



RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS POR ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Cardiovascular risk of elderly attended by physiotherapy students in Primary Health Care

Riesgo cardiovascular de los ancianos atendidos por estudiantes de fisioterapia en la Atención Primaria de Salud

Letícia Taís Eichstaedt¹  Tiago da Rosa Rambo¹  Éboni Marília Reuter¹ 

¹Universidade de Santa Cruz do Sul

Autor correspondente: Tiago da Rosa Rambo - rambo@mx2.unisc.br

RESUMO

Introdução: doenças cardiovasculares estão relacionadas ao envelhecimento e a Atenção Primária a Saúde atua sobre seus fatores de risco. O fisioterapeuta está inserido na Atenção Primária a Saúde contribuindo no manejo destes fatores, em que não está claro qual o perfil de risco cardiovascular de idosos que realizam fisioterapia. **Objetivo:** identificar o perfil de risco cardiovascular de idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na Atenção Primária a Saúde. **Métodos:** estudo transversal realizado com 15 idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul, avaliados por estudantes de fisioterapia de uma universidade comunitária quanto a medidas antropométricas (Índice de Massa Corporal e circunferência da cintura), hábitos (tabagismo e etilismo) e indicadores cardiovasculares (pressão arterial e Índice Tornozelo-Braquial), os quais foram utilizados para calcular o Escore de Risco Global. Os dados foram apresentados em frequência absoluta (número), medida de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo-interquartil). A correlação entre variáveis numéricas foi testada utilizando o teste Rô de Spearman ($p < 0,05$). **Resultados:** foi constatada presença de hipertensão arterial sistêmica ($n=12$), sobrepeso e obesidade abdominal ($n=13$ cada). A amostra foi classificada em totalidade com alto risco cardiovascular no Escore de Risco Global. Não houve correlação entre os valores de Índice Tornozelo-Braquial e a pontuação no Escore de Risco Global ($r = 0,242$; $p = 0,385$). **Conclusão:** idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na rede de atenção primária a saúde apresentam fatores de risco cardiovascular e alto risco para desenvolverem doenças cardiovasculares no período de 10 anos.

Palavras-chave: Idoso; Doenças cardiovasculares; Fisioterapia; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases are related to aging and Primary Health Care acts on its risk factors. The physiotherapist is inserted in Primary Health Care contributing in the reduction of these factors, in which it is not clear what the cardiovascular risk profile of elderly people who perform physiotherapy. **Objective:** to identify the cardiovascular risk profile of elderly attended by physiotherapy students in the Primary Health Care. **Methods:** cross-sectional study carried out with 15 elderly from a city in the interior of Rio Grande do Sul, evaluated by physiotherapy students from a community university regarding anthropometric measurements (Body Mass Index and waist circumference), habits (smoking and alcohol consumption) and cardiovascular indicators (blood pressure and Ankle-Brachial Index), which were used to calculate the Global Risk Score. Data were presented in absolute frequency (number), measure of central tendency (median) and dispersion (interquartile range). Correlation between numeric variables was tested using Spearman's Rho test ($p < 0.05$). **Results:** the presence of systemic arterial hypertension ($n=12$), overweight and abdominal obesity ($n=13$ each) was observed. The sample was classified as a whole with high cardiovascular risk in the Global Risk Score. There was no correlation between the Ankle-Brachial Index values and the Global Risk Score ($r = 0,242$; $p = 0,385$). **Conclusion:** elderly attended by physiotherapy students in the Primary Health Care have cardiovascular risk factors and a high risk of developing cardiovascular diseases over a 10-year period.

Keywords: Elderly; Cardiovascular diseases; Physical therapy; Primary health care.

RESUMEN

Introducción: enfermedades cardiovasculares están relacionadas con el envejecimiento y la Atención Primaria de Salud actúa sobre sus factores de riesgo. El fisioterapeuta forma parte de la Atención Primaria de Salud, contribuyendo al manejo de estos factores, en los que no está claro cuál es el perfil de riesgo cardiovascular de ancianos que se someten a fisioterapia. **Objetivo:** identificar el perfil de riesgo cardiovascular de ancianos atendidos por estudiantes de fisioterapia en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** estudio transversal realizado con 15 ancianos de una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, evaluados por estudiantes de fisioterapia de una universidad comunitaria en cuanto a medidas antropométricas (Índice de Masa Corporal y circunferencia de la cintura), hábitos (tabaquismo y consumo de alcohol) e indicadores cardiovasculares (presión arterial e Índice Tobillo-Braquial), que se utilizaron para calcular el Global Risk Score. Los datos se presentaron en frecuencia absoluta (número), medida de tendencia central (mediana) y dispersión (rango intercuartil). La correlación entre variables numéricas se probó mediante la prueba Rho de Spearman ($p < 0,05$). **Resultados:** se observó la presencia de hipertensión arterial sistémica ($n=12$), sobrepeso y obesidad abdominal ($n=13$ cada uno). La muestra se clasificó en su conjunto con alto riesgo cardiovascular en el Global Risk Score. No hubo correlación entre los valores del Índice Tobillo-Braquial y la puntuación del Global Risk Score ($r = 0,242$; $p = 0,385$). **Conclusión:** los ancianos atendidos por estudiantes de fisioterapia en la red de atención primaria de salud presentan factores de riesgo cardiovascular y alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en un período de 10 años.

Palabras Clave: Anciano; Enfermedades cardiovasculares; Fisioterapia; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelos maiores índices de morbimortalidade no mundo, constituindo o principal grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais estão diretamente relacionadas ao envelhecimento populacional.¹⁻² Estimativas apontam que 70% das mortes globais decorrem de DCNT e que 45% destas são causadas por doenças cardiovasculares.³ Em estudo realizado na Alemanha, 66% dos idosos apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 40,8% dislipidemia, 29,8% diabetes mellitus, 25,2% doença arterial coronariana (DAC), 14,4% insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e 5,8% acidente vascular encefálico (AVE).⁴

Posto isso, a prospecção de indivíduos com idades ≥ 60 anos esperada no Brasil para a próxima década,⁵ somada ao aumento da prevalência de eventos cardiovasculares e DCNT nestas faixas etárias⁴ estabelece um importante problema de saúde pública. Estas doenças tornam esta população mais susceptível a outras comorbidades, limitam a capacidade funcional, aumentam o nível de dependência e reduzem a qualidade de vida, o que repercute negativamente no estado de saúde, participação social e economia destes sujeitos.⁵⁻⁶

Neste panorama, a Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde, possuindo ampla atuação no cuidado ao idoso, enfatizando na comunidade em que estão inseridos a promoção, prevenção e recuperação da saúde.⁷ A implementação de Estratégias de Saúde da Família (ESF) ampliou o acesso da população às ações e serviços de saúde, otimizando o acompanhamento e monitoramento das DCNT no Brasil.⁷⁻⁸ Segundo a Organização Mundial da Saúde somente o controle da HAS reduziria em 35-40% a incidência de AVE, 20-25% de DAC e > 50% da ICC,⁹ o que reforça o papel da APS no rastreamento e controle dos fatores de risco cardiovascular (RCV).

Contextualizando com os dados epidemiológicos atuais e o modelo de sistema de saúde vigente, a fisioterapia se insere na APS com o objetivo de desenvolver ações individuais ou coletivas para promoção, prevenção e proteção da saúde, reorientando sua prática para além do campo reabilitacional.¹⁰⁻¹¹ A reorientação mencionada potencializa os processos de identificação de idosos que mesmo possuindo condições de saúde pré-existentes ainda não manifestaram eventos cardiovasculares agudos, possibilitando que esta categoria intervenha a tempo sobre alguns fatores de risco modificáveis impactando positivamente na redução do RCV nestas faixas etárias. O exposto reflete quanto a necessidade de aprofundamento desta temática, uma vez que não está claro qual o perfil de RCV de idosos que realizam acompanhamento fisioterapêutico neste nível de atenção. Assim sendo, foi objetivo deste estudo identificar o perfil de RCV de idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na APS.

MÉTODO

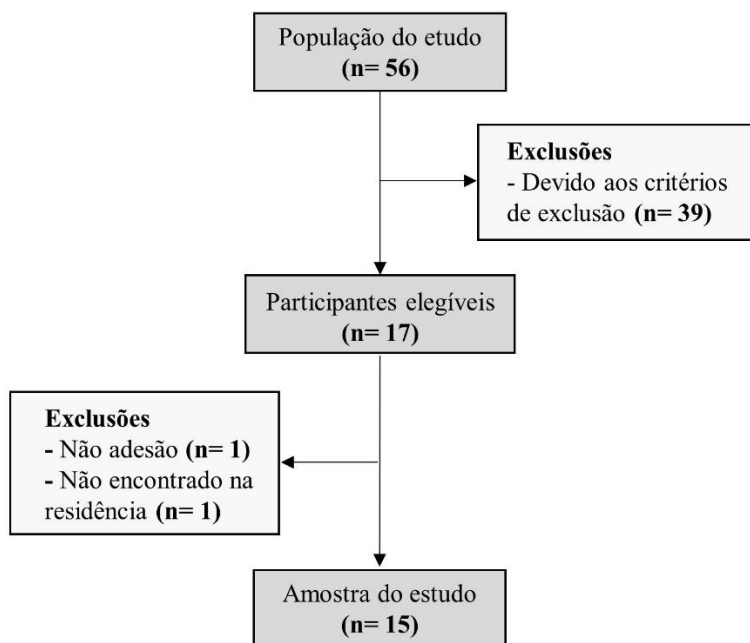
Estudo transversal realizado com idosos residentes da área urbana do município de Santa Cruz do Sul, pertencentes as ESF que recebiam atendimento fisioterapêutico por intermédio do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva I e II, componente curricular do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2018, estando a pesquisa devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CAEE 81737417.0.0000.5343).

Foram incluídos indivíduos com idade ≥ 60 anos que residiam na área de cobertura das ESF assistidas por estudantes de fisioterapia. Foram excluídos acamados, amputados, acometidos por lesão por pressão/trófica aberta, além daqueles que apresentavam diagnóstico prévio de aneurisma, AVE ou DAC.

Havia 56 idosos nas ESF de abrangência do estudo, em que destes 39 foram excluídos e não abordados em decorrência dos itens elencados nos critérios de exclusão. Dessa forma, entre

os 17 idosos elegíveis e abordados, 1 expressou o desejo de não participar e 1 não foi encontrado na residência, sendo a amostra final composta por 15 participantes. A Figura 1 representa a etapa de seleção dos sujeitos da pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma da etapa de seleção dos sujeitos da pesquisa.



Procedimentos Metodológicos

A abordagem inicial dos idosos elegíveis ocorreu presencialmente em suas residências ou na ESF correspondente. Foram explanadas as propostas e objetivos da pesquisa formalizando a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Posteriormente, informações sobre o estilo de vida foram coletadas pelos pesquisadores utilizando uma ficha de avaliação constando dados demográficos (idade, escolaridade e estado civil), hábito tabágico (fumante, não-fumante, ex-fumante e, quando aplicável, a idade de início e quantidade diária utilizada), consumo de álcool (número de vezes que consumiu durante o mês/semana no último ano), medicamentos contínuos (classe farmacológica), presença de doenças clínicas crônicas, marcadores sanguíneos (lipoproteína de colesterol de alta-densidade (HDL-C), colesterol total, triglicerídeos e glicose, quando apresentados exames laboratoriais recentes) e o histórico familiar de doenças cardiovasculares.

Do mesmo modo, foram mensuradas medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) para obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC) e determinação da obesidade abdominal, aferidas medidas de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e realizado cálculo do Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Ademais, grande parte dos dados supracitados foram utilizados para cálculo do Escore de Risco Global (ERG) de Framingham.

Avaliação Antropométrica

A massa corporal foi mensurada utilizando balança digital portátil com o indivíduo descalço e em posição ortostática sobre o equipamento, e a estatura foi obtida utilizando fita métrica inelástica afixada em uma parede plana considerando o solo como ponto inicial.¹² O IMC foi calculado por meio da razão entre a massa corporal [kg]/estatura[m]² em que para classificação foram adotadas as categorias e pontos propostos por Lipschitz¹³: baixo peso (IMC < 22kg/m²); eutrofia (IMC > 22kg/m² e < 27kg/m²) e sobrepeso (IMC ≥ 27 kg/m²).

A circunferência da cintura (CC) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, no ponto médio entre o quadril e a última costela com o sujeito em posição ortostática mantendo o abdome relaxado, membros superiores ao lado do corpo e os pés aproximados.¹² Para classificação, se considerou como fator de risco cardiovascular aumentado quando CC ≥ 80 cm em mulheres e CC ≥ 94 cm em homens e muito aumentado quando CC ≥ 88 cm em mulheres e CC ≥ 102 cm em homens.¹⁴

Avaliação do Risco Cardiovascular

A pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foi aferida utilizando estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide conforme recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Posteriormente, os valores obtidos foram classificados, dicotomizando em apenas duas categorias centrais: normotenso (PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg) e hipertenso (PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg).¹⁵

O ITB foi aferido utilizando doppler vascular portátil e esfigmomanômetro aneróide seguindo o protocolo estabelecido pela *American Heart Association*. Assim sendo, as medidas da PAS do tornozelo e do braço foram realizadas em decúbito dorsal, após 5 minutos de repouso e em sentido anti-horário¹⁶. Após obtenção dos valores, o ITB foi calculado através da razão entre a maior PAS do tornozelo [mmHg]/PAS do braço[mmHg] em que para classificação foram adotadas as seguintes categorias e pontos de corte: normal (ITB ≥ 0,91 e ≤ 1,40) e alterado (ITB ≤ 0,90), sendo este preditivo de doença arterial obstrutiva periférica.¹⁶

O ERG de Framingham consiste em um algoritmo que estima o risco de desenvolver infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência vascular periférica/cardíaca no período de 10 anos. O mesmo foi calculado segundo as recomendações da I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.¹⁷ Deste modo, os participantes foram classificados aplicando os seguintes critérios: baixo risco (risco calculado < 5% para homens e mulheres, sendo reclassificados com risco intermediário na presença de histórico familiar de DAC prematura); risco intermediário (risco calculado ≥ 5% e ≤ 20% para homens e ≥ 5% e ≤ 10% para mulheres, sendo reclassificados para alto risco na presença de doença aterosclerótica ou um de seus equivalentes, procedimentos de revascularização arterial, diabetes mellitus, doença renal crônica e critérios de síndrome metabólica) e alto risco (risco calculado > 20% para homens e >10% para mulheres).¹⁷ Os participantes que não apresentaram exames laboratoriais recentes (HDL-C, colesterol total, triglicérides e glicose) não foram pontuados quanto a estes critérios de síndrome metabólica.

Análise Estatística

Os dados foram analisados no *software IBM SPSS Statistics for Windows* (versão 23.0 Armonk, NY). Para caracterização da amostra foi utilizado análise descritiva em frequência absoluta (número), medida de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo

interquartilico). A correlação entres os valores obtidos no ITB e a pontuação apresentada na ERG foi avaliada utilizando teste comparativo não paramétrico (teste Rô de Spearman). Foi adotado como margem de significância valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os participantes do estudo ($n=15$) eram aposentados, com idades entre 65-79 anos. Prevaleceram mulheres, com ensino fundamental incompleto e estado civil casado (a). As doenças clínicas crônicas com maior frequência foram HAS, artrose e fratura, respectivamente. As classes de medicamentos de uso contínuo identificadas foram anti-hipertensivos, analgésicos, broncodilatadores e lipolipemiantes. Grande parte dos idosos não soube apontar o médico responsável pelo cuidado longitudinal ($n=7$), sendo o profissional vinculado à ESF o mais citado ($n=8$). Os dados demográficos e as doenças crônicas clínicas podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas e doenças clínicas crônicas de idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na atenção primária a saúde, 2018.

Variáveis	n/md(IQ)
Idade (anos)	68 (65-79)
Sexo feminino	14
Ensino fundamental incompleto	12
Estado civil casado	9
Hipertensão Arterial Sistêmica	12
Artrose	7
Fratura	2
Alzheimer	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1
Fibromialgia	1
Dislipidemia	1
Cardiopatía	1
Colunopatía	1

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta, mediana e intervalo interquartilico; md: mediana; IQ: intervalo interquartilico.

A Tabela 2 apresenta os fatores de RCV, em que não foram observadas alterações nos marcadores sanguíneos. Quanto ao hábito tabágico, 2 eram fumantes e 3 ex-fumantes mencionando o início durante a adolescência (> 16 e < 19 anos), utilizando uma a duas carteiras de cigarro por dia. No que refere o consumo de álcool, 8 negaram e os que realizam, consomem com frequência ≤ 3 vezes ao mês. Foram identificados 13 idosos com sobrepeso avaliado por IMC e CC indicativa de obesidade abdominal. Quando considerado o ITB e a pressão arterial, 9 apresentaram ITB normal ($> 0,91$ e $< 1,40$), estando 2 destes no intervalo limítrofe (0,91–0,99), e em totalidade foram classificados como normotensos havendo apenas 2 participantes limítrofes.

Tabela 2 - Fatores de risco cardiovascular de idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na atenção primária a saúde, 2018.

Variáveis	n/md(IQ)
HDL-C (mg/dL)	49*
Colesterol total (mg/dL)	234*
Triglicerídeos (mg/dL)	148*
Glicose (mg/dL)	94*
Fumo [sim]	2
Diabetes mellitus [sim]	3
Síndrome metabólica [sim]	14
Histórico familiar DAC prematura [sim]	1
CC (cm)	99 (93-110)
PAS (mmHg)	140 (123-161)
PAD (mmHg)	80 (70-92)
ITB	0,94 (0,83-1,00)
Classificação ITB [alterado]	6
ERG	16 (14-17)

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta, mediana e intervalo interquartil; md: mediana; IQ: intervalo interquartil; *: 3 sujeitos; HDL-C: lipoproteína de colesterol de alta-densidade; DAC: doença arterial coronariana; PAS: pressão arterial sistólica; CC: circunferência da cintura; PAD: pressão arterial diastólica; ITB: índice tornozelo-braquial; ERG: escore de risco global.

Em alguns casos, foram observadas inicialmente pontuações no ERG correspondentes às categorias de baixo risco e risco intermediário, em que após ajuste considerando os fatores agravantes (valores de ITB apresentados, histórico familiar de DAC prematura ou presença de síndrome metabólica), todos foram reclassificados com alto risco para desenvolver doenças cardiovasculares no período de 10 anos. Cabe ainda mencionar que 9 participantes relataram histórico familiar de doenças cardiovasculares, porém em idades superiores ao considerado como fator de risco. Não houve correlação entre os valores de ITB e a pontuação no ERG ($r = 0,242$; $p = 0,385$).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa identificou que idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na APS apresentam em totalidade alto risco para desenvolverem doenças cardiovasculares, o qual foi expressado pela presença de HAS, sobrepeso, obesidade abdominal e a classificação no ERG, sem haver correlação entre valores de ITB e a pontuação no ERG.

Houve prevalência de mulheres o que vai ao encontro do que já tem sido relatado na literatura.¹⁸⁻²⁰ Deste modo, Sousa et al.¹⁸ destacaram duas características inversamente proporcionais que justificam o predomínio de gênero: (I) maior procura de mulheres por serviços de saúde, independentemente da causa, (II) menor procura de homens por serviços de saúde, devido ao sentimento de fragilidade e vulnerabilidade. Ainda, García et al.²¹ reportaram em seu estudo que idosas são mais vulneráveis aos fatores de RCV apresentando maior número de indicadores acima do recomendado e maior predomínio de HAS, sobrepeso e obesidade abdominal, informações concordantes com os achados desta pesquisa.

Alguns estudos transversais têm buscado traçar o perfil de RCV de usuários da APS. Assim sendo, Ferreira et al.¹⁹ avaliaram a presença de fatores de risco em 418 idosos, em que 80,4% apresentavam HAS, 83,3% obesidade abdominal e 32% sedentarismo. No estudo de base populacional de Medeiros et al.²², 8,3% da amostra apresentava hábito tabágico e 17,3% consumo excessivo de álcool, no entanto, a insuficiência de atividade física (69,1%) e a pouca ingestão de frutas, verduras e legumes (68,7%) foram mais prevalentes. No presente estudo também se observou prevalência de HAS e obesidade abdominal, bem como menor proporção de hábito tabágico ativo e consumo de álcool.

No que se refere a total presença de alto risco detectado pelo ERG de Framingham,

Yamamoto et al.²³ observaram em adultos e idosos maior e menor proporção de baixo e alto risco, correspondendo a 74,5 e 12,2% da amostra, respectivamente. Do mesmo modo, esta prevalência de baixo risco já foi relatada por outros autores que utilizaram o mesmo algoritmo.^{18,24} Ainda, ao verificar a concordância entre algumas destas ferramentas na população brasileira, Malta et al.²⁵ identificaram maior prevalência de alto risco através do ERG da Sociedade Brasileira de Cardiologia (38,1%) quando comparado ao ERG de Framingham (19,1%), demonstrando menor representação estimativa deste algoritmo quando considerado o contexto epidemiológico nacional. O resultado discordante apresentado pode estar associado ao tamanho amostral e a presença de condições de saúde pré-existentes ao acompanhamento fisioterapêutico.

Nesse sentido, algoritmos que estimam o RCV têm sido vistos como relevantes métodos de avaliação no cenário da APS, pois identificam precocemente usuários com alto risco permitindo instituir medidas preventivas preconizadas pelas políticas públicas e consequentemente reduzir o ônus das doenças cardiovasculares.²⁶ No entanto, se ressalta a necessidade de padronização, pois já foi evidenciado que diferentes algoritmos resultam em distintas populações elegíveis para instituição de medidas preventivas, o que implica em percepções equivocadas de RCV podendo gerar como consequência objeções na aplicação/execução das políticas públicas.²⁵

Neste contexto, o plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030 pactuou metas que envolvem fatores que estão relacionadas ao RCV. Dentre estas, apenas 6 podem ser associadas diretamente a população idosa: (I) aumentar em 30% a prevalência de prática de atividade física no tempo livre; (II) aumentar em 30% o consumo recomendado de frutas, verduras e legumes; (III) deter o consumo de alimentos ultraprocessados; (IV) reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas; (V) reduzir em 10% o consumo abusivo de álcool e (VI) reduzir em 40% a prevalência de tabagismo.²⁷

Ainda, legitimada a importância da APS no planejamento de ações para a prevenção dos fatores de RCV, realizar diagnóstico precoce e viabilizar a integralidade do cuidado a indivíduos com doenças cardiovasculares, surge a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n.º 3.008/de 4 de novembro de 2021.²⁸ A ECV objetiva qualificar a atenção integral aos usuários com fatores de RCV de forma a contribuir para o controle dos níveis de pressão arterial e glicemia, otimizar a adesão ao tratamento e reduzir complicações, internações e a morbimortalidade, tendo como propósito ampliar a Rede de Atenção à Saúde.²⁶

No que se refere a contribuição de fisioterapeutas na APS, estes assumem protagonismo no controle de fatores modificáveis, incentivando mudanças no estilo de vida, melhorando a capacidade funcional e estimulando a prática regular de atividade física.¹⁰⁻¹¹ Além disso, a adição destes profissionais em meio a comunidade potencializa o processo de identificação de idosos com maior RCV, viabilizando simultaneidade entre intervenções físico-funcionais e a aplicação das demais recomendações preconizadas pelas políticas públicas de saúde.^{10,29}

No entanto, cabe destacar que no município onde o presente estudo foi realizado o acesso a fisioterapia na APS está vinculado aos atendimentos realizados por estudantes, refletindo uma característica histórica atrelada aos desafios da recente inserção desta categoria neste nível de atenção, uma vez que apenas metade dos municípios brasileiros possuem fisioterapeutas na APS, havendo elevada proporção de locais que não contam com estes profissionais.²⁸ Deste modo, Tavares et al.³⁰ ressaltam quanto à necessidade da implementação de intervenções que objetivem a ampliação e o fortalecimento da atuação de fisioterapeutas na APS, a fim de garantir o desenvolvimento adequado de ações individuais ou coletivas para promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde.

Se destaca nesta pesquisa a utilização de indicadores de RCV com baixo custo e complexidade, os quais poderiam ser rotineiramente aplicados na APS. Apesar do exposto,

houveram limitações, como o restrito tamanho da amostra, a não realização de cálculo amostral a priori e a utilização de dados autorrelatados, em que os participantes podem se inclinar a ocultar ou subestimar dados relevantes, como a presença de hábito tabágico e o consumo excessivo de álcool por exemplo.

CONCLUSÃO

Idosos atendidos por estudantes de fisioterapia na rede de APS apresentam fatores de RCV (HAS, sobrepeso e obesidade abdominal) e alto risco para desenvolverem doenças cardiovasculares no período de 10 anos.

REFERÊNCIAS

1. Moturi S, Ghosh-Choudhary SK, Finkel T. Cardiovascular disease and the biology of aging. *J Mol Cell Cardiol* 2022; 167(1):109-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yjmcc.2022.04.005>
2. Noale M, Limongi F, Maggi S. Epidemiology of cardiovascular diseases in the elderly. *Adv Exp Med Biol* 2020; 1216(1):29-38. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_4
3. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, Souza MFM, Soares GP, Xavier Júnior GF, Machline-Carrion MJ, Bittencourt MS, Neto OMP, Silvestre OM, Teixeira RA, Sampaio RO, Gaziano TA, Roth GA, Ribeiro ALP. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol* 2020; 115(3):308-439. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
4. Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *Ger Med Sci* 2016; 14(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.3205/000230>
5. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc Saúde Coletiva* 2022; 27(7):2655-65. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22482021>
6. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, Akker MVD. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2019; 53(1):100903. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
7. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(4):1369-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
8. Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(2):285-94. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200006>
9. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(2):365-80. doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200016>
10. Aveiro MC, Acioele GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta

no programa saúde da família na atenção à saúde do idoso. *Ciêns Saúde Coletiva* 2011; 16(1):1467-78. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700082>

11. Santos MLM, Medeiros AA, Batiston AP, Pontes ERJC, Ferrari FP, Fernandes JM, Rios TA, Muzili NA, Sanches VS. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisiot Bras* 2014; 15(1):69-76. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v15i1.316>

12. Lohman TG, Roche AF, Mertoell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.

13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21(1):55-67.

14. World Health Organization (WHO). *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO; 1998.

15. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3):1-83. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20160152>

16. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Alisson MA, Creager MA, Diehm C, Fowkes FGR, Hiatt WR, Jonsson B, Lacroix P, Marin B, McDermott MM, Norgren L, Pande RL, Preux PM, Stoffers HEJ, Treat-Jacobson D. Measurement and interpretation of the Ankle-Brachial Index: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 126(24):2890-809. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e318276fbcb>

17. Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101(6):1-63. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>

18. Sousa NP, Sousa MF, Araújo DER, Santos WS, Lima LR, Rehem TCMSB. Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária segundo escore de framingham. *Tempus Actas de Saúde Colet* 2016; 10(1):157-68. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862>

19. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira ÉA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5):621-28. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000141>

20. Bayoumi E, Karasik P. Cardiovascular disease in older women. *Clin Geriatr Med* 2021;37(4):651-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.05.010>

21. García M, Mulvagh SL, Merz CNB, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular disease in women: clinical perspectives. *Circ Res* 2016;118(8):1273-93. doi: <https://doi.org/10.1161/circresaha.116.307547>

22. Medeiros PA, Cembranel F, Figueiró TH, Sousa BB, Antes DL, Silva DAS, Zanelatto C, d'Orsi E. Prevalência e simultaneidade de fatores de risco cardiovasculares em idosos participantes de um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22(1):1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190064>

23. Yamamoto RKR, Bazílio GS, Guimarães RA, Morais Neto OL. Global Cardiovascular

Risk Estimation and associated factors in the adult population. Senador Canedo, Goiás. In SciELO Preprints 2022;[s.n.]. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3454>

24. Della Júnior AP, Schuelter-Trevisol F, Sebold FJG, Nakashima L, Pereira MR, Trevisol DJ. Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham em adultos. R Bras Ci Saúde 2016; 20(3):183-88. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.03.02>

25. Malta DC, Pinheiro PC, Azeredo RT, Santos FM, Ribeiro ALP, Brant LCC. Prevalência de alto risco cardiovascular na população adulta brasileira segundo diferentes critérios: estudo comparativo. Ciênc Saúde Coletiva 2021; 26(4):1221-31. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.01592021>

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2022.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e Agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2021.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2021; 1(208):66.

29. Ciumărnean L, Milaciu MV, Negrean V, Orășan OH, Vesa SC, Sălăgean O, Ilut S, Vlaicu SI. Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(1):207. doi: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph19010207>

30. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. Fisioter Pesqui 2018; 25(1):9-19. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>

Submissão: 13/06/2023.

Aceite: 25/10/2024.