



# Curso de especialização Saúde da Família

Benefícios da Implantação de um plano de cuidado a  
pacientes com Dislipidemia.

Autor: Moraima Canga Donatien

Programa Mais Médicos

Orientador: Maria José Caetano F. Damaceno

São Paulo, 2014

## **SUMÁRIO**

### **1. Introdução**

1.1 Identificar e apresentar o problema

1.2 Justificar a intervenção

### **2. Objetivos**

2.1 Geral

2.2 Específicos

### **3. Metodologia**

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

3.2 Cenários da intervenção

3.3 Estratégias e ações

3.4. Avaliação e Monitoramento

### **4. Resultados Esperados**

### **5. Cronograma**

### **6. Referências**

## Introdução

### 1.1 Identificação e apresentação do Problema

O bairro de São João Novo, pertencente ao município de São Roque, estado de São Paulo, possui uma unidade de saúde na modalidade tradicional, com uma área de abrangência mista, tanto em área urbana como em área rural. <sup>(1)</sup> O total de população cadastrada é de 8618 pessoas.

Observam-se nesta população diversos problemas de saúde, como a elevada incidência de dislipidemia, no entanto, não existem documentos que evidenciam a ocorrência deste problema porque a unidade está em transição de modalidade tradicional para a Estratégia Saúde da Família.

Em consultas médicas com pessoas que fazem exames de rotina identifica-se elevada incidência e prevalência de dislipidemia mista, hipertrigliceridemia isolada e hipercolesterolêmica isolada. Percebe-se que não é realidade somente deste local, pois também é algo que se nota em outros serviços de saúde por colegas de trabalho.

Assim, a partir desta realidade identificada, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora desta pesquisa, Como organizar um plano de cuidado direcionado às pessoas com dislipidemia da Unidade Saúde da Família São João Novo, São Roque-SP?

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de um ou mais lipídeos/lipoproteínas presentes no sangue, como o triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta (HDL) e de baixa densidade (LDL). Essas alterações no perfil lipídico estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento da aterosclerose. <sup>(2)</sup>

As causas primárias são ocasionadas por mutações genéticas únicas ou múltiplas, que resultam em uma superprodução ou depuração defeituosa dos triglicérides ou de colesterol LDL ou distúrbios no metabolismo de HDL. <sup>(3)</sup>

Dentre as causas secundárias que contribuem para a doença estão a ingestão excessiva de gordura saturada, colesterol e gorduras trans, diabetes mellitus, doença renal crônica, uso excessivo de álcool, sedentarismo, resistência à insulina, cirrose biliar primária e outras doenças biliares, síndrome nefrótica, infecção avançada de HIV, efeito colateral de tiazida; B-bloqueadores, bem como alguns antirretrovirais, ciclosporina, hormônios como estrogênio e progesterona, e por fim Glicocorticóides. <sup>(3)</sup>

A Dislipidemia pode ser dividida em três subtipos; Hipercolesterolêmica isolada; Hipertrigliceridemia isolada; Dislipidemia mista (ambos níveis elevados). <sup>(3)</sup>

A dislipidemia (Hipercolesterolêmica) é a principal causa de risco aterogênico, além de ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Diabetes mellitus tipo 2. <sup>(4,5)</sup>

Existe uma relação importante entre a dislipidemia e o risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cerebrovascular e vascular periférica. <sup>(6)</sup>

Os principais fatores de riscos incluem pressão arterial elevada, tabagismo, doenças endócrinas, história familiar de doenças cardiovasculares, obesidade, resistência à insulina, estresse e vida sedentária. <sup>(7)</sup>

Hoje no Brasil, do total da população, 24% são tabagistas, 15% hipertensos, 08% diabéticos, 32% obesos e cerca de 40% apresentam dislipidemia. <sup>(8)</sup>

Na população brasileira, é observada uma elevada taxa de dislipidemia, em estudo, analisaram-se dados de 49.395 adultos residentes de capitais brasileiras e no Distrito Federal, e observou-se uma taxa autorreferida de dislipidemia próxima de 16,5%, evidenciando o grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública brasileira <sup>(9)</sup>.

## 1.2 Justificativas da intervenção

A população em geral deste serviço de saúde não possui um estilo de vida saudável, por exemplo, a ingestão excessiva de gorduras saturadas e gordura trans, sedentarismo, uso excessivo de álcool, não consumo de frutas, verduras, legumes. Nota-se que atualmente, a criança não brinca, passa horas na frente da televisão do computador ou vídeo game, o que proporciona um desenvolvimento para a vida adulta já com hábitos inadequados, favorecendo o aumento da incidência de dislipidemia.

Diante desta situação é proposto um projeto de como planejar um plano de cuidado direcionado às pessoas com dislipidemia desta unidade, com o objetivo de favorecer a melhora deste quadro e assim diminuir o risco na população de morbimortalidade por doenças cardiovascular e doenças cerebrovascular.

Pretende-se trabalhar aspectos da educação em saúde, a fim de melhorar o estilo de vida da população e as causas secundárias de hiperlipidemia, que são modificáveis como sedentarismo, ingestão excessiva de alimentos gordurosos, colesterol, gordura trans, ingestão excessiva de álcool, buscando maior qualidade de vida dos indivíduos e um envelhecimento com menos desenvolvimento de doenças crônicas, complicações e conseqüentemente sequelas.

## **2. Objetivos**

Elaborar um plano de cuidado direcionado às pessoas com dislipidemia da Unidade Saúde da Família São João Novo, São Roque, SP.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1-Trabalhar aspectos de educação em saúde acerca da dislipidemia com a equipe de saúde.

2- Melhorar o conhecimento acerca do estilo de vida da população com dislipidemia da área de abrangência do serviço.

3- Favorecer a diminuição da morbimortalidade por enfermidades cardiovasculares

4- Reduzir a causas secundárias modificáveis de dislipidemia

5- Cadastrar as pessoas com dislipidemia

### 3. Metodologia

#### 3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes com dislipidemia atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro São João Novo, no município São Roque, estado de São Paulo.

#### 3.2 Cenários da intervenção

O projeto será realizado na UBS do bairro São João Novo, na cidade de São Roque, município do estado de São Paulo, situado na região metropolitana de Sorocaba, na mesorregião macro metropolitana paulista e microrregião de Sorocaba a população estimada no ano de 2014 é de 80502 habitantes <sup>(16)</sup>. A UBS possui 8618 habitantes cadastrados no sistema de atendimento. O projeto será realizado a partir do ano 2015.

#### 3.3 Estratégias e ações

Em um dia da semana previamente programado o médico da UBS atenderá somente pacientes com dislipidemia, o primeiro atendimento desse paciente será em consulta de 30 minutos, onde serão abordados diversos aspectos que estão contemplados no formulário de primeiro atendimento (Apêndice A) proposto para o projeto. Esse formulário de primeira consulta consiste em uma anamnese completa junto com exame físico completo, exames laboratoriais e medicação em uso. Através dele será realizada a estratificação de risco cardiovascular de Framingham do pacientes e conforme o risco do paciente será estabelecido uma rotina de atendimento trimestral dos pacientes.

Escore de risco de Framingham <sup>(17)</sup>

1-Risco baixo: a estratégia de tratamento e mudanças de estilo de vida-reavaliar em seis meses; a meta que se se pretende atingir e-<10%-meta LDL-C< 160 mg/dl e não - HDL-C<190mg/dl.

2-Risco alto: a estratégia de tratamento e; mudança de estilo de vida+medicação em três meses; a meta que se pretende-se atingir e->20%-meta LDL-C<100mg/dl(opcional <70) e não HDL-C<130mg/dl(opcional <100).

3-Risco intermediário: a estratégia de tratamento e mudanças de estilo de vida-reavaliar em três meses; a meta que se pretende-se atingir e-10% a 20 %-meta LDL-C<130mg/dl e não HDL-C,160mg/dl.

Após essa primeira consulta e a estratificação de risco, o paciente continuará um seguimento na UBS através de um formulário de evolução (Apêndice B). A cada 15 dias um grupo de pacientes conforme a classificação de risco será atendido pela Nutricionista; recebendo palestra, cartilhas educativas sobre alimentação adequada; a equipe de trabalho criará grupos de atividade física (grupos de caminhadas, grupos de cozinha) com a finalidade de mudar o estilo de vida da população atendida.

Os pacientes serão monitorados de acordo com seu escore de risco pelo médico, nutricionista, enfermeiro. Quando passarem em consulta será utilizado um formulário de evolução. Nesse formulário serão anotados os dados pertinentes sobre a evolução do paciente como as intercorrências, queixas, apresentadas, exames realizados, cumprimento das orientações, o exame físico do paciente, medicação em uso e dose. Será anotado também se o paciente está se usando de maneira correta (dosagem e intervalo de tomada), se está realizando uma dieta adequada e atividade física.

#### 3.4. Avaliação e Monitoramento

Serão realizadas anualmente atividades da análise dos formulários (Apêndice A e B) propostas pelo projeto. Será verificado se houve controle adequado dos níveis de colesterol, diminuição das complicações e melhora nos exames **laboratoriais da população atendida, bem como se houve aumento ou diminuição** da quantidade de pessoas com dislipidemia.

#### **4. Resultados Esperados.**

Espera-se que ocorra a sistematização do atendimento aos pacientes com dislipidemia na UBS por meio do protocolo de atendimento a Dislipidemia e através dele realizar a estratificação do risco cardiovascular desses pacientes e com base em escore de risco será proposto um plano de cuidado e de atendimento trimestral a esses pacientes.

Também se espera a mudança no estilo de vida desta população; pois conseguindo melhor controle da dislipidemia com isso haverá menos complicações como doenças arterial coronária; doenças cérebro vascular e doenças vascular periféricas.



## 5. Cronograma

Atividades	Agos.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	
Elaboração do projeto	x	x	x					
Aprovação				x				
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x		
Coleta de dados	x	x	x					
Discussão e análises dos resultados				x				
Revisão final e digitação					x			
Entrega de trabalho final						x		
Socialização do trabalho							x	
Intervenção								Jan.2015 Jan.2016 a

## 6. Referência:

1. Rizzo S. Projeto Implantação de uma Equipe de Estratégia Saúde da Família no posto SÃO JOAO NOVO SÃO ROQUE-SP 2014 p.1
2. Diaz MN, Frei B, Vita JA, Keaney JF Jr. Antioxidants and atherosclerotic heart disease. *N Engl J Med.* 1997; 337(6): 408-16.
3. <http://www.merckmanual.com/Professional/endocrine-and-metabolic-disorders/lipid-disorders/dyslipidemia.html>
4. B. Hipolipemiantes quimioterapia para La Hipercolesterolêmica y Dislipidemia palma de índio, 2006.
5. Torquato, Luiz Eduardo Silva Ocorrência de dislipidemias em portadores de diabetes mellitus tipo 2. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Farmácia) Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.
6. American Diabetes Association. El Colesterol Los Triglicéridos, La Diabetes /HTTP: WWW.diabetesorg/v.documentos/ch\_olspom.pdf
7. <http://www.aafp.org/afp/2011/0515/pt207.html>
8. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de cardiologia. v Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemia. (interne-te) disponível em <http://www.drmarcelonogueira.med.br/dislipidemia.html>
9. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LM. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009;43 (supl.2):83-9
10. Popkin BM. Introduction. In: Caballero B, Popkin BM (ed.). *The nutrition transition: diet and disease in the developing world.* London: Academic Press; 2002. p. 16-21
11. Wang S, Xu L, Jonas JB, You QS, Wang YX, Yang H. Prevalence and associated factors of dyslipidemia in the adult Chinese population. *Plos ONE.* 2011; 6(3):e17326
12. Kao T-W, Lu I-S, Liao K-C, Lai H-Y, Loh C-H, Kuo H-K. Associations between body mass index and serum levels of C-reactive protein. *S Afr Med J.* 2009; 99:326-30.
13. Cercato C, Mancini MC, Arguello AMC, Passos VQ, Villares SMF, Halpern A. Hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemia de acordo com o índice de massa corpórea: estudo em uma população Brasileira. *Rev Hosp Clín. Fac. Med São Paulo.* 2004; 59:113-8.
14. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres, KC. Prevalência de fatores de risco cardiovascular e adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89:319-24.

15. Yusuf S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lenas F, McQueen M, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364:937-52.
16. Perfil das cidades brasileiras IBGE. Visitado em dois de outubro de 2014
17. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e prevenção da aterosclerose 2007.

Apêndice A.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ .Endereço: \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Pessoais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hábitos tóxicos.

Fumante: sim ( ) não ( ). Se sim: n<sup>o</sup> cigarros / dia: \_\_\_\_\_. Tempo: \_\_\_\_\_

Álcool: sim ( ) não ( ). Se sim: tipo: \_\_\_\_\_. Quantidade / dia: \_\_\_\_\_.  
Tempo: \_\_\_\_\_

Drogas ilícitas: sim ( ) não ( ). Se sim: tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade/dia: \_\_\_\_\_.  
Tempo: \_\_\_\_\_.

Estado Antropométrico: eu trófico ( ) baixo peso ( ) sobrepeso ( ) obeso ( )

Atividade física: Inativo ( ) Moderadamente ativo( ) Ativo( )

Nutrição: Adequada ( ) Não adequada( ) Moderadamente adequada( )

Exame físico (primeira consulta) e programação do acompanhamento.

Peso: \_\_ Altura: \_\_ Cálculo IMC: \_\_\_\_\_ Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais:

Colesterol total: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ VLDL: \_\_\_\_\_ Triglicérides: \_\_\_\_\_  
LDL: \_\_\_\_\_ Glicemia em jejum: \_\_\_\_\_ Creatinina e uréia: \_\_\_\_\_

Tranzaminases: \_\_\_\_\_. Classificação de risco: \_\_\_\_\_

Tratamento proposto: \_\_\_\_\_

Apêndice B.

### **Programa Dislipidemia**

Formulário de evolução do paciente com Dislipidemia.

Nome: \_\_\_\_\_ prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Intercorrências /queixas /exames realizados/observação das orientações:

Medicação Atual e Dose:

Peso:

Conduta:

Data do retorno:

.