



HENRIQUE DRESCH

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES
ACOMPANHADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE
GUARAPUAVA-PR.**

GUARAPUAVA

2021

HENRIQUE DRESCH

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES
ACOMPANHADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE
GUARAPUAVA-PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Banca Avaliadora, como critério para
obtenção do grau de bacharel (a) em Medicina.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Simone Carla Benincá

GUARAPUAVA

2021

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cálculo do Risco Cardiovascular Global de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, por meio de dados dos prontuários. Guarapuava 2021.....	12
Figura 2 - Risco cardiovascular separado para homens e mulheres em pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.....	12
Figura 3 – Classificação do índice de massa corporal (IMC) separados por sexo de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.....	13
Figura 4 - Prevalência hipertensão arterial e diabetes separados por sexo em pacientes acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise da associação entre sexo, faixa etária, classificação de índice de massa corporal e de risco cardiovascular em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde. Guarapuava – PR.....	14
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ERG	Escore de Risco Global
CV	Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronariana
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAP	Doença Arterial Periférica
IC	Insuficiência Cardíaca
RCV	Risco Cardiovascular
IMC	Índice de Massa Corporal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

Resumo.....	7
Abstract.....	7
Resumen.....	8
1 Introdução.....	9
2 Métodos.....	10
3 Resultados.....	11
4 Discussão.....	14
5 Conclusão.....	16
6 Referencias Bibliográficas.....	17
7 Apêndices.....	19
8 Anexos.....	21

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES ACOMPANHADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PR.

Henrique Dresch

Simone Carla Benincá

RESUMO

Introdução: A OMS estima que $\frac{3}{4}$ da mortalidade cardiovascular podem ser diminuídos com adequadas mudanças no estilo de vida, e esse é o grande desafio das diversas diretrizes existentes em prevenção. **Objetivos:** Realizar a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes atendidos pelo sistema público de saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Guarapuava-PR. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com os pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Guarapuava-PR. Foram selecionados de forma aleatória o prontuário de atendimento de 250 pacientes, e a partir dos dados obtidos no prontuário foi calculado o risco cardiovascular utilizando o método previsto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Resultados:** O Risco Cardiovascular global encontrado foi de 59,6% como baixo risco, 27,6% como risco intermediário e 12,8% como alto risco. Os resultados obtidos com os fatores de risco diabetes e hipertensão arterial foram de 7,20% de prevalência de diabetes nas mulheres contra 14,40% nos homens, já na hipertensão arterial os dados encontrados foram de 15,32% nas mulheres e de 38,70% nos homens. O estudo demonstrou que o risco cardiovascular encontrado nas mulheres é menor que o risco encontrado nos homens, nas mulheres 74,40% foram classificadas como baixo risco, 20,80% como risco intermediário e 4,80% como alto risco. Já para os homens 44,80% foram classificados como baixo risco, 34,40% como risco intermediário e 20,80% como alto risco. **Conclusão:** O Risco cardiovascular encontrado na população foi considerado em sintonia com os dados de trabalhos realizados no território nacional. Fica evidente que uma estratégia de medicina preventiva que ajude a melhorar os fatores de risco que atuam sobre uma maior prevalência de HAS, diabetes e síndrome metabólica seriam benéficas para um melhor escore de risco cardiovascular.

Palavras-chave: Risco cardiovascular, Obesidade, Diabetes, Hipertensão Arterial, Medicina Preventiva

ABSTRACT

Introduction: The WHO estimates that $\frac{3}{4}$ of cardiovascular mortality can be reduced with appropriate changes in lifestyle, and this is the great challenge of the various existing guidelines on prevention. **Objectives:** Carry out the stratification of cardiovascular risk in patients treated by the public health system in a Basic Health Unit (UBS) in Guarapuava-PR. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study with patients seen at a Basic Health Unit in the city of Guarapuava-PR. The medical records of 250 patients were randomly selected, and from the data obtained from the records, the cardiovascular risk was calculated using the method provided by the Brazilian Society of Cardiology. **Results:** The global cardiovascular risk found was 59.6% as low risk, 27.6% as intermediate risk and 12.8% as high risk. The results obtained with the risk factors diabetes and high blood pressure were 7.20% of prevalence of diabetes in women against 14.40% in men, whereas for high blood pressure the data found were 15.32% in women and 38.70% in men. The study showed that the cardiovascular risk found in women is lower than the risk found in men, 74.40% in women were classified as low risk, 20.80% as intermediate risk and 4.80% as high risk. For men, 44.80% were classified as low risk, 34.40% as intermediate risk and 20.80% as high risk. **Conclusion:** The cardiovascular risk found in the population was considered in line with data from studies carried out in the national territory. It is evident that a preventive medicine strategy that helps to improve the risk factors that act on a higher prevalence of HAS, diabetes and metabolic syndrome would be beneficial for a better cardiovascular risk score.

Keywords: Cardiovascular risk, Obesity, Diabetes, Hypertension, Preventive Medicine.

RESUMEN

Introducción: La OMS estima que $\frac{3}{4}$ de la mortalidad cardiovascular se puede reducir con cambios adecuados en el estilo de vida, y este es el gran desafío de las distintas guías de prevención existentes. **Objetivos:** Realizar la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes atendidos por el sistema público de salud en una Unidad Básica de Salud (UBS) de Guarapuava-PR. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo con pacientes atendidos en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Guarapuava-PR. Se seleccionaron aleatoriamente las historias clínicas de 250 pacientes y, a partir de los datos obtenidos de las historias, se calculó el riesgo cardiovascular mediante el método proporcionado por la Sociedad Brasileña de Cardiología. **Resultados:** El riesgo cardiovascular global encontrado fue 59,6%

como riesgo bajo, 27,6% como riesgo intermedio y 12,8% como riesgo alto. Los resultados obtenidos con los factores de riesgo diabetes e hipertensión arterial fueron 7,20% de prevalencia de diabetes en mujeres frente a 14,40% en hombres, mientras que para hipertensión arterial los datos encontrados fueron 15,32% en mujeres y 38,70% en hombres. El estudio mostró que el riesgo cardiovascular encontrado en las mujeres es menor que el encontrado en los hombres, el 74,40% de las mujeres se clasificaron como de bajo riesgo, el 20,80% de riesgo intermedio y el 4,80% de alto riesgo. En el caso de los hombres, el 44,80% se clasificó como de bajo riesgo, el 34,40% como de riesgo intermedio y el 20,80% como de alto riesgo.

Conclusión: Se consideró el riesgo cardiovascular encontrado en la población de acuerdo con los datos de estudios realizados en el territorio nacional. Es evidente que una estrategia de medicina preventiva que ayude a mejorar los factores de riesgo que actúan sobre una mayor prevalencia de HAS, diabetes y síndrome metabólico sería beneficiosa para una mejor puntuación de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: riesgo cardiovascular, obesidad, diabetes, hipertensión, medicina preventiva.

INTRODUÇÃO

A OMS estima que $\frac{3}{4}$ da mortalidade cardiovascular podem ser diminuídos com adequadas mudanças no estilo de vida, e esse é o grande desafio das diversas diretrizes existentes em prevenção. No Brasil somente no primeiro semestre de 2021, 150 mil pessoas faleceram por conta de doenças cardiovasculares.⁴ Apesar de ser a principal causa de morte entre os brasileiros ainda pouco é feito no país no sentido de se estimar o risco cardiovascular da população, comprometendo muito o combate aos fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e a aplicação da medicina preventiva.¹

Devido à grande prevalência de hipertensão arterial na população brasileira (estimada em 36 milhões de pacientes adultos), a grande prevalência de diabetes (estimada em 9 milhões de pacientes), de obesidade (cerca de 40 milhões de pacientes), e de dislipidemias, com alguns estudos apontando ter uma prevalência maior que 50% na população, mas ainda sem nenhuma estatística oficial global. Isso demonstra o quanto o brasileiro está suscetível a doenças cardiovasculares e como o problema ainda não está sendo manejado da melhor maneira possível, pois

mesmo as estatísticas oficiais são rasas e difíceis de encontrar, tornando a avaliação real desse problema de saúde ainda mais difícil, e a medicina preventiva um verdadeiro caos.^{1, 2}

A estratificação de risco cardiovascular pode fornecer dados estatísticos confiáveis quanto ao risco que a população está exposta, podendo auxiliar na melhoria de ações preventivas e programas voltados ao combate dos fatores de risco modificáveis na população.³ Dessa forma, conhecer os riscos aos quais a população está exposta pode servir de base para políticas públicas de prevenção e/ou de intervenção nesse público com o intuito de melhorar o acesso a prevenção cardiovascular no nível primário de saúde. Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar a estratificação do risco cardiovascular e dos fatores de risco associados ao mesmo em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde na cidade de Guarapuava-PR.

MÉTODOS

Os dados para a pesquisa foram obtidos através do acesso aos prontuários dos pacientes contidos no software FAST MEDIC e com autorização prévia da secretaria municipal de saúde de Guarapuava-PR. Os participantes selecionados de forma aleatória, sendo 20 com a letra inicial do nome A, 20 com a letra inicial do nome B, e assim por diante até fechar os 250 participantes da pesquisa; respeitando os critérios de exclusão que são idade inferior há 18 anos e superior há 70 anos, ter tido seus dados atualizados no software FAST MEDIC nos últimos 2 anos, e 125 participantes do sexo masculino e 125 do sexo feminino.

O cálculo amostral foi feito utilizando a fórmula de cálculo: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2} \cdot N - 1$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral) baseada em Santos.⁴ A presente pesquisa teve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Campo Real sob o parecer número 4.729.763/2021 respeitando os critérios éticos propostos pela resolução 466 de 2012.

A Estratificação do risco cardiovascular foi feita seguindo as orientações definidos pela Sétima Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose e na Primeira Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.^{1,2} A estratificação de risco proposta por essas diretrizes é composta por 4 fases. Porém para esse trabalho foram utilizados apenas as 2 primeiras fases, uma vez que para a aplicação da terceira fase os dados encontrados nos prontuários não foram

suficientes para sua utilização, principalmente pelo uso apenas do IMC sem os dados de circunferência abdominal, medida de obesidade abdominal para a utilização e classificação como síndrome metabólica. A quarta fase necessitaria de um acompanhamento ao longo do tempo para a estratificação do risco ao longo da vida baseada na exposição aos fatores de risco e por conta disso não foi utilizado.

A fase 1 representa a presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes. Sendo esta primeira etapa para estimativa do risco CV necessário a identificação da presença de doença aterosclerótica, clinicamente evidente ou na forma subclínica, ou de seus equivalentes como diabetes mellitus 1 e 2 e doença renal significativa. Se positiva, o indivíduo é imediatamente classificado como de alto risco, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV em 10 anos é superior a 20%.

Na fase 2 ocorre a utilização do escore de risco global (ERG). É utilizado para classificação dos indivíduos que não foram classificados como de alto risco na fase 1. Esse algoritmo estima o risco de o indivíduo apresentar um evento cardiovascular (CV), doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC) em 10 anos. A distribuição dos pontos e percentual de risco é diferenciada para mulheres e homens. Quando o ERG fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como 'baixo risco', exceto aqueles com história familiar de doença CV prematura, sendo reclassificado para 'risco intermediário'. Homens com ERG entre 5% e 20% e mulheres com ERG entre 5% e 10% também são inicialmente considerados de 'risco intermediário'. São considerados de 'alto risco' os homens com ERG > 20% e as mulheres com ERG > 10%.

Os dados foram tabulados com auxílio do software Excel 2016®. Inicialmente os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em forma de média e desvio padrão, frequência absoluta e relativa. E para avaliar a associação entre sexo e demais variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

RESULTADOS

No presente estudo foram inseridos 125 homens e 125 mulheres, cuja média de idade foi de 43,31 (12,92) anos, sendo 223 (89,2%) adultos e 27 (10,8%) idosos.

O Risco Cardiovascular global encontrado foi de 59,6% como baixo risco, 27,6% como risco intermediário e 12,8% como alto risco, como demonstrado na figura 1.

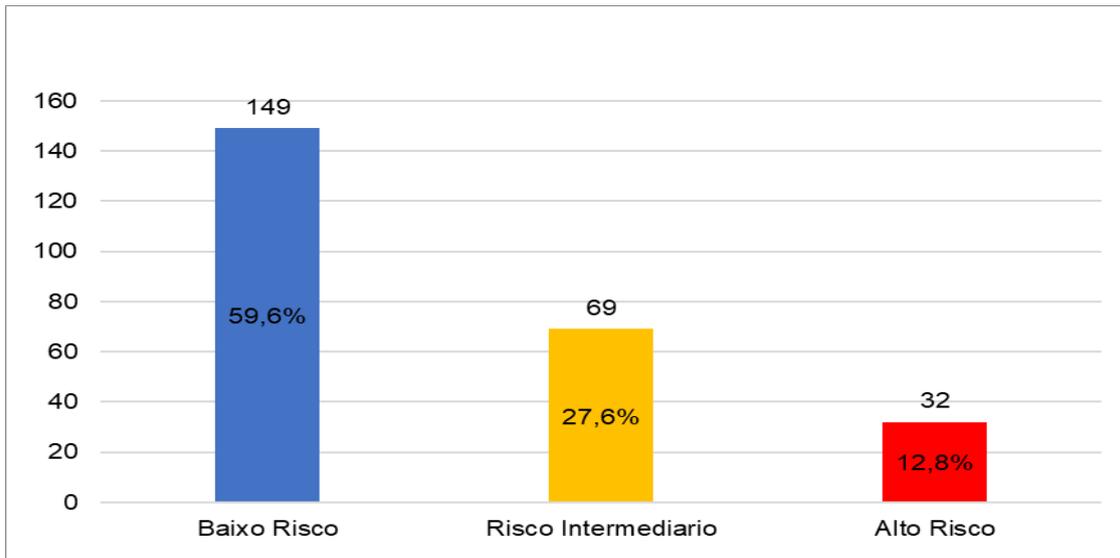


Figura 1- Cálculo do Risco Cardiovascular Global de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, por meio de dados dos prontuários. Guarapuava 2021.

O estudo demonstrou que o risco cardiovascular encontrado nas mulheres é menor que o risco encontrado nos homens, nas mulheres 74,40% foram classificadas como baixo risco, 20,80% como risco intermediário e 4,80% como alto risco. Já para os homens 44,80% foram classificados como baixo risco, 34,40% como risco intermediário e 20,80% como alto risco, conforme demonstra a figura 2.

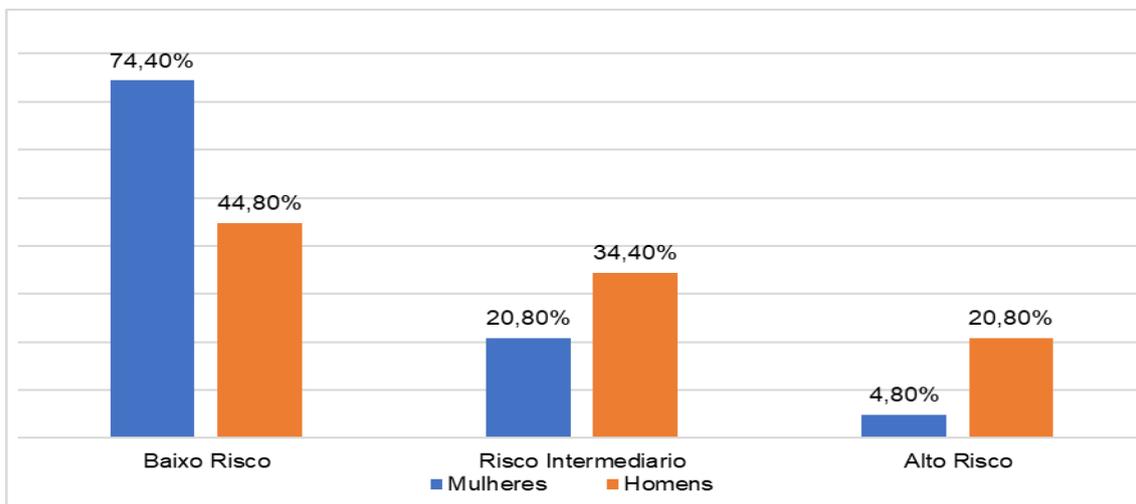


Figura 2 - Risco cardiovascular separado para homens e mulheres em pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.

Apesar de a média do Índice de massa corporal (IMC) ser parecida para ambos os sexos sendo 27,58% para os homens e 27,26% para as mulheres, o

número de homens obesos é maior que o das mulheres ficando em 33,05% para os homens e 25% para as mulheres. A classificação do IMC por sexo é demonstrada na figura 3.

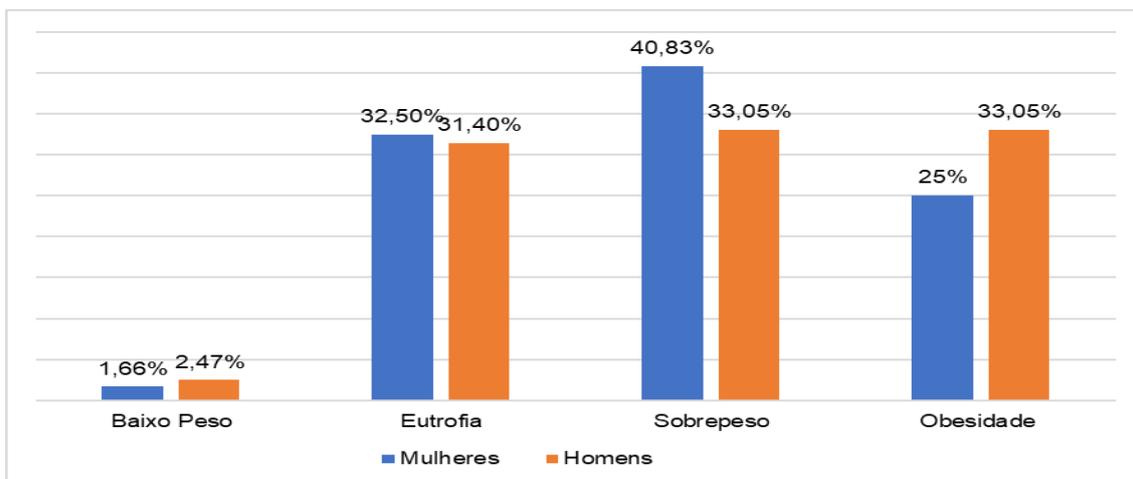


Figura 3 - Classificação do índice de massa corporal (IMC) separados por sexo de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.

Os resultados obtidos para os fatores de risco diabetes e hipertensão arterial foram de 7,20% para prevalência de diabetes nas mulheres contra 14,40% nos homens, já na hipertensão arterial os dados encontrados foram de 15,32% nas mulheres e de 38,70% nos homens. Figura 4.

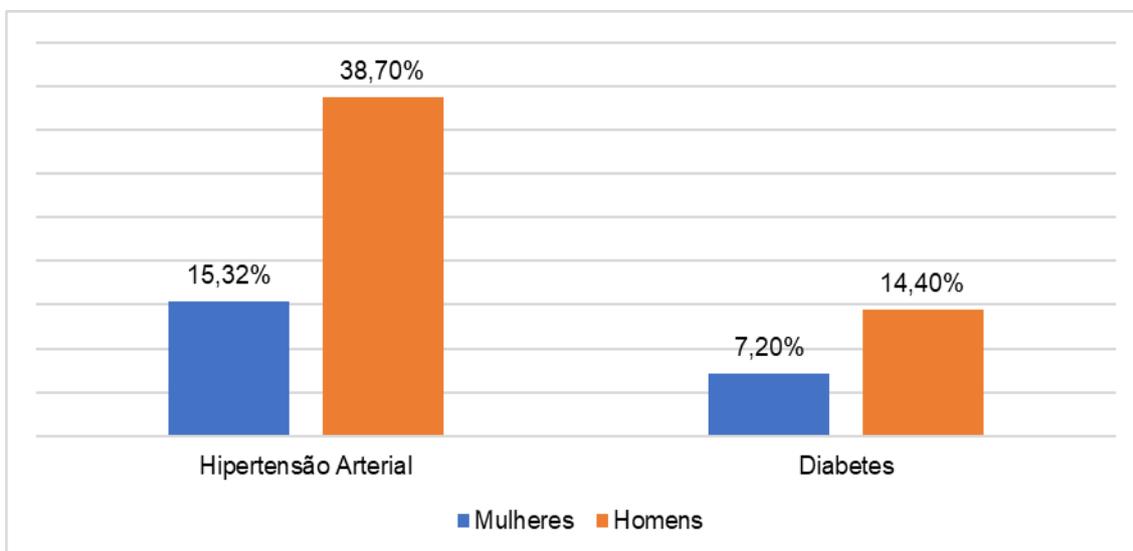


Figura 4 - Prevalência hipertensão arterial e diabetes separados por sexo em pacientes acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde. Guarapuava 2021.

Ao analisar a associação do sexo com as demais variáveis, observou-se que existiu diferença entre risco cardiovascular fase 1 (p 0,018), fase 2 (p 0,000) e no risco cardiovascular total (p 0,000), demonstrando que o alto risco e o risco intermediário estiveram mais presentes no sexo masculino. Tabela 1.

Tabela 1 – Análise da associação entre sexo, faixa etária, classificação de índice de massa corporal e de risco cardiovascular em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde. Guarapuava, 2021.

Variáveis	Feminino	Masculino	<i>p</i>
Faixa etária			
Adulto	114	109	
Idoso	11	16	0,308
Risco cardiovascular fase 1			
Alto risco	5	24	
Não classificado	114	101	0,018
Risco cardiovascular fase 2			
Alto risco	5	22	
Risco intermediário	27	47	
Baixo risco	93	56	0,000
Risco cardiovascular total			
Alto risco	6	26	
Risco intermediário	26	43	
Baixo risco	93	56	0,000
Classificação do índice de massa corporal (kg/m ²)			
Obesidade	30	40	
Sobrepeso	49	40	
Eutrofia	41	41	0,484

DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo que estima o risco cardiovascular da população de uma UBS de Guarapuava utilizando o método para classificação do risco cardiovascular proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Foram utilizados no trabalho as fases 1 e 2 do cálculo do risco cardiovascular proposto pela Primeira diretriz Brasileira de prevenção cardiovascular. A Fase 3 do cálculo do risco cardiovascular não foi utilizada por conta da falta de dados nos prontuários obtidos, sendo o principal dado faltante a circunferência abdominal.

O Risco Cardiovascular global encontrado foi de 59,6% como baixo risco, 27,6% como risco intermediário e 12,8% como alto risco. O estudo demonstrou que o risco cardiovascular encontrado nas mulheres é menor que o risco encontrado nos homens, nas mulheres 74,40% foram classificadas como baixo risco, 20,80% como risco intermediário e 4,80% como alto risco. Já para os homens 44,80% foram classificados como baixo risco, 34,40% como risco intermediário e 20,80% como alto risco.

A análise dos dados de índice de massa corporal mostrou prevalência alta de sobrepeso e obesidade, sendo maior nos homens o percentual de obesidade. E da mesma forma, a maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus também foi mais prevalente nos homens, fica evidente o maior descuido e necessidade de medidas protetivas e de prevenção que ajudem a diminuir esses fatores de risco no sexo masculino com maior eficácia. Os homens acabam por ser culturalmente mais expostos ao tabagismo, alcoolismo e estilos de vida menos saudáveis como alimentação rica em carboidratos, baixa procura dos serviços de saúde para realização de medicina preventiva e também baixa adesão aos tratamentos indicados.⁵⁻⁸

Quando comparados os dados obtidos no presente estudo, com os dados de diabetes, hipertensão arterial e obesidade no Brasil, se nota um uma elevada presença desses 3 fatores de risco, que muito tem relação com o estilo de vida da população.^{1, 3, 8 e 9}

As Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal grupo de causa de morte em todo o mundo, sendo responsáveis por mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais⁵. No Brasil as DCNT são responsáveis por cerca de 72% das mortes, sendo que 30% destas são devidas as doenças cardiovasculares (DCV). E é com base nessa alta prevalência de mortes por DCV que se torna muito importante a realização do escore cardiovascular e a posterior implementação de medidas voltadas a prevenção e modificação/melhoramento dos fatores de risco modificáveis.^{1, 2, 3, 6, 8 e 9}.

Possibilitando através da correta classificação, o acompanhamento mais próximo dos pacientes pelo seu sistema de saúde.¹⁰

O Risco cardiovascular encontrado na população da UBS-Morro alto e exposto nas figuras 1 e 2 foi considerado em sintonia com os dados de trabalhos realizados a nível de Brasil.⁶ Fica evidente que uma estratégia de medicina preventiva que ajude a melhorar os fatores de risco que atuam sobre uma maior prevalência de HAS, diabetes e síndrome metabólica seriam benéficas para um melhor escore de risco cardiovascular.¹¹

Com a realização dos dados do escore cardiovascular de uma população calculado, se torna mais acessível a realização de uma medicina preventiva mais focada na mudança de hábitos de vida deletérios e tratamento de

doenças de como HAS, diabetes e dislipidemias. Realizando na pratica uma medicina preventiva com análise de dados para tornar os custos gastos na saúde dessa população menores e a qualidade do serviço de saúde melhor. ^{2,8,11}

CONCLUSÃO

O Risco cardiovascular encontrado nesse estudo, demonstra como fatores de risco potencialmente modificáveis (dieta saudável, prática de exercícios, cessação do tabagismo) e que implicam em uma maior prevalência de diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, obesidade e síndrome metabólica. Fatores estes que acabam por impactar de maneira negativa no escore de risco cardiovascular e consequentemente na qualidade de vida da população.

Ao observar como os fatores de risco são mais elevados nos homens e como nos homens o risco cardiovascular é imensamente maior, se torna de fácil leitura como uma medicina preventiva poderia ser focalizada pelo sistema publico de saúde para melhorar a prevenção a doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Aumenta o número de mortes por doenças cardiovasculares no primeiro semestre de 2021 [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2021 Aug 05. Risco cardiovascular; Available from: <https://www.portal.cardiol.br/post/aumenta-o-n%C3%BAmero-de-mortes-por-doen%C3%A7as-cardiovasculares-no-primeiro-semester-de-2021>
- 2- Malachias, MVB et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2016, v. 107, n. 3 Suppl 3 [Acessado 28 Outubro 2021] , pp. 1-6. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20160151>>. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>..
- 3- Simão, AF et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2013, v. 101, n. 6 Suppl 2 [Acessado 28 Outubro 2021] , pp. 1-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>>. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>..
- 4- Ribeiro, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre e RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.1 pp.7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>.
- 5- Prática Clínica, aceleramos ciência e tecnologia [Internet]. Curitiba-PR: Grupo Prática Clínica; 2019 Dec 01 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>
- 6- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2005, v. 84, suppl 1, pp. 3-28. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>>. Epub 17 Out 2005. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>.
- 7- Malta, Deborah Carvalho and PINHEIRO, Pedro Cisalpino and TEIXEIRA, Renato Azeredo and MACHADO, Isis Eloah and SANTOS, Filipe Malta dos and RIBEIRO, Antônio Luiz Pinho. Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: Um Estudo de Base Populacional. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2021, vol. 116, n. 3, pp. 423-431. Available from: <<https://abccardiol.org/article/estimativas-do-risco-cardiovascular-em-dez-anos-na-populacao-brasileira-um-estudo-de-base-populacional/>>. ISSN 0066-782X.
- 8- Oliveira, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2020, v. 115, n. 3, pp. 308-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200812>>. Epub 28 Set 2020. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>.
- 9- Ferreira, Arthur Pate de Souza, Szwarcwald, Célia Landmann e Damacena, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira

de Epidemiologia [online]. 2019, v. 22, e190024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>>. Epub 01 Abr 2019. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>.

10- Malta, Deborah Carvalho et al. População com risco cardiovascular elevado em uso de medicamento e aconselhamento: a situação do Brasil em relação à meta mundial, 2014-2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 30, n. 2, e2020369, jun. 2021. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000200027&lng=pt&nrm=iso>. Epub 28-Maio-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000200016>.

11- Ciorlia, Luiz Alberto de Souza e Godoy, Moacir Fernandes de Fatores de risco cardiovascular e mortalidade: seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2005, v. 85, n. 1, pp. 20-25. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005001400005>>. Epub 29 Set 2005. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005001400005>.

APÊNDICES

Apêndice 1

Questionário Risco cardiovascular – ADULTO/IDOSO

Data: ___/___/___

1. Identificação, informações sociodemográficas e clínicas

Código paciente: _____ Sexo: _____

Data Nasc ___/___/___ Idade: _____

Questionário para coleta de dados (Adaptado SBC)

Pergunta 1- Presença de doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular, vascular periférica), com ou sem eventos clínicos ou obstrução $\geq 50\%$ em qualquer território arterial?

Sim () Não ()

Pergunta 2 – Portador de Diabetes Melito tipo 1 ou Tipo 2?

Sim () Não ()

Tempo diagnóstico?

Medicamento em uso? Qual?

Pergunta 3 – Portadores de aterosclerose na forma subclínica documentada por metodologia diagnóstica:

- Ultrassonografia de carótidas com presença de placa;

-índice tornozelo-braquial (ITB) $< 0,9$;

-Escore de cálcio coronário (CAC) > 100 ou a presença de placas ateroscleróticas na angiotomografia de coronárias (angioCT)

OU

Aneurisma de aorta abdominal

OU

Doença renal crônica definida por taxa de filtração glomerular < 60 mL/min, e em fase não-dialítica

OU

LDL-c \geq 190 mg/dL

Pergunta 4 – PAS (pressão arterial) Valor:

Pergunta 5 – PAS tratada:

Qual medicamento em uso?

Pergunta 6 – Fumante Sim() Não ()

Quantidade dia? Tempo em anos?

Pergunta 7 – Toma estatina Sim() não()

Pergunta 8 – HDL-C Valor ()

ANEXOS

Anexo 1

A Revista escolhida é a revista brasileira de medicina de família e comunidade

Site: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/index>

Regras de publicação da revista

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da EQUATOR Network (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre Ética em pesquisa e Dados abertos e reprodutibilidade.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “Declarações”, contendo:

Colaboradores: Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

Conflitos de interesse: Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.

Agradecimentos: Outros agradecimentos devidos.

O manuscrito propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.

Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da National Library of Medicine (EUA). O digital object identifier (DOI; exemplo: "[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de uniform resource locator) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.