

MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

MANAGEMENT OF THE MAIN CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN OLDER ADULTS FOLLOWED IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira¹

Victor Borges da Silva²

Marcella de Fátima Lomeu Marinho³

Matheus Ricardo dos Reis Pagliaci⁴

Andreza Pasquali de Souza⁵

RESUMO: **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre o manejo dos principais fatores de risco cardiovascular (FRCV) em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS), destacando estratégias de controle e barreiras para o cuidado integral. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada pelo acrônimo PECO. A busca foi realizada em abril de 2026 nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO, abrangendo a produção científica dos últimos dez anos. A seleção envolveu dois revisores independentes e a qualidade das evidências foi avaliada por instrumentos como a Escala de Newcastle-Ottawa. **Resultados:** Observou-se uma elevada carga de FRCV, com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingindo 70% dos idosos e a dislipidemia 35%, apresentando uma sinergia que potencializa eventos graves como o infarto agudo do miocárdio. No manejo farmacológico, identificou-se uma prevalência de polifarmácia de 38% e o uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) em até 39,6% da amostra, sendo a disfunção familiar um fator crítico para a prescrição inadequada. Quanto às estratégias não farmacológicas, o sedentarismo é quase universal (98%), embora intervenções supervisionadas demonstrem eficácia na melhora da capacidade aeróbica. A continuidade do cuidado, estabelecida por vínculo longitudinal superior a dois anos, associou-se a melhor adesão terapêutica e redução de custos hospitalares. **Conclusão:** O manejo eficaz dos FRCV no idoso exige que a APS transcenda o modelo biomédico tradicional em favor da Avaliação Geriátrica Abrangente. É imperativo priorizar a funcionalidade e a segurança farmacológica, mitigando iatrogenias através de uma gestão vigilante da polifarmácia e do fortalecimento do vínculo terapêutico.

Palavras-chave: Idoso. Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco Cardiovascular. Manejo da Doença.

¹Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

²Residente em Cardiologia Instituição: Rede D'or Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

³Especialista em Clínica Médica Instituição: Universidade Gama Filho Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

⁴Graduado em Medicina Instituição: Fundação Educacional do Município de ASSIS (FEMA) Endereço: Santa Amélia, Paraná, Brasil

⁵Graduanda em Medicina Instituição: Afya - Pato Branco (UNIDEP) Endereço: Pato Branco, Paraná, Brasil

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade global e nacional, trazendo consigo um aumento expressivo na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2007). Entre estas, as doenças cardiovasculares (DCV) figuram como a principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por aproximadamente 39% dos óbitos em indivíduos octogenários (Harmand et al., 2022). O impacto das DCV transcende a mortalidade, estando profundamente associado ao declínio cognitivo, à deterioração funcional e à perda da independência, o que onera substancialmente os sistemas de saúde e previdência social (Schenker & Costa, 2019).

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) são extremamente prevalentes na população idosa. Estima-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinja cerca de 70% dos idosos, enquanto a dislipidemia afeta 35% e o diabetes mellitus (DM) cerca de 15% dessa população (Costa et al., 2024). Estes fatores raramente ocorrem de forma isolada; há uma sinergia deletéria onde pacientes dislipidêmicos apresentam maiores taxas de hipertensão, potencializando o risco de eventos agudos como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (Faludi et al., 2017; Barroso et al., 2021). Além dos fatores metabólicos, o sedentarismo atua como um agravante crítico na resistência à insulina (Hallal et al., 2012; WHO, 2018).

O manejo desses riscos em idosos apresenta desafios particulares, como a fragilidade, que muitas vezes exige uma flexibilização das metas terapêuticas para evitar o excesso de medicalização (Díez-Villanueva et al., 2019). A polifarmácia atinge cerca de 38% dos idosos hipertensos na Atenção Primária, aumentando o risco de quedas e episódios de hipoglicemia, que podem ser tão prejudiciais quanto o próprio risco cardiovascular não controlado (Costa et al., 2024; Luiza et al., 2016).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo coordenador do cuidado (Starfield, 2002). Evidências indicam que a continuidade do cuidado melhora significativamente a adesão à terapêutica e reduz as taxas de internação hospitalar (Ribeiro et al., 2026). Entretanto, o mecanismo pelo qual o manejo na APS efetivamente impacta a morbimortalidade reside não apenas na prescrição farmacológica, mas na robustez do vínculo terapêutico e na coordenação do cuidado, que permitem a vigilância longitudinal dos fatores de risco (Cunha & Giovanella, 2011; Mendes, 2012).

Apesar disso, a efetividade desse manejo enfrenta entraves como a alta rotatividade de profissionais e a fragmentação da comunicação entre os níveis de atenção (Almeida et al., 2018). Diante dessa complexidade, hipotetiza-se que estratégias de manejo baseadas na Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) e na continuidade relacional na APS sejam superiores ao modelo

biomédico tradicional para a manutenção da funcionalidade do idoso (Díez-Villanueva et al., 2019).

Embora existam diretrizes para fatores individuais, há uma escassez de revisões que integrem as estratégias de manejo voltadas especificamente para a APS. Justifica-se, portanto, esta síntese para subsidiar decisões de gestão que priorizem a independência funcional do idoso (Harmand et al., 2022). O objetivo deste artigo é analisar as evidências científicas sobre o manejo dos principais fatores de risco cardiovascular em idosos acompanhados na APS, destacando as estratégias de prevenção, controle e as barreiras para um cuidado integral (Costa et al., 2024).

METODOLOGIA

O estudo é caracterizado como uma revisão integrativa da literatura, fundamentada em um processo rigoroso para localizar, avaliar e sintetizar o conhecimento disponível através de seis etapas distintas: formulação da questão, busca, seleção, extração de dados, avaliação da qualidade e síntese qualitativa. A questão norteadora foi estruturada por meio do acrônimo PECO, definindo a População (P) como indivíduos idosos acompanhados nos serviços de saúde; a Exposição (E) como estratégias de manejo de fatores de risco cardiovascular; o Comparador (C) como o acompanhamento padrão na Atenção Primária; e o Desfecho (O) como o controle clínico, redução da morbimortalidade e manutenção da funcionalidade.

3

A estratégia de busca foi desenhada para garantir a máxima sensibilidade na recuperação das evidências nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Utilizaram-se os vocabulários controlados MeSH e DeCS, combinados a termos livres e operadores booleanos (AND, OR), focando nos domínios "Atenção Primária", "Idoso" e "Doenças Cardiovasculares". Para assegurar a validade interna e a possibilidade de atualização, registra-se que a busca foi realizada em abril de 2026 abrangendo a produção científica dos últimos dez anos. O processo de seleção e avaliação de elegibilidade ocorreu em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos textos. Ambas as fases foram conduzidas de forma independente por dois revisores cegados, com auxílio da ferramenta Rayyan e mediação de um terceiro revisor para consenso em caso de discordância. Os resultados dessa seleção são apresentados conforme um fluxograma de seleção (estilo PRISMA), detalhando o número de registros identificados, removidos por duplicidade e as razões primárias para exclusão na etapa de leitura integral.

A extração dos dados foi sistematizada por meio de formulários padronizados que coletaram informações sobre o delineamento, local do estudo, período de recrutamento, tamanho da amostra e tempo de acompanhamento. De acordo com as diretrizes para estudos observacionais, coletaram-se tanto as medidas de associação brutas quanto as ajustadas para

fatores de confusão (como idade e sexo), permitindo uma análise mais precisa do risco cardiovascular. Simultaneamente, a qualidade metodológica e o risco de viés foram avaliados por instrumentos específicos, como a Escala de Newcastle-Ottawa (NOS) para estudos observacionais e o Checklist de Downs and Black para estudos experimentais, permitindo ponderar o peso de cada evidência na síntese final. Por fim, os dados foram submetidos a uma análise temática e síntese qualitativa, categorizando os achados nas dimensões gerencial, informacional e relacional da continuidade do cuidado. Embora o estudo prescindisse de aprovação por Comitê de Ética por utilizar dados secundários de acesso público, o relato seguiu rigorosamente os itens de verificação do checklist MOOSE para garantir a qualidade da comunicação científica.

RESULTADOS

Perfil Epidemiológico e Sinergia dos Fatores de Risco Cardiovascular

A busca resultou na inclusão de estudos que evidenciam uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular (FRCV) na população idosa da APS. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi o fator predominante, identificada em aproximadamente 70% dos indivíduos, seguida pela dislipidemia, cuja prevalência variou entre 31,9% no cenário nacional e 35% em estimativas gerais da literatura (Costa et al., 2024). Essa carga de agravos é complementada pela obesidade (20% a 40%) e diabetes mellitus (15%) (Costa et al., 2024). No recorte nacional brasileiro, o acometimento lipídico apresentou-se superior no sexo feminino (33%) em relação ao masculino (30,1%) (Malta & Rosenfeld, 2019; Sá et al., 2021).

4

Os dados demonstram uma ocorrência sinérgica entre os fatores de risco. Idosos com dislipidemia apresentaram frequências de HAS (78,8%) e DM2 (41,9%) significativamente maiores do que o grupo normolipidêmico (60,7% e 18,7%, respectivamente; $p < 0,01$) (Costa et al., 2024). Essa sinergia também se refletiu em desfechos clínicos graves: o grupo dislipidêmico registrou maiores taxas de doenças cardíacas (19,8%) e infarto agudo do miocárdio (4,5%) em comparação aos não dislipidêmicos ($p < 0,01$) (Faludi et al., 2017; Costa et al., 2024).

Quanto ao estado nutricional, o sobrepeso foi identificado em 61,5% dos idosos com perfil lipídico alterado, contra 56,8% no grupo com perfil normal ($p < 0,01$) (Costa et al., 2024). Ressalta-se que, conforme as diretrizes para relato de evidências, todas as associações descritas neste bloco referem-se a medidas de associação brutas, uma vez que os estudos primários analisados não realizaram ajustes para variáveis de confusão nessas prevalências específicas (Costa et al., 2024).

Manejo Farmacológico: Polifarmácia e Medicamentos Inapropriados

A análise da farmacoterapia em idosos hipertensos acompanhados na APS revelou uma prevalência de polifarmácia de 38,09%, com registros de utilização simultânea de até 13 fármacos por um único indivíduo (Luiza et al., 2016; Costa et al., 2024). Quanto à adequação terapêutica, o uso contínuo de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) foi identificado em 28,57% da amostra, índice que atingiu 39,68% ao considerar o consumo recorrente não contínuo (Oliveira et al., 2017; Costa et al., 2024). As classes farmacológicas de MPI mais frequentes foram os inibidores de bomba de prótons (20,10%), seguidos por antidepressivos (14,28%), benzodiazepínicos (11,64%) e anti-inflamatórios não esteroidais (7,40%) (American Geriatrics Society, 2019; Costa et al., 2024).

A aplicação de modelos de regressão logística múltipla identificou determinantes estatísticos para a prescrição de MPI. A polifarmácia apresentou um Odds Ratio (OR) de 3,92 ($p=0,001$) para a ocorrência de iatrogenia medicamentosa (Costa et al., 2024). Fatores contextuais também mostraram associação significativa: a ausência de suporte de cuidador elevou o risco de uso de MPI em 3,74 vezes ($p=0,020$), enquanto a inserção em famílias severamente disfuncionais apresentou a maior magnitude de associação, com uma probabilidade 13,79 vezes maior de prescrição inadequada ($p<0,001$) (Costa et al., 2024). Em contrapartida, o declínio cognitivo comportou-se como um fator protetor estatístico nesta amostra (OR 0,43; IC95% 0,18–0,98) (Costa et al., 2024).

Estratégias Não Farmacológicas e Atividade Física

A análise das intervenções não farmacológicas revelou uma prevalência de sedentarismo entre 97% e 98% dos idosos acompanhados na APS (Costa et al., 2024). Identificou-se uma associação linear entre a inatividade e o risco cardiovascular (RCV), na qual cada hora adicional de comportamento sedentário elevou em 27% a probabilidade de desenvolvimento de novos fatores de risco (Costa et al., 2024). Em contrapartida, as evidências indicam que a atividade física regular atua na modulação metabólica, com elevação de HDL-c e redução de LDL-c (WHO, 2018; Hallal et al., 2012), enquanto o treinamento de força de preensão manual (*handgrip*) por mais de quatro semanas resultou em reduções nas pressões arteriais sistólica e diastólica (Rocha et al., 2017).

Melhorias na capacidade aeróbica foram reportadas em 100% dos estudos sobre programas supervisionados na APS após períodos de acompanhamento de 4 meses a 10 anos (Brunheroti et al., 2023; Lima et al., 2019). Entretanto, os resultados para marcadores antropométricos, como IMC e circunferência abdominal, mostraram-se heterogêneos, com a maioria das investigações nacionais relatando apenas a manutenção dos valores basais (Brunheroti et al., 2023). Quanto à qualidade metodológica das evidências brasileiras nesta área,

a maioria dos estudos incluídos apresentou um alto risco de viés, com escore Jadad inferior a 3, caracterizado por lacunas nos processos de randomização e cegamento (Brunheroti et al., 2023).

Continuidade do Cuidado e Integração Assistencial

As evidências revisadas indicam que a continuidade relacional, estabelecida pelo vínculo longitudinal superior a dois anos com o mesmo profissional, associa-se a níveis elevados de qualidade de vida e de adesão às orientações terapêuticas (Ribeiro et al., 2026; Cunha & Giovanella, 2011). Pacientes que mantêm esse acompanhamento regular apresentam maior probabilidade de alcançar as metas pressóricas (Ribeiro et al., 2026). Além do impacto clínico, a continuidade do cuidado apresentou uma dimensão econômica, estando associada à redução da frequência de hospitalizações, menor tempo de internação e diminuição dos gastos operacionais do SUS com atendimentos de urgência (Ribeiro et al., 2026).

Contudo, as pesquisas identificaram barreiras estruturais severas para a efetivação deste eixo na APS brasileira, destacando-se a alta rotatividade de profissionais, falhas na continuidade informacional e a escassez ocasional de recursos materiais básicos, como medicamentos e esfigmomanômetros (Almeida et al., 2018). Os estudos apontam que o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e a adoção do Modelo de Cuidados Crônicos (MACC) são as principais estratégias propostas para mitigar as falhas de coordenação na rede assistencial (Mendes, 2012; Almeida et al., 2018).

DISCUSSÃO

Sinergia de Fatores de Risco e o Desafio da Fragmentação Clínica

A população idosa acompanhada na Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta uma elevada carga de fatores de risco cardiovascular, com predominância da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da dislipidemia (Costa et al., 2024). A explicação para a alta prevalência encontrada reside na ocorrência sinérgica desses agravos: o desequilíbrio metabólico lipídico não se manifesta como um evento isolado, mas atua como um catalisador fisiopatológico que potencializa a resistência insulínica e a rigidez arterial (Faludi et al., 2017; Costa et al., 2024). Essa interdependência explica por que idosos dislipidêmicos apresentam maior vulnerabilidade ao diabetes e a desfechos graves, como o infarto agudo do miocárdio, reforçando a premissa de que o manejo clínico na rede básica não pode ser fragmentado em metas por patologia (Mendes, 2012; Costa et al., 2024).

A predominância da dislipidemia observada em mulheres e em indivíduos com sobrepeso corrobora o perfil epidemiológico nacional, sugerindo que as disparidades de gênero e as transições nutricionais influenciam diretamente o risco cardiovascular (Malta & Rosenfeld,

2019; Sá et al., 2021). Fisiopatologicamente, o excesso de tecido adiposo abdominal atua como um órgão endócrino inflamatório, o que precede a deterioração funcional e a perda da independência do idoso (Brasil, 2014; Schenker & Costa, 2019). Diante disso, a aplicabilidade clínica dessas evidências exige que as equipes de Saúde da Família transcendam o modelo biomédico tradicional (Mendes, 2012; Starfield, 2002). Em vez de apenas monitorar níveis pressóricos, as intervenções devem priorizar a Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) como ferramenta para identificar o risco global e individualizar as metas terapêuticas, evitando a iatrogenia em idosos frágeis (Díez-Villanueva et al., 2019).

A continuidade do cuidado surge, neste contexto, como o eixo estruturante para a efetividade clínica (Starfield, 2002; Ribeiro et al., 2026). O estabelecimento de um vínculo longitudinal superior a dois anos com o mesmo profissional aumenta a confiança e a adesão do paciente, o que é determinante para o controle metabólico sustentado (Cunha & Giovanella, 2011; Ribeiro et al., 2026). No entanto, a alta rotatividade de profissionais e as falhas na comunicação entre os níveis de atenção (referência e contrarreferência) configuram barreiras sistêmicas que interrompem essa vigilância (Almeida et al., 2018). Tais evidências sugerem que a gestão da APS deve focar no fortalecimento da continuidade informacional e relacional, garantindo que o plano terapêutico do idoso seja mantido de forma coerente ao longo do tempo (Mendes, 2012; Almeida et al., 2018).

Estratégias Não Farmacológicas e os Desafios do Sedentarismo

Os achados revelam um cenário de inatividade física quase universal entre os idosos acompanhados na rede básica, evidenciando uma relação linear entre o comportamento sedentário e o agravamento do risco cardiovascular (Costa et al., 2024). Fisiopatologicamente, o estímulo à atividade física regular atua como um potente modulador metabólico, sendo responsável pela otimização dos níveis lipídicos e pela melhora da complacência arterial (Hallal et al., 2012; WHO, 2018). No entanto, a discrepância observada entre os resultados nacionais e as meta-análises internacionais quanto à redução de marcadores antropométricos (como o IMC) sugere que, no cenário brasileiro, as intervenções na APS enfrentam barreiras de intensidade e falta de controle dietético concomitante, resultando mais na manutenção de valores basais do que na perda ponderal expressiva (Brunheroti et al., 2023).

A aplicabilidade clínica dessas evidências demanda que a prescrição de exercícios na APS supere a recomendação genérica e adote a Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) como guia (Díez-Villanueva et al., 2019). Para idosos robustos, o foco deve ser o alcance de metas de mobilidade, enquanto para aqueles que apresentam síndromes de fragilidade ou sarcopenia, o manejo exige flexibilização, priorizando a funcionalidade e a segurança para evitar quedas, em

detrimento de metas estritamente voltadas à sobrevida (Díez-Villanueva et al., 2019). A eficácia comprovada de intervenções específicas, como o treinamento de força de preensão manual (*handgrip*), reforça a necessidade de diversificar as práticas ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde, integrando exercícios resistidos aos programas aeróbicos tradicionais (Rocha et al., 2017).

Sob a ótica do rigor metodológico, é imperativo destacar que a robustez dessas conclusões é limitada pela baixa qualidade metodológica da maioria das pesquisas nacionais, com Escore Jadad inferior a 3 (Brunheroti et al., 2023). A escassez de processos de randomização e cegamento nos estudos brasileiros dificulta o estabelecimento de causalidade direta entre os programas de exercício e a redução da mortalidade (Brunheroti et al., 2023). Além disso, as barreiras estruturais, como a falta de equipamentos e a rotatividade de profissionais qualificados, interrompem a continuidade das estratégias não farmacológicas (Almeida et al., 2018). Portanto, para que a atividade física se consolide como pilar da prevenção cardiovascular no SUS, a gestão deve investir no fortalecimento do vínculo terapêutico e em desenhos de pesquisa mais rigorosos que reflitam a realidade da saúde pública nacional (Cunha & Giovanella, 2011; Starfield, 2002).

Continuidade do Cuidado e Segurança Farmacológica

Os achados desta revisão consolidam a continuidade do cuidado como o eixo estruturante para a efetividade do manejo cardiovascular na Atenção Primária à Saúde (APS) (Starfield, 2002; Ribeiro et al., 2026). A explicação para esse fenômeno reside no estabelecimento de um vínculo longitudinal (superior a dois anos) com o mesmo profissional, o que aumenta a confiança do idoso e sua disposição em aderir às orientações terapêuticas, resultando em melhor controle pressórico e redução do risco de desfechos graves, como a isquemia miocárdica e o acidente vascular cerebral (AVC) (Cunha & Giovanella, 2011; Ribeiro et al., 2026). Fisiopatologicamente, a fragmentação desse cuidado, causada pela alta rotatividade de profissionais e falhas na comunicação informacional entre a rede básica e especializada, interrompe o monitoramento clínico e predispõe o paciente a lacunas assistenciais que comprometem sua segurança (Almeida et al., 2018).

Ao comparar esses dados com a literatura, observa-se uma concordância sobre a prevalência da polifarmácia (38%) entre idosos hipertensos, fator que atua como o principal determinante para a iatrogenia medicamentosa (Luiza et al., 2016; Costa et al., 2024). Um ponto de inovação nesta discussão é a identificação da disfunção familiar grave como o fator de maior magnitude para a prescrição de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), elevando o risco em quase 14 vezes (Costa et al., 2024). Esse achado sugere que, na ausência de uma rede de apoio sólida, a gestão farmacológica torna-se mais negligente. Curiosamente, o declínio

cognitivo configurou-se como um fator protetor estatístico nesta amostra, o que pode ser explicado por uma maior cautela e supervisão de terceiros no momento da prescrição para idosos dependentes (Costa et al., 2024).

No que tange à aplicabilidade clínica, as evidências reforçam a necessidade de transitar do modelo biomédico centrado na doença para uma abordagem baseada na Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) (Díez-Villanueva et al., 2019). A AGA permite individualizar as metas terapêuticas, simplificar esquemas posológicos e priorizar a funcionalidade em detrimento do excesso de medicalização, garantindo que o tratamento não seja mais prejudicial que o próprio risco cardiovascular (Díez-Villanueva et al., 2019). Além disso, a implementação de ferramentas de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), como o prontuário eletrônico compartilhado, surge como uma estratégia essencial para mitigar as falhas de comunicação e assegurar que o plano terapêutico seja mantido ao longo do tempo (Mendes, 2012; Almeida et al., 2018).

Limitações e Pontos Fortes da Evidência

A interpretação das evidências sintetizadas nesta revisão integrativa deve considerar, primordialmente, as limitações na validade interna e qualidade metodológica dos estudos primários. Observou-se que a maioria das pesquisas nacionais sobre intervenções assistenciais e de exercício físico na Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um alto risco de viés (escore Jadad < 3), com carência de processos de randomização claros e cegamento de avaliadores (Brunheroti et al., 2023). Adicionalmente, o uso predominante de dados secundários e delineamentos transversais limita a análise a medidas de associação brutas, o que impede o estabelecimento de causalidade direta e a correção sistemática de fatores de confusão (Costa et al., 2024). A heterogeneidade clínica entre as populações idosas estudadas e as lacunas informacionais — como a falta ocasional de registros de LDL-c e o viés de seleção por demanda espontânea — representam barreiras intrínsecas que dificultam a exploração exaustiva das fontes de inconsistência.

Em contrapartida, o estudo apresenta pontos fortes significativos que reforçam a confiabilidade de suas conclusões qualitativas. O processo de identificação de evidências baseou-se em uma busca abrangente e reprodutível em múltiplas bases de dados (PubMed, LILACS, SciELO), incluindo literatura cinzenta, o que reduz substancialmente o risco de viés de publicação. A validade do processo de revisão foi assegurada pela atuação de revisores independentes e cegados, garantindo rigor na seleção e extração de dados. O principal diferencial desta análise é a sua visão holística e integrada, que converge as dimensões clínica, comportamental e assistencial do cuidado. Essa integração supera a análise de fatores de risco

isolados e fornece evidências robustas para fundamentar decisões de gestão na APS que priorizem não apenas a sobrevida, mas a manutenção da funcionalidade e da independência do idoso (Harmand et al., 2022; Schenker & Costa, 2019).

Seguindo o rigor metodológico, reconhece-se que, embora a magnitude dos efeitos observados na continuidade do cuidado e na capacidade aeróbica seja consistente, a aplicabilidade clínica deve ser ponderada pelas barreiras estruturais do sistema, como a alta rotatividade de profissionais e o subfinanciamento (Almeida et al., 2018). Tais limitações sugerem a necessidade de futuros ensaios clínicos controlados com maior rigor metodológico no cenário da saúde pública brasileira.

CONCLUSÃO

A população idosa acompanhada na Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta uma elevada carga de fatores de risco cardiovascular (FRCV), com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (70%) e a dislipidemia (35%). A ocorrência sinérgica entre esses agravos potencializa o risco de eventos agudos graves, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, exigindo que o manejo clínico transcenda o tratamento isolado de patologias.

No que tange ao manejo farmacológico, as evidências apontam para um cenário crítico de polifarmácia (38%) e uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), como inibidores de bomba de prótons e benzodiazepínicos. Diante disso, é imperativo que a prática clínica na APS esteja rigorosamente alinhada às diretrizes de segurança farmacológica, como os Critérios de Beers e o Consenso Brasileiro de MPI, visando a desprescrição e a prevenção de iatrogenias, especialmente em idosos inseridos em contextos de fragilidade ou disfunção familiar.

A aplicabilidade clínica dessas evidências reforça a necessidade de substituir o modelo biomédico tradicional pela Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA). A AGA permite a individualização das metas terapêuticas, priorizando a funcionalidade e a independência em detrimento de metas estritamente pressóricas ou metabólicas que possam aumentar o risco de quedas e hipoglicemias.

Como eixo estruturante para a efetividade do cuidado, a continuidade relacional (vínculo longitudinal superior a dois anos) mostra-se determinante para a adesão terapêutica e redução de custos hospitalares. No entanto, a alta rotatividade profissional e a fragmentação da comunicação entre os níveis de atenção permanecem como barreiras sistêmicas severas.

Em suma, o manejo eficaz dos FRCV no idoso na APS exige a fortalecimento do vínculo terapêutico, a implementação de programas de atividade física supervisionada e uma gestão

farmacológica vigilante. Futuras pesquisas, com maior rigor metodológico e desenhos experimentais no cenário brasileiro, são necessárias para consolidar estratégias que garantam não apenas a sobrevivência, mas a qualidade de vida e a autonomia dessa população.

REFERENCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 244-60, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>. Acesso em: 15 abr. 2026.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 674-94, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>. Acesso em: 02 abr. 2026.

BARROSO, W. K. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dislipidemias**. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 05 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Cadernos de Atenção Básica, n. 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRUNHEROTI, K. A. et al. Evaluation of the effect of physical exercise interventions in Primary Health Care in Brazil on cardiometabolic risk factors: a systematic review. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 25, e86876, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2023v25e86876>. Acesso em: 28 abr. 2026.

COSTA, G. K. et al. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos acompanhados na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 19, n. 46, p. 3893, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3893](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3893). Acesso em: 12 abr. 2026.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-42, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2026.

DÍEZ-VILLANUEVA, P. et al. Recommendations of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology for the Assessment of Frailty in Elderly Patients With Heart Disease. **Revista Española de Cardiología**, v. 72, p. 63-71, 2019. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1885585718303748?via%3Dihub>. Acesso em: 19 abr 2026.

FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>. Acesso em: 25 mar. 2026.

GENCER, B. et al. Efficacy and safety of lowering LDL cholesterol in older patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **The Lancet**, v. 396, p. 1637-43, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32332-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32332-1). Acesso em: 08 abr. 2026.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219-21, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 14 abr. 2026.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-57, 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1). Acesso em: 20 abr. 2026.

HARMAND, M. G. C. et al. Revisão sobre o manejo dos fatores de risco cardiovascular em idosos. **Journal of Geriatric Cardiology**, v. 19, n. 11, p. 894-927, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2022.11.008>. Acesso em: 01 abr. 2026.

LIMA, A. M. et al. Supervised training in primary care units but not self-directed physical activity lowered cardiovascular risk in Brazilian low-income patients: a controlled trial. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1738, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7716-y>. Acesso em: 11 abr. 2026.

LUIZA, V. L. et al. Polypharmacy and Polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 9s, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>. Acesso em: 03 abr. 2026.

MACH, F. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. **European Heart Journal**, v. 41, p. 111-188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>. Acesso em: 17 abr. 2026.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/KVdb6XvFGPJLqHfXKDbNQCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2026.

MALTA, D. C.; ROSENFELD, L. G. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl. 2, E190005.SUPL.2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.2>. Acesso em: 24 mar. 2026.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012. Acesso em: 30 abr. 2026.

OLIVEIRA, M. G. et al. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 4, p. 168-81, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520161600054>. Acesso em: 14 abr. 2026.

PAGOTTO, V. Hypertension prevalence, treatment and control in older adults in a Brazilian Capital City. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 3, p. 271-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180274>. Acesso em: 21 abr. 2026.

RIBEIRO, A. M. V. B. et al. Continuity of care for people with hypertension in primary health care: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20250053, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0053en>. Acesso em: 02 abr. 2026.

ROCHA, P. E. C. P. et al. Efeitos de longo prazo do treinamento resistido na pressão arterial: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 19, n. 6, p. 730-42, 2017. Acesso em: 13 abr. 2026.

SÁ, A. C. M. et al. Fatores associados ao LDL-Colesterol aumentado na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 541-53, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.37102020>. Acesso em: 20 mar. 2026.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-80, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 04 abr. 2026.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. Acesso em: 10 abr. 2026.

WHELTON, P. K. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. **Hypertension**, v. 71, n. 6, p. 1269-324, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000066>. Acesso em: 16 abr. 2026.

WHO. **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world**. Genebra: World Health Organization, 2018. Acesso em: 27 mar. 2026.