



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE TCC

Intervenção educativa para diminuir a prevalência de dislipidemia em pacientes da UBS Isabel Marin, Birigui.

AUTORA: Leyanis Licea Castellanos.

ORIENTADORA: Profa. Nielse Cristina de Melo Fattori.

Birigui - SP

2015

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	03
1.1. Identificação e apresentação do problema		03
1.2. Justificativa		04
2. OBJETIVOS		07
2.1. Objetivo geral		07
2.2. Objetivos específicos		07
3. METODOLOGIA		08
3.1. Cenário da intervenção		08
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção		08
3.3. Estratégias e ações		08
3.4. Avaliação e monitoramento		09
4. RESULTADOS ESPERADOS		10
5. CRONOGRAMA		11
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		12

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

Atualmente, a região das Américas e no resto do mundo, experimentou umas sérias doenças epidêmicas crônica com alta mortalidade cardiovascular. De acordo com as projeções da Organização Mundial de Saúde, esta tendência de elevação na doença cardiovascular tende a persistir, agravando ainda mais o quadro de morbidade e mortalidade elevadas nestes países.¹ Entre principais causas desta epidemia, de acordo com relatórios recentemente, há fatores de risco associados com estilos de vida como um baixo consumo de frutas e legumes, a inatividade física e tabagismo.² Dislipidemias estão entre os principais fatores de risco para mortalidade por doença cardiovascular na região e no Brasil.

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de um ou mais lipídeos/lipoproteínas presentes no sangue (triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta [HDL] e baixa densidade [LDL]). Essas alterações no perfil lipídico estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento da aterosclerose.³

As anormalidades nos lipídeos e lipoproteínas são extremamente comuns na população geral, e são consideradas um fator de risco altamente modificável para doenças cardiovasculares, devido à influência do colesterol, uma das substâncias lipídicas clinicamente mais relevantes, na aterosclerose. Algumas formas de dislipidemia podem também predispor à pancreatite aguda.⁴ Sabe-se que, além da herança familiar, a obesidade (principalmente abdominal), a hipertensão arterial e o diabetes são outros fatores de risco relevantes. O estilo de vida também interfere nas alterações lipídicas. Hábitos como fumar, ter uma vida sedentária e uma alimentação inadequada, também ajudam a desregular o perfil lipídico. Assim, evitando-se estes fatores pode-se evitar a dislipidemia, mesmo quando existir a tendência hereditária.¹

Embora seja verdade que para reverter este problema requer políticas e programas abordagem multisetorial e preventiva, o papel do médico no primeiro contato, deve ser um instrumento para a identificação de um problema de saúde que normalmente se comporta como uma condição silenciosa, que não causa sintomas e poderia ser controlada com medidas relativamente simples quando é corretamente diagnosticada.²

Na população brasileira, é observada elevada taxa de dislipidemia. Gigante e cols.⁵, analisando dados de 49.395 adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, observaram uma taxa autorreferida de dislipidemia próxima de 16,5%, evidenciando o grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública brasileira.

Os níveis séricos de colesterol total (CT) foram avaliados no Brasil em regiões específicas. Estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 + 10 anos, no ano de 1998, mostrou que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem CT > 200 mg/dl. Neste estudo, os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas.¹

Em outro estudo brasileiro, feito em 2005 em Salvador, a prevalência de níveis muito altos de triglicérides em adultos (240mmol/L ou mais) foi de 27% dos homens e 30% das mulheres. Colesterol elevado foi encontrado em cerca de 30% da população (na pesquisa anterior foi de 37%).⁶ Devido a esta alta prevalência das dislipidemias, tornou-se necessário estratificar os pacientes em grupos de maior risco e desenvolver políticas de saúde capazes de cooptá-los para o tratamento.

No município Birigui a situação com a Dislipidemia não é diferente do estado São Paulo e do resto do Brasil, a incidência da doença neste município é muito alta, embora que não reflitam a realidade, ao existir pessoas que tem esta doença e não estão cadastradas como tal, e além exibir um número elevado de pacientes portadores de obesidade e inadequados hábitos dietéticos.

Na UBS Isabel Marim, cenário do presente projeto apresenta uma incidência elevada de pacientes com dislipidemia situação similar ao município. Tendo em conta o antes exposto decido fazer meu trabalho nesta patologia com o objetivo

de fazer um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Dislipidemia nos pacientes da UBS Isabel Marim do município Birigui, São Paulo.

1.2. Justificativa

A Unidade de Saúde da Família envolvida neste projeto de intervenção encontra-se localizada no bairro “Isabel Marim”, área urbana do município de Birigui, estado do São Paulo. Esta UBS é tipo 2 e está constituída por duas equipes de saúde, cada uma é composta por um profissional médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde, um agente administrativo e uma assistente de serviços gerais e oferece os seguintes serviços: recepção com 30 cadeira, vacina, farmácia, 3 consultórios de medicina geral, 1 consultório de pediatria e ginecologia-obstetrícia, 1 pre e pós-consulta de enfermagem, nebulização, sala de observação com uma maca e 2 cadeira, consulta odontológica com 3 cadeira odontológicas, sala de reunião, 3 banheiro, cozinha, 1 almoxarifado de insumos, escritório do coordenador e escritório da chefe de enfermagem. O controle de insumo é feito pela chefia de enfermagem e não costumam faltar. Por último a UBS trabalha por agendamento e demanda espontânea.

Na referida unidade, 10.897 pessoas são assistidas, sendo 5.245 (48,2%) homens e 5.652 (51,8%) mulheres. Quanto à população temos predominância de adultos jovens com 2.714 entre 20 e 49 anos, o número de criança menos de 1 ano é de 74 e de 1 a 6 anos de 372, já o número de pessoas acima de 60 anos 609 pessoas.

Quanto as características das famílias assistidas seguem às condições de escolaridade e analfabetismo temos 95,18% das crianças de 7 a 14 anos na escola e 98,42% alfabetizados.

Quanto às condições sociais, temos 84(2,31%) famílias inscritas no programa Bolsa Família e 5(0,14%) possuem o CAD-ÚNICO, que está relacionado ao recebimento de algum benefício social do governo.

Quanto às condições de moradia, 99,95% das residências são de tijolo/adobe, O abastecimento de água por rede pública está presente em 95,24% das moradias, porem as formas de tratamento desta agua no domicilio é irregular, sendo filtração

66,00%, cloração 15,34%, fervura 0,25% e sem tratamento 18,42%. O lixo é coletado em 99,95% das residências e 99,59% das mesmas apresentam sistema de esgoto, 0,22% apresentam fossa e 0,19% deixam o lixo a “céu aberto”. A energia elétrica está presente em 99,75% das casas.

Quanto doenças referidas, temos as seguintes porcentagem em relação ao total de pessoas cadastradas: Álcool, 10(0,09%); Chagas, 8(0,07%); Deficiências, 28(0,26%); Diabetes, 395(3,62% acima de 15 anos); Distúrbios mental, 0; Epilepsia, 15(0,14%); Hipertensão, 1.411(12,95%); Hanseníase, 0; Malária, 0; e Tuberculose, 0. Quanto às gestantes, 20(0,39%).

Conforme constatado anteriormente, problemas frequentes que incidiram em 2014 na ocorrência de doenças são as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A prevalência das doenças referidas evidencia números abaixo do esperado para Diabetes, Hipertensão e Tuberculose, ou seja, a literatura traz valores esperados na população acima de 20 anos de 8 a 12% para Diabetes e 20 a 25% para Hipertensão e para Tuberculose 1% da população e sintomático respiratório e deste 4% pode a doença ⁷.

Assim, um dos problemas mais importantes identificados na população da referida unidade de saúde ao realizar-se o diagnóstico situacional foi que a Dislipidemia é uma doença com uma alta incidência e prevalência na área de abrangência da equipe, com tendência a incrementar-se em relação com algumas doenças que interfere na qualidade de vida das pessoas.

Com a chegada do programa “Mais Médicos” na referida região, pretende-se apresentar um projeto de intervenção em UBS para garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes com dislipidemia pelo fato de ser um fator de risco para doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo estas as mais frequentes, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes com essa doença.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Proporcionar um plano de intervenção que possibilite a diminuição da prevalência de dislipidemia em pacientes da Unidade Básica de Saúde Isabel Marim.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar os fatores de risco dos pacientes com dislipidemia na comunidade Isabel Marim.
2. Verificar o conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco da Dislipidemia.
3. Estimular adesão ao tratamento por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e pacientes com dislipidemia.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário da intervenção

Será realizado um plano de intervenção em pacientes com fatores de risco de Dislipidemia da Unidade Básica de Saúde (UBS) Isabel Marim, do município Birigui, SP. visando aumentar o nível de conhecimentos dos mesmos quanto à prevenção da doença.

3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

O universo do estudo é de 100% dos pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de Dislipidemia e com algum risco associado, atendidos nas consultas de Hipertensão. Serão acompanhados todos aqueles pacientes que concordarem em participar da intervenção, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: Pacientes com fatores de risco associados maiores de 18 anos que se dispuserem a participar do projeto, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão: Pacientes que vivem muito longe da unidade básica de saúde e aqueles que se recusarem a participar.

3.3. Estratégias e ações

A intervenção educativa em saúde é uma das principais ferramentas para viabilizar a prevenção de doenças e promoção da saúde na atenção primária, o reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional é de grande

importância para o controle das doenças crônicas não transmissíveis como as Dislipidemias.

Serão propostas temáticas a serem abordadas em linguagem de fácil acesso a partir de reuniões que terão uma periodicidade quinzenal e tempo de duração aproximado de uma hora. A seleção desse tipo de estudo é uma forma de promover a saúde e prevenir as complicações da Dislipidemia.

A intervenção educativa buscará contribuir para diminuir a frequência de Dislipidemia por causa de múltiplos fatores de risco nos pacientes da UBS tais como, obesidade, sedentarismo, maus hábitos dietéticos como o consumo de uma dieta alta em gordura saturada e colesterol, alcoolismo, doenças como hipotireoidismo, insuficiência renal e Diabetes Mellitus não controlada tudo isso podendo ser produto de hábitos ou estilos de vidas inadequados, baixo nível de informação da população e trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema.

Com o aumento da educação em saúde, a estratégia de trabalhar com grupos de pacientes com dislipidemia facilitam a abordagem de temas, e favorece o aumento dos conhecimentos e práticas dos pacientes, e do pessoal de saúde participante no estudo, melhorando a prevenção, controle, e adesão ao tratamento por parte dos usuários, os fatores de riscos, complicações assim como possíveis causas de descompensações associados a esta doença, reconhecendo os hábitos alimentares adequados e a práticas de exercícios físicos, assim como lazer, levando a reflexão em relação ao projeto de vida, relações familiares e sociais, questões de gênero e desenvolvimento da autoestima. O trabalho com os grupos por patologia criados facilita uma maior reflexão com os assuntos discutidos, trocam de experiências, mudanças do comportamento e comunicação não só com o doente sino também com a família e a comunidade em geral.

Os dados levantados são coletados das seguintes fontes: registros escritos dos prontuários de atendimentos existentes e entrevistas com os pacientes que participarem da ação educativa.

3.4. Avaliação e monitoramento

A avaliação dos resultados será feita por meio de uma entrevista a ser realizada após a intervenção educativa, aplicada pela autora do estudo com apoio do

restante da equipe de saúde, constituindo onze pessoas, para verificar o grau de apreensão dos conhecimentos dos pacientes para modificar os fatores de risco e prevenir a aparição de complicações da Dislipidemia.

Os dados serão processados e será apresentado na forma de tabelas e gráficos com a utilização do software Microsoft Excel.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Com este projeto espera-se ampliar o nível de informação da população em 100 % da população atendida, diminuir em um 25 % o número de sedentários, sobrepesos, obesos, tabagistas, alcoólatras e pacientes com dislipidemias. Além disso, espera-se aumentar em 100 % o grau de satisfação da população quanto à atenção prestada pela equipe e, com isso, diminuir as filas na Unidade Básica de Saúde na sala de acolhimento.

O papel fundamental é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas pelos responsáveis designados para cada projeto assim como o estabelecimento dos prazos para obter os resultados de forma ótima.

5. CRONOGRAMA

Atividade	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο
Elaboração do projeto		X				
Aprovação do projeto						X
Estudo da referência teórica\Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X			
Discussão e análise dos resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização de trabalho						X

6. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e prevenção da Aterosclerose.
2. Barquera CS, Campos NI. Dislipidemias: epidemiología, evaluación, adherencia y tratamiento. México: D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición, 2009
3. Araújo FR, Giulliano DD, Casonatto3 J. Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta. Arq Bras Cardiol 2007; 88 (supl.1): 1-19
4. Rocha MT, Santos RD, Armaganijan D. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do Nível de Colesterol de 81.262 Brasileiros. Arq Bras Endocr Metabol 2006; 50: 499-504.
5. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LM. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. Rev Saúde Publica. 2009;43 (supl. 2):83-9.
6. Lessa I et al. Prevalência de dislipidemia em adultos da demanda laboratorial de Salvador, Brasil. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/preval%C3%AAncia-dislipidemias-em-adultos-da-demanda-laboratorial-salvador-brasil/id/305098.html acessado 10 de fevereiro 2015
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008. Vinte anos do Sistema Único de Saúde no Brasil; 2008

8. CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.
9. Guedes DP, Gonçalves LA. [Impact of the habitual physical activity on lipid profile in adults]. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(1):72-8.
10. Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 12-8.
11. Parente EB, Guazzelli I, Ribeiro MM, Silva AG, Halpern A, Villares SM. Perfil lipídico em crianças obesas: efeitos de Dieta hipocalórica e atividade física aeróbica. *Arq Bras Endocr Metabol* 2006; 50: 499-504.
12. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saúde Pública* 2003; S19: 47-53
13. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afiune Neto A, Souza AD, et al. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Brazilian Guideline for dyslipidemia and atherosclerosis prevention: Department of Atherosclerosis of Brazilian Society of Cardiology. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(Suppl. 1):2-19.
14. Fernandes RA, Zanesco A. Early physical activity promotes lower prevalence of chronic diseases in adults *Hypertens Res.* 2010;33(9):926-31.
15. Fernandes RA, Christofaro DG, Casonatto J, Costa Rosa CS, Costa FF, Freitas Júnior IF, et al. Leisure time behaviors: prevalence, correlates and associations with overweight in Brazilian adults: a cross-sectional analysis. *Rev Med Chil.* 2010;138(1):29-35.
16. Florindo AA, Hallal PC, de Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009;43(Suppl. 2):65-73.
17. Lessa I. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.* Hucitec /ABRASCO (ed). São Paulo, cap. 5: 75-96, 1998.

18. PESSUTO J; CARVALHO, E.C. *de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. latinoam. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, janeiro 1998.*