Brasil obteve uma prevalência de 3,5% nos adultos e 16,9% nos idosos (SEUS T, et al., 2012).

A prevalência alta dos estudos em relação à média nacional de 2012 pode estar relacionada a diversos fatores, tais como o envelhecimento da população, a urbanização e o aumento da prevalência de obesidade. Esses fatores têm favorecido mudanças no meio ambiente e no estilo de vida, o que está diretamente ligado ao aumento dos casos de DM (DIAS JCR e CAMPOS JADB, 2012). Ainda, os diversos métodos de diagnóstico da DM nos estudos podem contribuir para a divergência dos resultados.

Sobre a dislipidemia, constatou-se uma prevalência de 37,4%, o que é próximo ao observado na APS do Rio de Janeiro-RJ, em pesquisa com 720 indivíduos idosos em que 24,5% apresentaram dislipidemia (FERREIRA CCD, et al., 2018). Ainda, estudo realizado em Passo Fundo-RS, com 1.365 adultos e idosos, identificou prevalência de 31% (SANTOS FR e MENDES RDR, 2014). Essa pequena variação nos resultados

dos estudos pode ser explicada pelas diferentes definições utilizadas na época das pesquisas, pelo *status* socioeconômico da população e pelo método de diagnóstico de dislipidemia utilizado, se foi autorrelatado pelos participantes, coletado de registro de prontuário ou confirmado através de testes.

Ademais, 27% dos participantes desta pesquisa tinham HDL-c alto e 15,7% hipercolesterolemia. Em outro estudo realizado em Minas Gerais, com 409 indivíduos adultos e idosos, a proporção de HDL-c alto foi de 18,8% e de hipercolesterolemia, 13,7% (LOPES ACS, et al., 2018). Essa diferença do percentual do estudo em relação ao trabalho, pode ser explicada por fatores como as diferenças na composição étnica das amostras, níveis de atividade física, características genéticas da população e também fatores socioeconômicos, os quais interferem na prevalência do HDL-c e da hipercolesterolemia.

Sobre a estratificação do risco cardiovascular na amostra, observou-se que foi baixo em 18,4%, intermediário em 25,7% e alto em 55,9%. Tal achado encontra respaldo em um estudo recente, realizado com 809 adultos e idosos na APS de Patos de Minas-MG, os quais foram classificados da seguinte forma: risco baixo 18%, intermediário 48,2% e alto risco 33,8% (DE DEUS FD, et al., 2021).

Inclusive, um estudo realizado com 231 hipertensos no Centro de Hiperdia no norte de Minas Gerais, obteve 13% classificados em baixo risco, 22,9% em risco moderado e 64,1% em alto risco (NOBRE ALCSD, et al., 2020). A prevalência de alto risco cardiovascular pode estar associada ao fato de que as populações que geralmente procuram a APS já manifestam sintomas e fatores de risco devido, muitas vezes, à falta de acesso prévio aos serviços de saúde e à falta de conhecimento sobre a importância da prevenção (LUNKES LC, et al., 2018).

Além disso, existem outros fatores que contribuem para o aumento do risco cardiovascular, incluindo diferenças socioeconômicas e estilo de vida. As primeiras têm um impacto significativo nas doenças cardiovasculares, haja vista que indivíduos em situação socioeconômica desfavorável podem enfrentar desafios adicionais, como alimentação pouco saudável e falta de tempo para lazer e para a prática de exercícios físicos.

Da mesma forma, o estilo de vida desempenha um papel importante no aumento do risco cardiovascular, especialmente pela questão do consumo de álcool e de tabaco. Esses fatores podem levar ao acúmulo de placas de ateromas, hipertensão, obesidade, sedentarismo, diabetes e outros problemas de saúde que aumentam o risco cardiovascular (LUNKES LC, et al., 2018).

No que se refere à distribuição do risco de acordo com outras variáveis, observou-se relação com a escolaridade, sendo que, em conformidade com a literatura, aqueles com menor tempo de estudo apresentaram maior risco para DCV (NASCIMENTO ES, et al., 2012). É possível que isso ocorra em função de que indivíduos com níveis educacionais mais baixos geralmente enfrentam maiores dificuldades para participar de consultas médicas, nas quais ocorrem o diagnóstico, o controle das doenças e dos possíveis fatores de risco, além dos tratamentos (SANTOS FR e MENDES RDR, 2014).

O estado nutricional também apresentou uma relação significativa com o desfecho, sendo este mais frequente entre aqueles com excesso de peso. Um estudo com 140 estudantes universitários de 20 a 50 anos no Vale do Taquari-RS, demonstrou que quanto maior o sobrepeso e a obesidade, maior é o risco cardiovascular (BORSATO MP e FASSINA P, 2020).

Outro trabalho observou que a obesidade abdominal está associada aos níveis elevados de glicose, triglicerídeos e colesterol total, que são fatores de risco para doenças cardíacas. Isso ocorre porque o tecido adiposo, principalmente o abdominal, é influenciado por diferentes sinais hormonais, o que leva à secreção de substâncias metabólicas que têm um impacto negativo na resistência à insulina e, conseqüentemente, no maior risco de DCV (BARROSO TA, et al., 2017).

O presente estudo evidenciou que cerca de 55,9% dos adultos e idosos atendidos na APS possuem alto risco de desenvolverem DCV, especialmente os indivíduos com baixa escolaridade e estado nutricional comprometido, que são mais propensos a desenvolverem problemas cardíacos nos próximos 10 anos. Esse panorama pode ter um impacto prejudicial na qualidade de vida da população do município, resultando em

mais internações hospitalares, tratamentos prolongados e aumento da morbimortalidade. Além do mais, pode haver uma sobrecarga no sistema de saúde, causando consequências econômicas e sociais. Os altos custos com a saúde também podem levar a um aumento na desigualdade social, tornando ainda mais difícil o acesso a tratamentos adequados para aqueles que mais precisam.

Portanto, a inclusão da estratificação do risco cardiovascular como rotina na APS poderia permitir a identificação precoce de fatores de risco, a implementação de medidas preventivas e o encaminhamento dos pacientes para tratamentos adequados. A atuação da APS como porta de entrada para o sistema de saúde pode prevenir complicações e reduzir os impactos causados pelas doenças cardiovasculares, melhorando a qualidade de vida da população. Vale ressaltar a importância de melhorar o processo de envelhecimento da população.

Em uma sociedade na qual as pessoas conseguem viver mais tempo, é necessário investir em programas de promoção da saúde, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis e proporcionando cuidados adequados aos idosos. Essas ações podem, possivelmente, contribuir para o bem-estar geral da população e para a prevenção de doenças cardiovasculares. Para concluir, salienta-se que os números apresentados nesta pesquisa podem estar subestimados devido ao viés de informação inerente a dados secundários. Também, é importante considerar a limitação temporal própria desse tipo de pesquisa. Por outro lado, foi possível elucidar a estratificação do risco cardiovascular em adultos e idosos atendidos na APS, tema pouco investigado nesse contexto.

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que estudar a estratificação do risco cardiovascular é fundamental, pois permite promover a identificação de grupos em situação de maior vulnerabilidade, possibilitando um direcionamento adequado dos recursos da APS. Além disso, é possível priorizar ações de promoção da saúde, prevenção e controle de fatores de risco, como a adoção de hábitos saudáveis, a promoção da prática regular de exercícios físicos, o controle da pressão arterial e do colesterol, entre outros. Ao conhecer o perfil de risco cardiovascular da população, é possível pensar em metas e estratégias específicas para cada grupo, levando em consideração os fatores de riscos modificáveis e não modificáveis que influenciam no desenvolvimento das DCV. Dessa forma, é possível promover a equidade de acesso aos serviços de saúde e melhorar a expectativa de vida da população.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE NO, et al. Polimedicação em adultos e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: associação com fatores sociodemográficos, estilo de vida, rede de apoio social e saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2020; 15(42): 2462.
2. BARROSO TA, et al. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2017; 30(5): 416-424.
3. BARROSO WKS, et al. Brazilian guidelines of hypertension–2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 2021; 116(3): 516-658.
4. BORSATO MP e FASSINA P. Relação entre estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular em adolescentes de um município do Rio Grande do Sul. *Disciplinarum Scientia – Ciências da Saúde*, 2020; 21(2): 177-193.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. 2011. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/orientacoes-para-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude-norma-tecnica-do>. Acessado em: 01 de fevereiro de 2024.
6. CENSO 2022. Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acessado em: 20 de março de 2024.

7. DE DEUS FD, et al. Estratificação do risco cardiovascular em pacientes hipertensos de um município do interior de Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(5): 6981.
8. DIAS JCR e CAMPOS JADB. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(32): 239-244.
9. DO NASCIMENTO JS. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2011; 12(4): 7.
10. DOS SANTOS RM, et al. Prevalência de dislipidemia e sua relação com condições sociodemográficas, de saúde e de comportamento entre usuários da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(2): 7353-7370.
11. FARÍAS-ANTÚNEZ S, et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2018; 27(2): 217-290.
12. FERREIRA CCD, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. *Revista brasileira em promoção da saúde*, 2018; 31(1): 1-10.
13. FERREIRA JS, et al. Comportamento sedentário de adultos e idosos durante a pandemia de COVID-19. *Journal of Health & Biological Sciences*, 2021; 9(1): 1-5.
14. KUNZ RI, et al. Prevalência de fatores associados à autopercepção do comportamento sexual de risco em adultos e idosos. *Revista de APS*, 2023; 26(5).
15. LINDEMANN IL, et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciencia & saude coletiva*, 2019; 24(1): 45-52.
16. LOPES ACS, et al. Estado nutricional: antropometria, consumo alimentar e dosagens bioquímicas de adultos e idosos-projeto Bambuí um estudo de base populacional. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 2018; 12(4): 483-493.
17. LUNKES LC, et al. Fatores socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: uma revisão. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2018; 14(28): 50-56.
18. MANSUR AP e FAVARATO D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2016; 107(1): 20-25.
19. MÁSSIMO EAL, et al. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(3): 679-688.
20. MENDES GS, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2014; 9(32): 273-278.
21. MENDES R e BARATA JLT. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Médica Portuguesa*, 2008; 21(2): 193-198.
22. NASCIMENTO ES, et al. Estratificação do risco cardiovascular global em hipertensos atendidos numa unidade de saúde da família de Parnaíba, Piauí. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2012; 25(3): 287-294.
23. NOBRE ALCS, et al. Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2020; 28(3): 334-344.
24. PES LB, et al. Association Between Active Commuting and Cardiometabolic Diseases in Primary Health Care Users. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2023; 36: 20220142.
25. PESTANA LC e ESPÍRITO SANTO FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2008; 42(2): 268-275.
26. PRÉCOMA DB, et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2019; 113(4): 787-891.
27. RODRIGUES NMV. Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do Algarve. *Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve, Faro*, 2012; 170.
28. SANTOS FR e MENDES RDR. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção primária. *Revista Gestão & Saúde*, 2014; 5(4): 2647-2658.

29. SEUS T, et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2012; 17(6): 519-531.
30. SILVA AB, et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2016; 24(3): 308-316.
31. SOCERJ. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Manual de prevenção cardiovascular. Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:  
<https://socerj.org.br/wpcontent/uploads/2022/09/ManualdePrevencaoCardiovascular2017SOCERJ.pdf>.  
Acessado em: 19 de janeiro de 2024.
32. SOUZA HL. Um olhar prospectivo sobre a incorporação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde na região de Parelheiros, SP: discutindo desafios éticos. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016; 158.
33. TINÔCO ALA e ROSA COB. Saúde do Idoso: epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2015; 1: 528.
34. VIEIRA VR e DA SILVA JVP. Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistematizada. *Pensar a prática*, 2019; 22: 1-22.