



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

DANIELA OLIVEIRA BORGES

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Brasília

2022

DANIELA OLIVEIRA BORGES

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Morato Stival

Brasília

2022

DANIELA OLIVEIRA BORGES

**ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação:

Profa. Dra Marina Morato Stival
(Orientadora)

Profa. Dra. Silvana Schwerz Funghetto
(membro efetivo)

Prof. Msc. Mateus Medeiros Leite
(membro efetivo)

Profa. Dra. Cris Renata Grou Volpe
(membro suplente)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Deus por ter me dado força para superar todos obstáculos em mais uma etapa da minha vida concluída.

Aos meus pais Lúgia e Domarques, agradeço imensamente por nunca medirem esforços para me ajudar e pelo amor incondicional que vocês tem por mim. Saibam que é totalmente recíproco.

À minha irmã Giovana, que hoje também entra para a área da saúde, que eu possa de alguma forma te servir de inspiração, nunca esqueça que em sua caminhada você sempre terá meu total apoio.

Agradeço de coração à família Salles, por terem me dado todo o suporte que eu precisava em todos esses anos de graduação, vocês foram meu porto seguro.

Aos meus colegas não apenas de enfermagem, mas também os de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, saúde coletiva, medicina, biomedicina, farmácia e colegas de tantos outros cursos da área da saúde que passaram pela minha vida, obrigada por me ensinarem o quanto a multiprofissionalidade é importante para um cuidado holístico.

Um agradecimento especial à Bruna Araújo e Aryanne Faustino que desde 2016 são os maiores presentes que a Universidade de Brasília me proporcionou.

A todos os funcionários da empresa Energia, no qual fui estagiária, que confiaram em mim como profissional e que me permitiram desenvolver autonomia e confiança, nunca vou esquecer do que aprendi com vocês. Principalmente, nunca esquecerei do meu aprendizado com minha supervisora Francilene Moreira.

Aos meus professores da Faculdade de Ceilândia (FCE) obrigada por todas as lições, cada parte de mim que se torna enfermeira é reflexo de seus ensinamentos.

Agradeço imensamente à Marina Morato, que foi a primeira docente com quem tive aula na UnB e que logo me identifiquei e me inspirei, me levando à profissional que me torno hoje.

Para fechar com chave de ouro, sou imensamente grata pela Tayná Salles Fernandes em ter sido a maior rede de apoio que tive não apenas durante a graduação, mas durante a minha vida, sem você eu não teria alcançado nem metade de minhas conquistas. E esse é apenas o início.

BORGES, D. O. **ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 2022. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2022.

RESUMO

Introdução: o envelhecimento populacional tem interferido no perfil de morbidade, com um maior aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, principal causa de morte no mundo. Para determinar o risco cardiovascular (RCV) é proposto o escore de risco global (ERG) de *Framingham* que permite identificar o risco nos próximos dez anos. **Objetivo:** realizar a estratificação do RCV de idosos atendidos na atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com 289 idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu na própria UBS, mediante a realização de exames bioquímicos (glicemia, HbA1c, colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL) e aplicação de um questionário com variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. Foram analisadas as variáveis antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) e o percentual de gordura corporal. Para determinar o RCV, utilizou-se o ERG de Framingham e os idosos foram classificados em baixo RCV, moderado RCV e elevado RCV. A análise estatística foi realizada no SPSS 25.0. **Resultados:** A maioria dos idosos (43,6%) foi classificada com moderado risco cardiovascular. A média de idade dos idosos foi $66,2 \pm 4,2$ anos e naqueles de 60 a 65 anos houve maior prevalência de baixo RCV (23,9%) e no grupo de 66 a 70 anos prevaleceu o alto RCV (45,0%). A maioria da amostra era do sexo feminino, sedentária, tinha DM e HAS, com excesso de gordura corporal e demonstrou parâmetros bioquímicos alterados. O sexo masculino (OR=5,79), baixa renda (OR=2,00), estado civil casado (OR=2,08), tabagismo (OR=4,33), dificuldade para dormir (OR=1,94), DM (OR=8,38), cintura aumentada (OR=2,89), triglicerídeos (OR=1,82), colesterol (OR=1,91), glicemia (OR=3,21), hemoglobina glicada (OR=2,53) e HDL (OR=1,84) aumentaram o risco cardiovascular em idosos. **Conclusão:** observou-se elevada prevalência de excesso de peso e elevada prevalência de RC nos idosos. O DM e tabagismo foram as variáveis com maior OR de aumentar o RCV. Assim, o enfermeiro pode se tornar um agente indispensável para a tomada de decisões na atenção primária em relação à orientação e medidas de prevenção do RCV, com vistas à melhoria dos hábitos de vida dos idosos.

Palavras-chave: Fatores de Risco de Doenças Cardíacas; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Cardiovascular.

BORGES, D. O. **CARDIOVASCULAR RISK STRATIFICATION IN THE ELDERLY CARE IN PRIMARY HEALTH CARE.** 2022. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has interfered in the profile of morbid diseases, with a greater number of non-communicable chronic diseases, such as cardiovascular diseases, the main cause of death in the world. To determine the cardiovascular risk (CVR), the Framingham global risk score (ERG) is proposed, which allows identifying the risk in the next ten years. **Objective:** to carry out the stratification of the CVR of the elderly assisted in primary health care. Method: a cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 289 elderly people from a Basic Health Unit (BHU) in the Federal District. Data collection collected at the UBS itself, through biochemical tests, HbA1c (total cholesterol, LDL and HDL) and application of a pattern with sociodemographic, clinical and lifestyle variables. They are the anthropometric variables (weight, height, and waist thickness) and body fat percentage. To determine the CVR, use the Framingham ERG and the items classified as low CVR, moderate CVR and high CVR. A statistical analysis was performed on SPSS 25.0. **Results:** Most elderly (43.6%) were classified as having moderate cardiovascular risk. The mean age of the elderly was 66.2 ± 4.2 years and from 60 to 65 years old there was a higher prevalence of low CVR (23.9%) and no group from 66 to 70 years old prevailed or high CVR (45.0 %). Most samples from the female, sedentary age had DM and SAH, with excess body fat and altered biochemical parameters. Male sex (OR=5.79), low income (OR=2.00), married marital status (OR=2.08), smoking (OR=4.33), difficulty sleeping (OR=1.94)), DM (OR=8.38), increased waistline (OR=2.89), triglycerides (OR=1.82), cholesterol (OR=1.91), blood glucose (OR=3.21), hemoglobin glycosylated (OR=23) and HDL=1,84,5) OR cardiovascular risk in the elderly. **Conclusion:** there was a prevalence of overweight and a prevalence of CR in the elderly. DM and smoking were variables with the highest OR of increasing CVR. Thus, the nurse can become an indispensable agent for decision-making in primary care in relation to guidance and measures to prevent CVD, with a view to improving the life habits of the elderly.

Keywords: Heart Disease Risk Factors; Aged; Primary Health Care; Cardiovascular Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
MÉTODOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética	22
Anexo 2 - Normas da Revista Enfermagem Atual	25

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CARDIOVASCULAR RISK STRATIFICATION IN THE ELDERLY CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ATENCIÓN DEL ANCIANO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tem interferido no perfil de morbidade, com um maior aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, principal causa de morte no mundo. Para determinar o risco cardiovascular (RCV), é proposto o escore de risco global (ERG) de *Framingham* que permite identificar o risco nos próximos dez anos. **Objetivo:** Realizar a estratificação do RCV de idosos atendidos na atenção primária à saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com 289 idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Avaliaram-se hábitos de vida, exames bioquímicos, antropometria e classificação do ERG em baixo, moderado e elevado risco cardiovascular. **Resultados:** A maioria dos idosos (43,6%) foi classificada com moderado risco cardiovascular. O sexo masculino, baixa renda, estado civil casado, tabagismo, dificuldade para dormir, diabetes mellitus, cintura aumentada, triglicédeos, colesterol, glicemia, hemoglobina glicada e HDL aumentaram o risco cardiovascular em idosos. **Conclusões:** O enfermeiro na atenção primária mostra-se um agente relevante com relação à mudança de fatores modificáveis que aumentam o risco cardiovascular em idosos.

Palavras-chave: Fatores de Risco de Doenças Cardíacas; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Cardiovascular.

INTRODUÇÃO

A partir de 1950, percebe-se uma mudança nas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade do Brasil. A população, que antes era majoritariamente mais jovem, agora possui em sua maioria pessoas com 60 anos ou mais de idade, caracterizando uma mudança na estrutura etária do país.¹ Com isso, o envelhecimento populacional consequentemente interfere na formação de novas políticas públicas de saúde e no perfil de morbidade da população, com uma maior prevalência e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como por exemplo, as doenças cardiovasculares (DCV).

As DCV são a principal causa de morte no mundo. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o número de mortes por DCV, no ano de 2000, era de mais de 2 milhões de pessoas e saltou para quase 9 milhões em 2019. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) reitera que no país são mais de 1100 mortes por DCV por dia, sendo 1 morte a cada 90

segundos, afirmando ainda que as DCV podem ocasionar cerca de 400 mil mortes brasileiras até o final do ano de 2021.²

Um estudo longitudinal realizado com idosos no estado de São Paulo, mostrou que a prevalência de DCV chegou a 22,9%.² Em outro estudo de base populacional envolvendo 7.113 idosos, de maioria do sexo feminino (67,6%) residentes da Zona da Mata em Minas Gerais, identificou-se que a prevalência de insuficiência cardíaca foi de 7,9%, porém os hábitos de vida da população estudada demonstraram que 69,6% eram sedentários, 11,1% fumavam tabaco e 2,7% eram etilistas.³

Os fatores de risco para DCV podem ser divididos em não modificáveis, como idade, etnia e história familiar de doença cardiovascular, ou em modificáveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia e o tabagismo.⁴ Há ainda evidências sobre a relação entre a síndrome metabólica (SM) em idosos hipertensos com o aumento do risco cardiovascular (RCV), além de mostrar que o sexo feminino, idade avançada e outros fatores influenciaram de forma negativa o RCV dos idosos.⁵

Para determinar o RCV, foram propostos escores de risco e algoritmos baseados em análises de regressão de estudos populacionais. O escore de risco global (ERG) de *Framingham* tem se mostrado o estimador mais utilizado na prática clínica, pois permite melhor estabelecimento de condutas terapêuticas.⁶ Demonstrou-se, ainda, ser uma ferramenta de fácil aplicação, pois o escore de *Framingham* permite identificar o RCV nos próximos dez anos por meio da identificação de fatores de risco como: sexo e faixa etária, valor da pressão arterial sistólica, colesterol total, da fração HDL do colesterol, do diagnóstico de DM e do conhecimento sobre hábito tabágico.⁷

Estudos realizados em idosos no Brasil em que se utilizaram o Escore de Risco de *Framingham* (ERF) mostraram uma maior vulnerabilidade para RCV em mulheres, com prevalência de obesidade abdominal, HAS, excesso de peso e hipercolesterolemia.^{11,12} Nesse sentido, o alto RCV em idosos tem um impacto negativo na qualidade de vida, gerando maior morbidades, incapacidades parciais ou definitivas no indivíduo, além de refletir no custo das internações hospitalares no país.² Por isso, mensurar o RCV por meio do ERF na população tem se mostrado uma estratégia fundamental de avaliação para elaborar planejamentos de prevenção para DCV, visando o cuidado integral da saúde do idoso e promoção da saúde.

Dessa forma, considerando a relevância de como as DCV afetam a elaboração de políticas públicas em saúde, e como acarretam prejuízos na saúde e qualidade de vida da população idosa, o presente trabalho objetivou realizar uma estratificação do risco cardiovascular de idosos atendidos na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF), entre julho e setembro de 2019. A amostragem foi por conveniência e composta por indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade maior ou igual a 60 anos, ambos os sexos, cadastrados e acompanhados na UBS. Adotaram-se os critérios de exclusão: idosos que apresentavam déficit cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e não conseguiam responder as perguntas e aqueles que apresentavam debilidade clínica grave, com condições que impediam a realização do exame de avaliação de composição corporal.

A coleta de dados ocorreu inicialmente na UBS, na qual os idosos receberam orientações para comparecer em jejum para coleta de sangue. Os exames bioquímicos realizados foram: glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total, triglicerídeos, lipoproteína de baixa densidade (*Low Density Lipoprotein* - LDL), lipoproteína de alta densidade (*High Density Lipoprotein* - HDL), que foram classificados de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BARROSO et al., 2020). Após a coleta de sangue, os idosos responderam um questionário com perguntas relacionadas às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil e aposentadoria), hábitos de vida autorreferidos (sedentarismo, tabagismo, etilismo, dificuldade para dormir) e clínica (HAS e DM). Para verificação da pressão arterial (PA) adotou-se todas as exigências técnicas para obtenção da PA por método indireto, com a utilização de um estetoscópio e um esfigmomanômetro aneroide, de acordo com as especificações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.¹³ Ao final, o idoso foi agendado para comparecer ao laboratório da universidade para realização da antropometria e composição corporal.

No segundo momento, realizado na universidade, realizaram-se medidas antropométricas como circunferência da cintura (CC), peso e estatura, para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Todas as mensurações foram realizadas pelo mesmo examinador para reduzir o risco de viés. Foram utilizadas fita métrica inelástica (Sanny, com 200cm, divisão de 1 mm), balança portátil, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 100g (Plenna®) e estadiômetro portátil Sanny®, com altura máxima de 2,05m. Por fim, o idoso foi submetido ao exame de avaliação da composição corporal para determinação do percentual de gordura corporal (PGC) por meio do exame de absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA). Ao final da pesquisa, todos os idosos receberam os resultados dos exames realizados.

Para análise do RCV dos idosos utilizou-se o ERF, no qual cada variável apresentou valores que possuem pontuações específicas, sendo positivas ou negativas. A pontuação total do escore considera as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, DM, HDL, LDL, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). O escore obtido corresponde a um percentual de

probabilidade de ocorrência de DAC nos próximos 10 anos. Os idosos foram classificados nas seguintes categorias: baixo RCV < 10%; moderado RCV entre 10 e 20%; e elevado RCV > 20% de ter um evento cardiovascular nos próximos dez anos.¹⁴

A análise estatística foi realizada no SPSS 25.0. As variáveis foram categorizadas e apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. As análises de associação foram realizadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. O *odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para estimar o RCV entre os grupos. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) com parecer número 1.355.211/2015 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 289 idosos avaliados, a maioria (43,6%) foi classificada com moderado risco cardiovascular (RCV), seguido de 39,1% com alto risco e 17,3% baixo risco. Do total, 73,0% eram do sexo feminino, sendo que a maioria das mulheres foram classificadas com moderado RCV e a maioria dos homens com alto RCV ($p < 0,001$) (Figura 1).

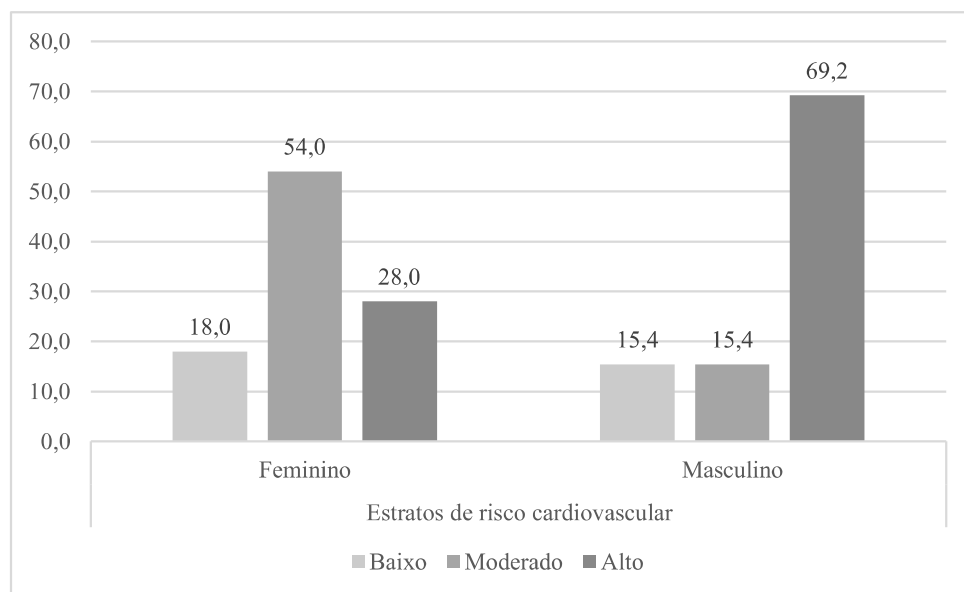


Figura 1 – Estratos de risco cardiovascular de acordo com o sexo dos idosos. Brasília, 2022.

A média de idade dos idosos foi $66,2 \pm 4,2$ anos, prevalecendo o moderado RCV em todos os grupos etários, porém naqueles de 60 a 65 anos houve maior prevalência de baixo RCV (23,9%). Ainda, o alto RCV foi observado em maior número no grupo de 66 a 70 anos (45,0%) seguido de 71 a 75 anos (36,4%) (Figura 2).

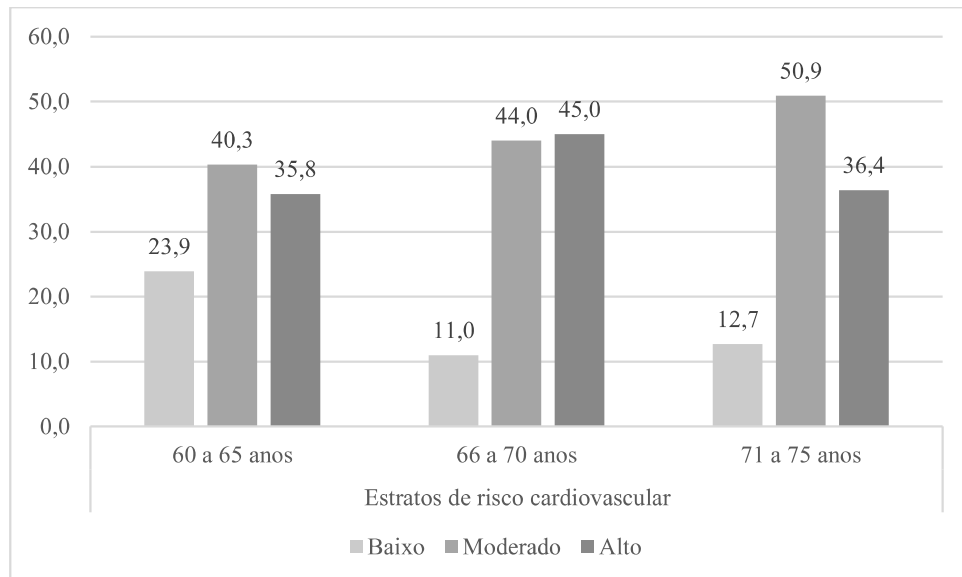


Figura 2 – Estratos de risco cardiovascular de acordo com os grupos etários dos idosos. Brasília, 2022.

A maioria dos idosos tinha ensino fundamental, aposentados, com renda menor de um salário mínimo (SM) e era casado. Nos hábitos de vida, a maioria era sedentária, 8,3% eram etilistas, 7,3% tabagistas e 47,1% referiram dificuldades para dormir. Em relação às comorbidades, a maioria tinha DM (71,3%) e HAS (81,0%). Na análise do RCV, observou-se que uma maior prevalência de moderado RCV naqueles com renda \leq 1SM ($p=0,013$) e de alto RCV nos idosos casados ($p<0,001$). O tabagismo associou-se à uma maior prevalência de alto RCV ($p=0,004$), assim como o relato de dificuldade para dormir naqueles com moderado RCV ($p=0,020$) e a presença do DM esteve presente nos idosos com alto RCV ($p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, clínicas e hábitos de vida dos idosos de acordo com o risco cardiovascular (RCV) dos idosos. Brasília, 2022.

		Total	RCV						Valor p
			baixo		moderado		alto		
		n (%)	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade	analfabeto	33 (11,4)	8	16,0%	13	10,3%	12	10,6%	0,621
	ensino fundamental	178 (61,6)	26	52,0%	81	64,3%	71	62,8%	
	ensino médio	78 (27,0)	16	32,0%	32	25,4%	30	26,5%	
Aposentado	não	92 (31,8)	12	24,0%	38	30,2%	42	37,2%	0,217
	sim	197 (68,2)	38	76,0%	88	69,8%	71	62,8%	
Renda	\leq 1SM	151 (52,2)	24	48,0%	78	61,9%	49	43,4%	0,013
	$>$ 1 SM	138 (47,8)	26	52,0%	48	38,1%	64	56,6%	
Estado civil	solt/div/viúvo	120 (41,5)	16	32,0%	69	54,8%	35	31,0%	<0,001
	casado	169 (58,5)	34	68,0%	57	45,2%	78	69,0%	
Etilista	não	265 (91,7)	47	94,0%	118	93,7%	100	88,5%	0,286
	sim	24 (8,3)	3	6,0%	8	6,3%	13	11,5%	
Sedentarismo	não	112 (38,8)	14	28,0%	46	36,5%	52	46,0%	0,074

Tabagismo	sim	177 (61,2)	36	72,0%	80	63,5%	61	54,0%	
	não	268 (92,7)	50	100,0%	120	95,2%	98	86,7%	0,004
Sono	sim	21 (7,3)	0	0,0%	6	4,8%	15	13,3%	
	normal	153 (52,9)	29	58,0%	55	43,7%	69	61,1%	0,020
DM	dificuldade para dormir	136 (47,1)	21	42,0%	71	56,3%	44	38,9%	
	não	83 (28,7)	34	68,0%	40	31,7%	9	8,0%	<0,001
HAS	sim	206 (71,3)	16	32,0%	86	68,3%	104	92,0%	
	não	55 (19,0)	14	28,0%	22	17,5%	19	16,8%	0,205
	sim	234 (81,0)	36	72,0%	104	82,5%	94	83,2%	

A maioria dos idosos apresentou excesso de gordura corporal, tanto pelo IMC (69,6%) como pelo PGC (83,7%) e CC (66,8%). Na análise bioquímica, a maioria da amostra demonstrou triglicerídeos, HDL e LDL nos parâmetros normais, entretanto apresentaram valores alterados de colesterol total, glicemia e HbA1c. Em relação ao RCV, observou-se que idosos com CC aumentada tiveram maior prevalência de moderado RCV do que aqueles com CC normal ($p < 0,001$). Em adição, idosos com valores elevados de triglicerídeos ($p = 0,040$), colesterol ($p < 0,001$), glicemia ($p < 0,001$) e HbA1c ($p < 0,001$) demonstraram maior prevalência de alto RCV. Por outro lado, aqueles com baixo HDL apresentaram alto RCV ($p = 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características corporais e bioquímicas dos idosos de acordo com o risco cardiovascular (RCV) dos idosos. Brasília, 2022.

		Total n (%)	RCV						Valor p
			baixo		moderado		alto		
			n	%	n	%	n	%	
IMC	< 27 kg/m ²	88 (30,4)	17	34,0%	38	30,2%	33	29,2%	0,825
	≥ 27 kg/m ²	201 (69,6)	33	66,0%	88	69,8%	80	70,8%	
PGC	normal	47 (16,3)	5	10,0%	17	13,5%	25	22,1%	0,082
	elevado	242 (83,7)	45	90,0%	109	86,5%	88	77,9%	
CC	normal	96 (33,2)	25	50,0%	26	20,6%	45	39,8%	<0,001
	aumentada	193 (66,8)	25	50,0%	100	79,4%	68	60,2%	
Triglicerídeos	< 150 mg/dl	164 (56,7)	33	66,0%	77	61,1%	54	47,8%	0,040
	≥ 150 mg/dl	125 (43,3)	17	34,0%	49	38,9%	59	52,2%	
Colesterol	< 190 mg/dl	122 (42,2)	33	66,0%	52	41,3%	37	32,7%	<0,001
	≥ 190 mg/dl	167 (57,8)	17	34,0%	74	58,7%	76	67,3%	
HDL	♂ ≥ 40 mg/dl; ♀ ≥ 50 mg/dl	179 (61,9)	42	84,0%	77	61,1%	60	53,1%	0,001
	♂ < 40 mg/dl; ♀ < 50 mg/dl	110 (38,1)	8	16,0%	49	38,9%	53	46,9%	
LDL	< 130 mg/dl	196 (67,8)	39	78,0%	88	69,8%	69	61,1%	0,083
	≥ 130 mg/dl	93 (32,2)	11	22,0%	38	30,2%	44	38,9%	
Glicemia	< 100 mg/dl	109 (37,7)	31	62,0%	53	42,1%	25	22,1%	<0,001
	≥ 100 mg/dl	180 (62,3)	19	38,0%	73	57,9%	88	77,9%	
HbA1c	< 6,5%	170 (58,8)	38	76,0%	81	64,3%	51	45,1%	<0,001
	≥ 6,5%	119 (41,2)	12	24,0%	45	35,7%	62	54,9%	

Por fim, o estudo identificou que as variáveis demográficas: sexo masculino, renda \leq 1SM e estado civil casado foram associadas ao RCV, sendo que observou-se nos homens um risco 5,79 vezes maior de apresentarem alto RCV e nos casados este risco aumenta 2,08 vezes. Já a baixa renda aumenta em 2,00 vezes o moderado RCV. Verificou-se nos tabagistas um risco 4,33 vezes maior de apresentarem alto RCV e naqueles com dificuldade para dormir o risco de 1,94 vezes de moderado RCV. Demonstrou-se que a presença do DM aumentou o risco em 8,38 vezes do idoso apresentar alto RCV (Tabela 3).

A CC aumentada aumentou em 2,89 vezes o moderado RCV e as variáveis bioquímicas alteradas aumentaram o risco do idoso apresentar alto RCV, como o triglicerídeos em 1,82 vezes, o colesterol em 1,91 vezes, a glicemia em 3,21 vezes e a HbA1c em 2,53 vezes. Por fim, baixos níveis de HDL aumentaram o risco em 1,84 vezes do idoso ter um alto RCV (Tabela 3).

Tabela 3 – *Odds ratio* e intervalo de confiança (95%) das variáveis dos idosos de acordo com o risco cardiovascular (RCV) dos idosos. Brasília, 2022.

	RCV		
	baixo	moderado	alto
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo masculino	0,82 (0,40-1,68)	0,15 (0,07-0,30)	5,79 (3,28-10,22)
Renda \leq 1SM	0,81 (0,44-1,49)	2,00 (1,24-3,21)	0,55 (0,34-0,89)
Estado civil casado	1,63 (0,85-3,12)	0,37 (0,23-0,60)	2,08 (1,26-3,41)
Tabagismo	0,001 (0,00-0,006)	0,49 (0,18-1,31)	4,33 (1,62-11,54)
Dificuldade para dormir	0,78 (0,42-1,44)	1,94 (1,21-3,11)	0,58 (0,36-0,94)
DM	0,12 (0,06-0,23)	0,77 (0,46-1,28)	8,38 (3,98-17,63)
CC aumentada	0,42 (0,22-0,78)	2,89 (1,70-4,92)	0,61 (0,37-1,01)
Triglicerídeos \geq 150 mg/dl	0,62 (0,33-1,18)	0,72 (0,45-1,16)	1,82 (1,12-2,93)
Colesterol \geq 190 mg/dl	0,47 (0,25-0,88)	1,07 (0,66-1,71)	1,91 (1,17-3,13)
HDL ♂ $<$ 40 mg/dl; ♀ $<$ 50 mg/dl	0,25 (0,11-0,56)	1,06 (0,65-1,71)	1,84 (1,13-2,99)
Glicemia \geq 100 mg/dl	0,29 (0,15-0,55)	0,72 (0,44-1,16)	3,21 (1,88-5,48)
HbA1c \geq 6,5	0,38 (0,19 - 0,78)	0,89 (0,56-1,42)	2,53 (1,55 - 4,12)

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou elevada prevalência de sobrepeso e RCV moderado e alto na população avaliada. A obesidade central representa uma relevante questão no cenário da saúde que pode estar associada, mesmo que em parte, à transição nutricional bem como às transformações demográficas e epidemiológicas.¹⁸ Desta maneira, avaliar o excesso de gordura corporal, é um indicador significativo para detecção de RCV. Um estudo realizado com idosos quilombolas na Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona rural do Piauí mostrou que um dos fatores mais frequentes de RCV foi o acúmulo de gordura abdominal presente em 54,8% da amostra, reiterando que a prevalência de obesidade tem um percentual superior entre as mulheres¹⁸, reforçado também pelo

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa do Ministério da Saúde (MS) de 2008 ao afirmar que o acúmulo de gordura abdominal em pessoas do sexo feminino está relacionado com a mudança no metabolismo, que acompanha o climatério e ocorre devido a redução da lipase lipoprotéica, responsável, juntamente com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Há, portanto, uma tendência ao depósito de gordura perivisceral, com o desenvolvimento de um padrão andróide (abdominal) de distribuição de gordura. Nota-se desta forma, que o sobrepeso contribui para o surgimento de complicações, principalmente cardiovasculares e a mudança de hábitos de vida tem se mostrado a melhor estratégia para evitar essas problemáticas.

Nesse sentido, a atividade física vem sendo preconizada como uma grande aliada dos idosos para enfrentar o envelhecimento nos contextos físico, psicológico e social.¹⁶ Porém, mesmo que a atividade física tenha se mostrado uma alternativa eficiente para prevenção e redução de RCV, foi identificado que mais da metade dos idosos desta amostra era sedentária. Mediante isso, o sedentarismo tem sido apontado pela literatura como um obstáculo para maior indicativo de qualidade de vida. Um estudo realizado em Maringá-PR apontou que os idosos enfrentam barreiras relacionadas à prática de atividade física, tais como: falta de clima adequado, falta de espaço disponível, falta de equipamento, tarefas domésticas, falta de companhia, mau humor, medo de lesionar-se, limitações físicas, dores leves ou mal-estar, falta de energia, falta de habilidades físicas, falta de conhecimento sobre atividade física, ambiente inseguro e falta de interesse.¹⁷ Infere-se que esses fatores também podem ser atribuídos à amostra do presente estudo.

Apesar dessas barreiras enfrentadas pelos idosos, a forma mais indicada para prevenção das DCV é a mudança dos fatores modificáveis. Por isso, faz-se necessário que um profissional capacitado realize orientações para a população idosa com relação aos fatores de RCV com o objetivo de promover a proteção e promoção da saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Vale destacar que a APS é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o melhor local para prevenir agravos, promover saúde e desenvolver uma atenção em saúde holística a pessoa, família e comunidade, antes que ocorra um agravo do indivíduo para a atenção terciária. Desta forma, o profissional enfermeiro inserido na APS é habilitado para participar de todos esses processos assim como orientar adequadamente o paciente em como alterar hábitos de risco para DCV. A literatura aponta que é cada vez mais comum o enfermeiro ser considerado pelos pacientes o profissional mais “acessível”, expressando maior confiabilidade, compartilhando assim, seus problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Dessa maneira, a enfermagem tem participado ativamente, no primeiro momento podendo identificar a complexidade de cada indivíduo e suas particularidades, garantindo a qualidade da atenção.²⁰

A presente investigação também identificou o tabagismo como um fator favorável ao aumento do RCV. Sabe-se que o consumo de cigarro contribui para maior aparecimento de patologias crônicas e complicações metabólicas no indivíduo. Um estudo realizado em idosos em São Paulo mostrou que o tabagismo tende a ocorrer na concomitância de outros comportamentos não saudáveis, como inatividade física, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de gorduras saturadas de origem animal, elevando ainda mais a probabilidade do indivíduo desenvolver doenças crônicas.¹⁵

O presente estudo identificou que ser do sexo masculino aumentou significativamente o RCV. Um estudo apontou que a população masculina se destaca por adotar hábitos pouco saudáveis, como o tabagismo, dietas com baixo consumo de frutas e hortaliças, maior consumo de refrigerantes, de alimentos ultraprocessados, acentuado consumo de bebidas alcoólicas, além de prevalecer o excesso de peso. Ressalta-se ainda que esses hábitos contribuem para a elevação da morbimortalidade dos homens e a implementação de ações de saúde para a população masculina tem se mostrado um desafio, pois é uma população que pouco procura os serviços de saúde e ainda existe o estereótipo estabelecido pela sociedade de que são seres fortes e invulneráveis.²² Por outro lado, a maioria das literaturas apontam que as mulheres possuem RCV maior do que os homens.^{5,8,12}

Outro fator de RCV encontrado neste estudo foi relacionado à baixa renda, corroborando assim com outros estudos que demonstraram que a baixa renda dos idosos é um fator que compromete na prevenção, orientações em saúde e até mesmo, na mudança de hábitos de vida.^{18,23} A maioria dos idosos deste estudo é casada e essa variável foi associada ao RCV. Em contrapartida, estudos apontam que ser casado tem maior probabilidade de adesão ao tratamento das DCV, sendo por isso, considerado um fator de proteção pelo fato do cônjuge ser o principal apoio, companhia e estímulo para atividades diárias.^{18,24}

Destaca-se que a presença do DM foi a variável com maior OR no presente estudo. A relação entre DM e RCV está bem estabelecida e confirmada por estes resultados. Tal associação também pôde ser observada em outros estudos que afirmam que há uma forte correlação com o DM e os fatores de risco para DCV, podendo o DM aumentar o RCV em 2 a 4 vezes no indivíduo.^{25,26} Além disso, a maioria dos pacientes diabéticos morre de aterosclerose e doenças de pequenos vasos devido à alta ingestão de carboidratos.²⁶ Salienta-se assim, que o DM tem potencial para causar complicações agudas e crônicas, ocasionando ameaça à vida da população idosa e podendo causar invalidez ou morte e com isso, a enfermagem deve estar atenta para intervir e prevenir de forma precoce nesta população.

Um dos aliados para a prevenção e intervenção da enfermagem na APS são os exames bioquímicos. No caso deste estudo, a maioria dos idosos apresentou valores alterados de colesterol total, glicemia e HbA1c. Essas variáveis estão diretamente relacionadas às DCV. Com relação às

variáveis de dislipidemias, o colesterol é um forte fator de risco para mortalidade por DCV, que é potencializada pelo DM.²⁵ Além disso, outro estudo evidenciou que indivíduos com colesterol alto são mais propensos a apresentarem DCV, principalmente devido ao mecanismo da hiperlipidemia, por meio da alteração dos vasos sanguíneos com a precipitação de lipídios na camada íntima vascular, formando placas.²⁶

É importante ressaltar que para prevenção de DCV é necessário que ocorram alterações nos hábitos do indivíduo. Por isso, um estudo realizado em idosos, que desenvolveu um protocolo de exercícios físicos, demonstrou que a prática de atividade física associada ao acompanhamento nutricional é uma alternativa viável e eficaz para a redução do RCV nos próximos dez anos da população idosa, além de reduzir valores médios de colesterol total.¹⁶ Por meio desses achados pode-se inferir que o enfermeiro na APS se torna um agente indispensável para tomada de iniciativas na família e comunidade com relação à orientação e medidas de prevenção das DCV por meio de mudanças dos fatores modificáveis no idoso.²⁰

As limitações do presente estudo estão relacionadas ao seu delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causa e efeito, bem como a utilização de variáveis autorreferidas pelos idosos, que podem sofrer influências. Recomenda-se, portanto, que estudos futuros utilizem instrumentos validados para mensuração do nível de atividade física do idoso.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou uma elevada prevalência de RCV nos idosos do sexo masculino devido hábitos inadequados e comportamentos de risco. A estratificação do risco cardiovascular realizada revelou elevada prevalência de sobrepeso e o tabagismo como fatores favoráveis para o aumento de RCV nos idosos. A presença de DM também foi um fator que colaborou para o aumento do RCV. A maioria dos idosos apresentou valores alterados de colesterol total, glicemia e HbA1c, variáveis essas que estão diretamente relacionadas às DCV.

Com isso, o enfermeiro na APS mostra-se um agente relevante para a tomada de iniciativas na prevenção e promoção da saúde do idoso com relação à mudança de fatores modificáveis na família e comunidade. Salienta-se ainda, a necessidade da realização de mais estudos e análises sobre a estratificação de RCV em idosos na APS e possíveis saídas para a diminuição da incidência e prevalência das DCV na população. Espera-se ainda que os resultados deste estudo ampliem o conhecimento sobre o tema em questão e, assim, colaborem para promover a melhoria na qualidade de vida na população idosa.

REFERÊNCIAS

- ¹ Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2012;4:539-548. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.
- ² Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019;(24)1: 105-114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.
- ³ Fochat RC, Polonini HC, Barbosa SEM, Chicourel EL, Raposo NRB. Prevalências de doenças de grande impacto na saúde pública em idosos frágeis residentes na Zona da Mata Mineira-Brasil: um estudo de base populacional. *Rev APS*. 2016.
- ⁴ Bensenor IM, Goulart AC, Santos IS, Lotufo PA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular no mundo e no Brasil. *Rev Soc Cardiol*, 2019;29(1):18-24.
- ⁵ Costa MVG et al. Risco cardiovascular aumentado e o papel da síndrome metabólica em idosos hipertensos. *Escola Anna Nery* [online]. 2021;25(1):e20200055. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0055>.
- ⁶ Précoma DB et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2019;113(4):787-891. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-prevencao-cardiovascular-da-sociedadebrasileira-de-cardiologia-2019/>.
- ⁷ Lotufo PAO. Escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista de Medicina*, 2008;87(4):232-237. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59084>.
- ⁸ Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 10 dez 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
- ⁹ Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). *Cardiômetro: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil*. 2021. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/>.

- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e manuais técnicos); (Cadernos de atenção básica; nº 19).
- ¹¹ Rodrigues VR, Rodrigues FAF, Rolim JC, Sousa MNA, Freitas TD, Rolim LADM. Estratificação do risco cardiovascular em idosos portadores de síndrome metabólica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020;12(12): e4596. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4596.2020>
- ¹² Soar C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2015;18(2):385-395. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14072>
- ¹³ Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM. Brazilian guidelines of hypertension - 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2021;116(3):516-658. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>
- ¹⁴ Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019; [online].ahead print, PP.0-0. Disponível em: [aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf \(cardiol.br\)](aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf (cardiol.br))
- ¹⁵ Zaitune MPA et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública*, 2012;28(3):583-596. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018> .
- ¹⁶ Cassiano AN et al. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020;25(6):2203-2212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018> .
- ¹⁷ Oliveira DV, Pivetta NRS, Nascimento MA, Freire GLM, Bertolini SMMG, Nascimento Júnior J RA. As barreiras para a prática de atividade física estão associadas ao indicativo de sarcopenia de idosos?. *Revista De Ciências Médicas E Biológicas*, 2020;19(1): 11–16. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v1i1.33338>

- ¹⁸ Silva PG et al. Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola. *Revista Enfermagem UERJ*, 2020;28:e44773. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44773/35060>> .
- ¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa [Internet]. Brasília; 2008 [Acess 2022 Fev 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
- ²⁰ Nascimento BES, Silva LF, Sousa MCN, Álvares ACM. Conduta de enfermagem ao portador de doença cardiovascular e diabetes na atenção básica. *Rev Inic Cient Ext*, 2018;1(Esp 5):439-42. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/116>
- ²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- ²² Marcon SS et al. Intervenção educativa no local de trabalho: promoção da saúde e prevenção cardiovascular com homens metalúrgicos. *Rev. baiana enferm.*, 2021;35:e38619. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502021000100310&lng=pt&nrm=iso>.
- ²³ Pelazza BB et al. Mensuração dos níveis pressóricos de idosos hipertensos em um programa de referência da atenção primária. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2018;12(2):364-370. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25066>>
- ²⁴ Diniz MA, Tavares DMS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto - Enfermagem [online]*, 2013;22(4):885-892. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400003>
- ²⁵ Bertoluci MC, Rocha VZ. Cardiovascular risk assessment in patients with diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 2017;20(9):25. Disponível em: 10.1186/s13098-017-0225-1.

²⁶ Zhang L, Yang H, Yang P. The Correlation between Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease Risk Factors in the Elderly. *Appl Bionics Biomech.* 2022;22:4154426. Disponível em: [10.1155/2022/4154426](https://doi.org/10.1155/2022/4154426).

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem das Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Marina Morato Stival

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 50367215.5.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.355.211

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer 1.314.141

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.314.141

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer 1.314.141

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.314.141

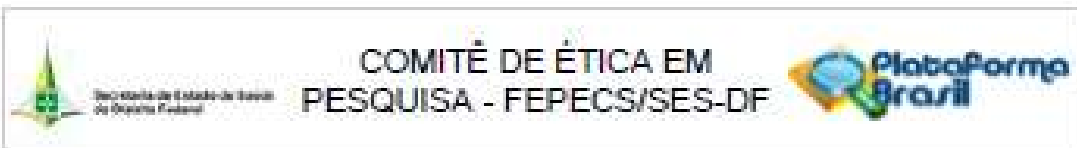
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme o Parecer 1.314.141

Recomendações:

Recomenda-se em Pesquisas futuras, pautar-se nas recomendações do Conselho Nacional de Saúde, em Resolução de número 466 de 12/12/2012. O instrumento de coleta de dados foi anexado ao Projeto, na forma do recomendado pelo CEP/FEPECS. O colegiado havia solicitado justificativas quanto ao projeto de pesquisa não necessitar a análise da CONEP. A pesquisadora

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** com/edeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.355.211

apresentou longa e satisfatória justificativas, em anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_588464.pdf	22/11/2015 17:42:01		Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	22/11/2015 17:41:05	Marina Morato Sival	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_CEP.pdf	22/11/2015 17:38:21	Marina Morato Sival	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2015 10:02:42	Marina Morato Sival	Aceito
Outros	termosconcordancia.pdf	07/10/2015 20:48:35	Marina Morato Sival	Aceito
Outros	CuriculoMarinaMoratosival.pdf	07/10/2015 20:47:29	Marina Morato Sival	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOAbordagemDCNT.pdf	07/10/2015 20:41:25	Marina Morato Sival	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/10/2015 20:39:19	Marina Morato Sival	Aceito

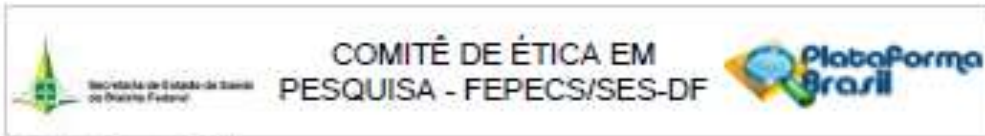
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3325-4955 Fax: (03)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Processo: 1.355.211

BRASILIA, 08 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Helo Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-304
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (011)3325-4955 Fax: (011)3325-4955 E-mail: comitedeticas.secretaria@gmail.com

Anexo 2 – Norma da Revista Enfermagem Atual

Instruções para Autores

Preparo do Manuscrito

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word, margens de 2 cm em ambos os lados, em folha de tamanho A4, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço 1,5 em todas as seções. Não são aceitas notas de rodapé.

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular, com o verbo na voz ativa.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa [EQUATOR Network](#).

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. Nesse caso, os autores serão previamente comunicados das mudanças ocorridas.

Principais Orientações sobre cada Seção

Página de Título ([Template 1](#))

Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, em português, inglês e espanhol.

Autoria: Nome completo dos autores. A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, cidade, país e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – *Open Researcher and Contributor ID* – <https://orcid.org/signin>).

Autor correspondente

Nome, endereço completo com CEP, telefone e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito.

Crítérios de autoria (contribuições dos autores)

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que: 1. contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; 2. na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; 3. assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios anteriormente mencionados.

Fomento e Agradecimento: Informar a instituição de fomento. Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

Documento Principal ([Template 2](#))

Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Para tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e

Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;

No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas, sem itálico e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;

Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾].

Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

Apêndices e anexos serão desconsiderados.

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, em português, inglês e espanhol, apresentados em espaço simples.

Resumo: limitado a 250 palavras em português, inglês e espanhol, apresentados em espaço simples. Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais).

Palavras-chave (Descritores): são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir até quatro descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol).

Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> e inglês do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>

Corpo do texto: consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e**

Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.

Na submissão de manuscritos, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão pelo CEP.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas, como por exemplo, o **PROSPERO**.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de quatro**.

Figuras e Tabelas Figuras: Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Fomento e Agradecimentos deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.

Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Requisitos Técnicos para a Apresentação de Manuscritos

Antes de submeter o manuscrito, confira se as “**Instruções para Autores**” foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados:

Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word.

Utilizar espaçamento 1,5 em todas as partes do documento.

Revisar a sequência: folha de rosto; resumos e palavras-chave (até quatro e respectivas *Keywords*, Palabras clave e a estrutura (seções) do artigo.

Tabelas, quadros e figuras (com legendas) devem ser inseridos e citados no decorrer do texto, não no final do documento na forma de anexos.

Referências devem ser numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

Declaração de Direitos Autorais preenchido e assinado.

Adicionar permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.