

SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
UNA-SUS

RAFAEL BRAGHETTA JOÃO

**RECIDIVA DISLIPIDÊMICA EM PACIENTES DE ALTO RISCO
CARDIOVASCULAR**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. MÁRCIA REGINA
RAMALHO DA SILVA BARDUIL**

MOCOCA - SP

Janeiro/2015

Resumo

O presente trabalho versa sobre a dislipidemia, situação metabólica bastante frequente na prática da ESF e atenção primária. Conhecido fator de risco modificável para doença aterosclerótica, as dislipidemias assumem hoje importância na estratégia de prevenção em todos os níveis. Este trabalho indaga a real eficácia da terapia clínica, por meio da reavaliação do perfil lipídico após um ano da abordagem em consulta médica de estratégia saúde da família, em pacientes de alto risco cardiovascular em seguimento.

Palavras-chave: dislipidemia. ESF. doenças cardiovasculares.

Sumário

1 Introdução	04
1.1 Problema	05
1.2 Justificativa	05
2 Objetivos	06
2.1 Objetivo geral	06
2.2 Objetivos específicos	06
3 Revisão bibliográfica	07
4 Metodologia	09
4.1 Público-alvo.....	09
4.2 Cenário do estudo.....	09
4.3 Estratégia e ações.....	09
4.4 Avaliação e monitoramento.....	10
5 Resultados esperados.....	11
6 Cronograma	12
7 Referências	13

1 Introdução

A busca pelo conhecimento dos fatores de risco para doenças ateroscleróticas no século passado nos trouxe maiores esclarecimentos acerca da fisiopatologia das apolipoproteínas e sua relação com lesões endoteliais e formação de placas de ateroma (1). Sabe-se hoje que níveis séricos elevados destes elementos podem predispor a eventos cardiovasculares cujo desfecho apresenta-se sob diversas formas, desde simples lesões dermatológicas a limitações neurológicas permanentes, além de diminuição da qualidade de vida por restrições alimentares, vertigens de origem incerta, necessidade de medicações de uso diário, exposição a efeitos indesejáveis das mesmas etc.

À prática clínica contamos com importantes instrumentos laboratoriais, direcionados àqueles com quadro clínico que justifiquem tais intervenções, que auxiliam-nos com as orientações aos pacientes, em todos os níveis de atenção, à questão da dislipidemia, sobretudo por esta ser uma comorbidade de alta prevalência em nosso meio. Em 2003, durante campanha nacional com participação de 81262 brasileiros de diferentes cidades, verificou-se que 40% da população estudada apresentava índices séricos de colesterol total superiores a 200mg/dL (2).

Outro estudo de grande abrangência demonstrou que, para pacientes de alto risco cardiovascular, as metas de controle dos fatores de risco cardiovascular, medicações prescritas e mudanças no estilo de vida estiveram fora do recomendado pelas diretrizes nacionais (3). Atento às recomendações deste último trabalho e direcionado quanto às projeções para 2020 de que as doenças cardiovasculares permanecerão como principal causa de óbito nos países em desenvolvimento (4), o presente estudo visa avaliar a atuação terapêutica oferecida pelo SUS em uma unidade em implantação do programa de Estratégia Saúde da Família de Mococa-SP, particularmente para pacientes de médio e alto risco cardiovascular, de forma indireta, por meio da reavaliação laboratorial do perfil lipídico após um ano de término da terapia medicamentosa. O autor deste projeto, médico do PROVAB, depara-se diariamente com pacientes cujos índices encontram-se atualmente maiores do que aqueles encontrados quando se justificou intervenção no passado; um fato que levantou dúvidas quanto à real eficácia de nossa abordagem e à assimilação, pelo paciente, da necessidade de mudança de hábitos.

1.1 Problema

Realizando consultas de rotina foi observada alta taxa de recidiva nos níveis lipêmicos de pacientes previamente abordados na Unidade de Saúde. Também foi notada a falta de conhecimento por parte dos pacientes de detalhes do tratamento, tão básicos como a necessidade de avaliação rotineira dos níveis séricos e prognósticos da má alimentação.

1.2 Justificativa

O interesse para intervenção justifica-se no grande número de pacientes atendidos na unidade cujas metas terapêuticas anualmente encontram-se fora dos definidos pelas diretrizes nacionais (5), particularmente aqueles orientados quanto à dislipidemia como fator de risco no passado, que aceitaram o tratamento oferecido na rede pública e na presença de comorbidades que justifiquem classificá-los como de alto risco cardiovascular.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a real eficácia de uma terapia adotada habitualmente em ESFs, comparando-se a dados obtidos há 1 ano em prontuário de pacientes selecionados e discutir a melhor abordagem conforme a análise de variáveis.

2.1 Objetivo específico

Auto-avaliação da abordagem ao controle dislipidêmico, particularmente em pacientes de alto risco cardiovascular, orientando-se aos resultados do estudo REACT, particularmente no que tange à baixa resolutividade quanto às metas. No estudo Berwanger, O et al (3), em que 88% dos pacientes estavam cientes de dieta cardioprotetora e 77% em uso de hipolipemiantes, apenas uma minoria atingiu níveis < 100mg/dL de LDL colesterol. Em outro estudo semelhante (6) menor controle foi obtido por pacientes de alto risco do que por aqueles de baixo risco (67% e 86%), população-alvo do presente estudo.

3 Revisão Bibliográfica

O Brasil situa-se hoje em condição de país em desenvolvimento, com aumento do número de idosos e afilamento da pirâmide social em bases, situação em que agregados fatores relativos à melhoria constante dos aspectos relacionados à saúde e longevidade, resulta em maior prevalência de doenças cardiovasculares (7). Este grupo de doenças se solidifica há anos como principal causa de morte no País (Tabela 1). Dentre elas, destaca-se a aterosclerose, doença inflamatória crônica que ocorre em resposta a agressão endotelial devida a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. A deposição de lípidos na camada subendotelial dos vasos é facilitada por essa agressão, que por fim cria placas que podem ser imunogênicas e passíveis de obstrução ou ruptura, definindo variável espectro clínico de acordo com o local de ocorrência (8,9).

Tabela 1

Proporção de óbitos (%) por Grupo de Causas segundo Ano
Período: 1990-2011

Ano	Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas	Total
TOTAL	5,36	15,09	32,17	11,01	3,89	14,38	18,10	100,00
1990	6,23	12,42	34,34	10,59	5,72	15,05	15,64	100,00
1991	5,80	13,06	34,02	9,73	5,69	15,51	16,19	100,00
1992	5,82	13,30	34,07	10,27	5,28	14,57	16,67	100,00
1993	5,80	12,89	33,82	11,02	5,11	14,40	16,96	100,00
1994	5,74	13,09	33,27	11,06	5,11	14,57	17,16	100,00
1995	5,16	13,22	32,66	11,12	5,08	15,34	17,42	100,00
1996	6,80	13,40	32,34	11,46	4,83	15,44	15,73	100,00
1997	6,22	13,88	32,40	10,91	4,89	15,51	16,18	100,00
1998	6,17	14,01	32,43	11,63	4,58	14,88	16,31	100,00
1999	5,83	14,51	32,27	11,18	4,63	14,67	16,91	100,00
2000	5,49	14,86	32,14	10,90	4,52	14,60	17,50	100,00
2001	5,45	15,18	31,90	10,93	4,15	14,65	17,73	100,00
2002	5,32	15,31	31,52	11,17	3,90	14,91	17,86	100,00
2003	5,36	15,50	31,54	11,24	3,69	14,58	18,10	100,00
2004	5,13	15,69	31,83	11,39	3,46	14,21	18,29	100,00
2005	5,17	16,34	31,46	10,79	3,30	14,14	18,79	100,00
2006	4,92	16,47	32,01	10,87	2,99	13,57	19,18	100,00
2007	4,75	16,69	31,88	10,80	2,78	13,54	19,56	100,00
2008	4,74	16,80	31,85	10,52	2,61	13,62	19,85	100,00
2009	4,59	16,82	31,25	11,18	2,48	13,54	20,13	100,00
2010	4,62	16,93	30,87	11,27	2,24	13,55	20,53	100,00
2011	4,50	16,88	30,69	11,60	2,16	13,35	20,81	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Notas:

1. A mortalidade proporcional (% de óbitos informados ao SIM) está calculada sobre o total de óbitos com causas definidas; com isto, considera-se que os óbitos com causa mal definida (capítulo XVIII da CID-10) estão distribuídos linearmente pelos demais grupos de causas.
2. As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito.
3. Nas tabulações por faixa etária, sexo ou grupos de causas, estão suprimidos, respectivamente, os óbitos sem definição de idade, sexo ou grupo de causa.

Em um estudo recente em Ribeirão Preto-SP (10), região próxima à da localização deste trabalho (aproximadamente 100 km), observou-se alta prevalência de dislipidemia (61,9%; IC95%: 58,5%-65,3%) e outro na mesma cidade associou o fator de risco a doença isquêmica do coração (11). Em 2006 foi levantado inquérito por VIGITEL em brasileiros de diversas capitais, observando taxa autorreferida de dislipidemia de 16% (12). Outro dado interessante deste estudo foi associar a prevalência 2x maior em indivíduos com IMC>25 kg/m². A comparação do resultado dos trabalhos, apesar de diferentes amostragens, mostra que grande parte da população desconhece seu estado lipêmico.

A dislipidemia torna-se, portanto, importante fator de causalidade no desfecho de doenças cardiovasculares. A mortalidade por doença arterial coronariana é a principal causa de morte no país e o colesterol elevado possui evidências para ser considerado o principal fator de risco modificável. Reduções de colesterol, por meio de mudanças no estilo de vida e/ou fármacos, teriam grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares (5).

4 Metodologia

4.1 Público Alvo

Trata-se de um trabalho de intervenção a ser desenvolvido em ESF, envolvendo pacientes de alto risco cardiovascular, classificados de acordo com o escore de Framingham, em acompanhamento na unidade PSF Dr Humberto Cunali em Mococa-SP.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo realizar-se-á nos bairros, ruas de abrangência e áreas de influência da unidade de PSF Dr Humberto Cunali limitando-se, portanto, ao perímetro de atuação da unidade.

4.3 Estratégia e ações

O levantamento de dados será obtido, pela expressa autorização em termo de consentimento livre e esclarecido, por meio da análise retrospectiva em prontuários próprios e comparação dos dados após um ano. Serão selecionados para este estudo apenas pacientes classificados no escore de Framingham como alto risco cardiovascular. Estes pacientes primariamente serão agrupados entre aqueles que atingiram metas lipêmicas de acordo com sugerido pelas últimas diretrizes nacionais em vigor e aqueles que abandonaram o tratamento antes. A seguir, serão estratificados em 4 grupos conforme sugere a classificação para dislipidemias da V Diretriz Nacional para Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Estes 8 grupos de pacientes terão seus valores de colesterol dosados após um ano e serão comparados os valores para obtenção de dados relativos à taxa de recidiva dislipidêmica discriminada para cada um deles. Espera-se com isso determinar qual o grupo mais resiliente à abordagem e dentre eles, qual o tratamento mais efetivo, de acordo com a análise de variáveis independentes: terapia medicamentosa isolada e suporte nutricional com avaliação de nutricionista, acompanhamento nutricional isolado e terapia medicamentosa associada, utilização de fibratos ou estatinas, duração do tratamento e o resultado do mesmo entre os diversos grupos analisados. Não serão utilizados questionários e a entrevista ocorrerá naturalmente seguindo modelo de consulta clínica habitual, realizada por um único médico, que tomará suas condutas baseado em recomendações das últimas diretrizes nacionais.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão incluídos no estudo a partir de 2015 e terão seus dados classificados após um ano, quando será feito novo levantamento a partir dos exames solicitados em rotina para estes pacientes, não sujeitando o Sistema de Saúde a recursos adicionais para a realização do projeto de intervenção.

O custeio das impressões dos consentimentos de participação na pesquisa será bancado pelo pesquisador, que utilizará modelo inspirado em trabalhos semelhantes, norteando-se em relação às decisões do conselho de ética a ser consultado.

5 Resultados esperados

Espera-se com este estudo diagnosticar possíveis deficiências na abordagem e adesão à terapia proposta, amparando-se nos resultados do estudo REACT, particularmente no que tange à resolutividade do tratamento embasado em metas. Este estudo encontrou valores acima da meta em 20% a 30% da amostragem (Figura 1), valores que serão utilizados para efeito de comparação.

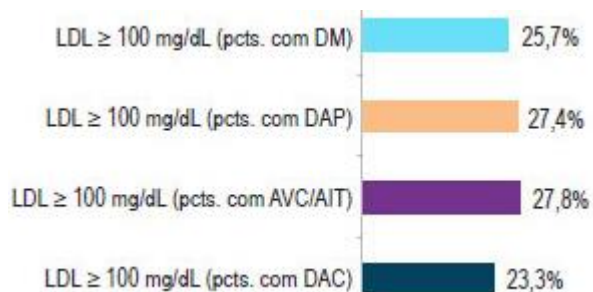


Figura 1 - Excerto de figura obtida através dos dados do estudo REACT, que serão utilizados para efeito de comparação neste projeto de intervenção.

7 Referências

- 1- Mahmood, Syed S et al. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet* , 2014, 383 (9921): 999 - 1008
- 2- Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, et al. National Alert Campaign about Increased Cholesterol. Determination of Cholesterol Levels in 81,262 Brazilians. *Arq Bras Cardiol* 2003;80: 635-8.
- 3- Berwanger, O et al. Prescrição de terapias baseadas em evidências para pacientes de alto risco cardiovascular: estudo REACT. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo ,2013, 100 (3) págs. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130062>.
- 4- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2005: health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2005.
- 5- Xavier HT et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 101, n. 4, supl. 1, Out. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.
- 6- Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(supl 1):1-18.
- 7- Schramm JMA et al . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, Dez. 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>.
- 8- Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *New England Journal Medicine*. 2005; 352(16):1685-95

9- Sharret AR et al. Associations of lipoproteins cholesterol, apolipoproteins A-I and B, and triglycerides with carotid atherosclerosis and coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk in communities (ARIC) Study. *Atheroscler. Thromb.* 1994; 14: 1098 – 1104

10- MORAES, SA et al. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP: resultados do Projeto EPIDCV. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo , v. 57, n. 9, Dec. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302013000900004>.

11- Moraes SA, Freitas ICM. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):591-601.

12- GIGANTE et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, supl. 2, Nov. 2009. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900011>.