



**Universidade Federal de São Paulo**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA REDUZIR A HIPERCOLESTEROLEMIA  
UBS EUNICE, JANDIRA, SÃO PAULO.**

**Autor: Racieli Utra Pino**  
**Orientador: Wuber Jefferson de Souza Soares**

**São Paulo**  
**2015**

## SUMÁRIO

|   |   |
|---|---|
| 1.Introdução.....                                 | 1 |
| 1.1 Identificando e apresentando o Problema ..... | 1 |
| 1.2 Justificativa.....                            | 2 |
| 2. Objetivos .....                                | 3 |
| 2.1 Objetivo geral.....                           | 3 |
| 2.2 Objetivos específicos.....                    | 3 |
| 3. Metodologia.....                               | 4 |
| 4.1 Cenário do estudo.....                        | 4 |
| 4.2 Sujeitos da intervenção.....                  | 4 |
| 4.3 Estratégias e ações .....                     | 4 |
| 4.4 Avaliação, Monitoramento.....                 | 5 |
| 4. Resultados esperados.....                      | 5 |
| 5.Cronograma.....                                 | 6 |
| 6.Referências.....                                | 7 |

## Introdução

### 1.1- Identificando e apresentando o Problema

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo.<sup>(1)</sup> Os custos diretos para os sistemas de saúde em todo o mundo representam impacto crescente. Segundo o *World Economic Forum*, a carga global das perdas econômicas, entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares.<sup>(2)</sup> Em países da América Latina e Caribe, e também no Brasil, os óbitos causados por essas enfermidades nas últimas décadas corresponderam a 72% do total das causas de mortes.<sup>(3)</sup> Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo.<sup>(4)</sup>

Apesar da gravidade e do aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. A OMS propõe uma abordagem de prevenção e controle integrados, focada em todas as idades e baseada na redução dos seguintes problemas: hipertensão arterial, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia.<sup>(3)</sup>

A hipercolesterolemia (também chamado dislipidemia ou colesterol total alto) ou presença de níveis elevados de colesterol no sangue é um esterol, uma das três principais classes de lipídios que as células animais utilizam para construir as suas membranas. É também o precursor dos hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D. O colesterol é insolúvel em água e é transportado no plasma sanguíneo nas partículas de proteína (lipoproteínas). As lipoproteínas são classificadas pela sua densidade: lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteínas de densidade intermediária (IDL), e lipoproteínas de alta densidade (HDL). Todas as lipoproteínas carregam o colesterol, mas níveis elevados de colesterol, exceto para lipoproteínas HDL e em particular o colesterol LDL, estão associados com um aumento do risco de aterosclerose e doença cardíaca coronária. Em contraste, os níveis mais elevados de colesterol HDL são protetores.<sup>(5)</sup>

A hipercolesterolemia tem como causas uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Os fatores ambientais incluem hábito de fumar, obesidade e sobrepeso, a dieta (os alimentos escolhidos para consumo), sedentarismo e estresse. As contribuições genéticas devem-se normalmente aos efeitos de alguns genes, embora possa ter como causa um defeito genético, tal como no caso da hipercolesterolemia familiar. Existem várias causas secundárias: diabetes tipo 2, álcool, gamopatia monoclonal, diálise, síndrome nefrótica, hipotireoidismo.<sup>(6)</sup>

A oclusão súbita de uma artéria coronária pode resultar em infarto do miocárdio ou ataque cardíaco. Uma oclusão de uma artéria que fornece sangue ao cérebro pode causar um acidente vascular cerebral. A maioria das pessoas com colesterol alto não apresenta sintomas ou alterações suspeitas. Alguns casos podem apresentar depósitos de colesterol nos olhos, pele e tendões. Este fator de risco promove o desenvolvimento de aterosclerose, provocando placas de ateromas, obstrução das artérias e afetar o órgão fornecido.<sup>(7)</sup>

Com base em experiências comunitárias bem-sucedidas, recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de futuros projetos, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e prioridades, a colaboração dos indivíduos, principalmente dos líderes e organizações comunitárias, a

importância do envolvimento dos serviços de saúde locais e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis.<sup>(8)</sup>

Programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos têm sido introduzidos em diferentes países, com o intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades.<sup>(4)</sup>

## **1.2 Justificativas da intervenção**

Esta temática foi escolhida para o desenvolvimento do projeto de investigação pelo número elevado de pacientes portadores de hipercolesterolemia na comunidade de Vila Eunice, município Jandira, São Paulo. Existe um grande número de pacientes que são portadores de doenças crônicas, associadas com este fator de risco. O controle do colesterol significa controlar o risco de doenças cardíacas coronárias, AVC, contudo é um processo complexo e multidimensional com o objetivo de prevenção primária, detecção precoce e tratamento adequado e oportuno para prevenir complicações.<sup>(9)</sup>

As intervenções educativas têm mostrado ter efeito positivo no controle e prevenção de fatores de risco das doenças não-transmissíveis, tanto no nível individual, grupal e social.<sup>(10)</sup>

Que fatores favorecem a hipercolesterolemia e como diminuir a prevalência na área da UBS Vila Eunice? Acredite-se por meio deste estudo seja possível contribuir na diminuição de este fator de risco e ampliação dos conhecimentos para evitar futuras complicações.

## **2-OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo geral

- Diminuir os factores de risco de hipercolesterolemia através da educação em saúde.

### 2.1 Objetivos específicos

- Propor de estratégia de intervenção para diminuir a incidência de hipercolesterolemia.

- Contribuir ao conhecimento dos pacientes nessa área sobre controle e prevenção dos factores do risco.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Cenários do estudo**

O presente projeto de intervenção deverá ser desenvolvido na UBS Eunice do município Jandira, São Paulo, de Janeiro 2015 a Dezembro 2015.

#### **3.2 Sujeitos da intervenção**

Serão incluídos nos estudos pacientes com cifras de colesterol elevadas, diagnosticados na consulta de acompanhamento dos pacientes da equipe de saúde número 2 da UBS Eunice. A coleta dos dados será efetuada realizando-se um questionário inicial e um questionário final após a aplicação da intervenção educativa. Estabeleceremos um local com privacidade e sigilo das informações coletadas, respeitando os preceitos de pesquisa envolvendo seres humanos. Os entrevistados serão informados sobre o estudo e consultados, assinando duas vias do Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Critérios de inclusão: voluntariedade.

Critérios de exclusão e saída: ausências às palestras.

#### **3.3 Estratégias e ações**

##### **3.3.1 Fase I – Estrutura**

Serão selecionados locais e os instrumentos a utilizar como: esfigmomanômetros, luvas, estetoscópio e recursos materiais necessários. Dentro dos recursos humanos necessários, precisaremos dos profissionais da equipe de Saúde da Família da equipe da ESF 2, que efetuarão palestras, as quartas-feiras, no período da tarde.

Nesta fase se avaliará a quantidade de pacientes com cifras elevadas de colesterol na ESF 2. Se realizará um questionário ao início e final da intervenção educativa para avaliar fatores de risco e estilo da vida dos pacientes que participam no estúdio.

##### **3.3.2 Fase II – Processo**

As palestras serão num total de 4 encontros de 2 horas cada um.

Os temas a tratar serão:

- Conhecimento da Doença, fisiopatologia, 2h;
- Orientações que abordam o tratamento não farmacológico: prevenção dos fatores de risco da hipercolesterolemia, 2h;
- Necessidade da mudança do estilo de vida, 2h;
- Necessidade de cumprir com o tratamento farmacológico da hipercolesterolemia, 2h.

### **3.3.3 Fase III – Resultado**

Será aplicado um questionário após da intervenção educativa para avaliar impacto da capacitação, se avaliarão as cifras de pressão arterial, peso ao início e final. Avaliar se existirem complicações, internação, comportamento dos fatores de risco de cada um, qualidade de vida e se houve mudanças ou não.

### **3.4 Avaliação e monitoramento**

O monitoramento das atividades dos participantes do projeto deverá ser realizado pelos membros da ESF. As avaliações deverão ser realizadas em cada consulta, para que sejam discutidas intercorrências, para possíveis câmbios necessários no tratamento.

## **4. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se obter, com o desenvolvimento desta estratégia de intervenção educacional, mudar o estilo de vida dos pacientes para evitar a hipercolesterolemia e prevenir as complicações.





## REFERENCIAS

1. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(5):343–50.
2. Pan American Health Organization. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: PAHO; 2007. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cncdspt.pdf> Acessado em novembro de 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra: WHO; 2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf) Acessado em novembro de 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
6. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la población mundial: revisión de 2010*, edición en CD-ROM. Nueva York, Naciones Unidas, 2011.
7. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência Saúde Colet*. 2012;17(1):7–17.
8. Genest J, Libby P. Lipoprotein disorders and cardiovascular disease. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 47.
9. Semenkovich, CF. Disorders of lipid metabolism. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 213.
10. IV directriz brasileira sobre Dislipidemias e prevencao da Aterosclerose. *Arquivos brasileiros de Cardiologia*,v. 88,Suplemento I,abril 2007.