



Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância – Profissionais da Atenção Básica – UNA-SUS

Roberto Eugenio Aragón González

Prevenção das Dislipidemias

Orientador: SIMONE GOMIDE DOS SANTOS

São Paulo

2015

Sumário

Conteúdo	Pagina
Introdução	1-2
Objetivo	3
Revisão da literatura	4-5-6
Metodologia	7
Cenário do estudo	7
Sujeitos da intervenção	7
Estratégias e ações	7
Avaliação e Monitoramento	8
Resultados esperados	8
Cronograma	9
Referências	10-11

Introdução

Diversos estudos no Brasil reportaram que a condição de sobrepeso e obesidade se relaciona às dislipidemias (1,2,3). Na população brasileira, observou-se maiores taxas de dislipidemia. Cols e gigante. (2), analisando dados de 49,395 nas capitais brasileiras residentes adultos e não o Distrito Federal, observaram uma autorreferida taxa de dislipidemia próximo de 16,5 por cento, demonstrando o grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública brasileira.

O sobrepeso e a obesidade, caracterizados pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo corpóreo, são problemas crescentes no cenário epidemiológico mundial e representam um grande desafio para a saúde pública de diversos países(1). No Brasil, entre 1975 e 2009, o sobrepeso, caracterizado por Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² em homens e mulheres entre 20 e 59 anos, aumentou, respectivamente, de 18,5 para 50,1% e de 28,7 para 48%, enquanto a prevalência de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), na população adulta, aumentou de 2,8 para 12,4% nos homens e de 8,0 para 16,9% nas mulheres(2). Esse crescimento é preocupante, pois o Excesso de Peso (EP) é fator de risco para diversos agravos à saúde dos indivíduos(4,5), além de gerar aumento significativo nos gastos diretos e indiretos.

Dislipidemia é caracterizada pela extraordinária quantidade de colesterol e triglicérides no sangue, o que aumenta o risco de aterosclerose, doença cardíaca, derrame e hipertensão. Em geral, as dislipidemias são produzidas quando os níveis de colesterol no sangue ultrapassam os valores normais.

O colesterol é uma molécula presente em todos os seres vivos do reino animal, incluindo o ser humano. Parte insubstituível das membranas celulares e é um precursor de hormônios esteróides e ácidos biliares. Colesterol, sendo hidrofóbico, deve ser transportado no sangue em partículas especiais contendo lipídios, proteínas, lipoproteínas. Componente de proteína das lipoproteínas, apolipoproteínas, são importantes para solubilizar lipídeos no plasma e vetorizar o metabolismo das lipoproteínas. Receptores opióides apolipoproteínas e alguns modificar a atividade de enzimas envolvidas no metabolismo de lipídios.

Os níveis de colesterol no sangue e seu metabolismo são determinados, em parte, pelas características genéticas do indivíduo e em parte por fatores adquiridos, tais como a dieta, o equilíbrio de calorias e nível de atividade física.

A prática insuficiente de exercícios físicos também constitui um fator de risco para o desenvolvimento do quadro clínico de dislipidemia e aterosclerose. Lípidos são importantes substratos para a produção de energia durante a prática de exercícios físicos e estudos mostram que adultos fisicamente ativos apresentam maior concentração plasmática de HDLcolesterol, menores concentrações de LDLcolesterol e triglicérides quando comparados àqueles sedentários (4,5). Mais do que isso, a prática sistematizada de exercícios físicos parece ser um importante

estimulador do aumento do tamanho das moléculas de LDL-colesterol, diminuindo sua capacidade de penetrar no espaço subendotelial e ser oxidado. Com base em tais efeitos benéficos, a IV Diretriz Brasileira de Prevenção e Aterosclerose indica que a mudança de estilo de vida deve ser a primeira linha de frente no combate à dislipidemia.

Assim, mais do que um agente não farmacológico utilizado no tratamento dessa doença, o exercício físico pode ser um dos pilares da prevenção primária na história natural da doença, desempenhando importante papel em sua prevenção e, nesse ponto, há uma lacuna na literatura sobre o efeito protetor do exercício físico acumulado ao longo da vida na ocorrência de dislipidemia na idade adulta. Estudos recentes têm indicado que a prática de exercícios físicos na infância e adolescência, mais do que o praticado na idade adulta, constitui um importante determinante na ocorrência de desfechos como hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia na idade adulta.

Insuficiente prática de exercícios físicos também constitui um fator de risco para desenvolvimento clínico quadro de dislipidemia e aterosclerose. Substratos importantes de lipídeos são para produção de energia durante uma prática de exercícios físicos e estudos mostram que adultos fisicamente desagrado maior concentração plasma HDL-colesterol ativos, menores concentrações de LDL-colesterol e vegetarina quando comparados aqueles sedentarismo (4,5). É tão mais, uma prática sistemática de exercícios físicos do que parece ser um importante estimulador aumentar tamanho das moléculas de LDL-colesterol, diminuindo sua capacidade de penetrar sem Espaço subendotelial e5para ser oxidado. Com base em tais efeitos benéficos Prevenção IV Diretriz Brasileira e aterosclerose6 indica que uma mudança de estilo de vida deve ser a primeira linha de frente não-combate a dislipidemia.

Com este documento pretendemos tornar a prevenção do aparecimento de dislipidemia na população servida com um projeto.

Objetivos:**Geral:**

Elevar o nível de conhecimento da população acerca dos riscos, complicações e forma da prevenção das dislipidemias, através de uma intervenção educativa.

Específicos:

Avaliar o conhecimento da população sobre manter uma dieta segura y saudável.

Aplicar estratégias de intervenção sobre os temas de saúde Integral das famílias, nas escolas e centros esportivos.

Revisão da literatura

A dislipidemia é causada quando se ingere uma dieta rica em colesterol e gorduras, quando o organismo produz colesterol e triglicérides demais ou ambas as situações.

Assim, você pode ter dislipidemia por estar com aumento de peso, ter dieta inadequada, ser sedentário, entretanto também pode ter mesmo não tendo nenhum destes fatores de risco mas por questões genéticas. Pode ainda ser causada por outras doenças que interfiram com o metabolismo como diabetes mellitus, hipotireoidismo, etc. ou pelo uso de alguns medicamentos como corticoides. Independente da causa, a dislipidemia pode causar doença cardíaca ou derrame.

Manter o colesterol sob controle é importante para todo indivíduo: homem ou mulher, jovem, meia-idade ou idoso e pessoas com ou sem doença cardíaca.

Classificação Etiológica das Dislipidemias

Pode ser causada por defeitos genéticos (dislipidemia primária), ou ser o resultado de doenças ou fatores ambientais (dislipidemia secundária). Em muitas ocasiões, defeitos genéticos exigem a presença de fatores secundários para expressar-se clinicamente (dislipidemia de etiologia mista). (**1-6**). Defeitos genéticos: a principal causa dislipidemia genética é a hipercolesterolemia familiar, a família combinado dislipidemia, hipercolesterolemia poligênica, o Dysbetalipoproteinemia, a família de Hipertrigliceridemias e o déficit de HDL. Sua prevalência a nível da população é de cerca de 4%, que sobe para 30-40% em portador de população de doença coronariana. (**2-7**) causando patologias de dislipidemias: são obesidade, Diabetes Mellitus, hipotireoidismo, colestase, insuficiência e nefrônica síndrome renal. (**3-8**)

A apresentação laboratorial das dislipidemias se resume a 4 situações:

- 1) valores aumentados do CT ou hipercolesterolemia isolada;
- 2) valores aumentados dos TG ou hipertrigliceridemia isolada;
- 3) valores aumentados do CT e dos TG ou hiperlipidemia mista;
- 4) valores diminuídos do HDL-C isoladamente ou em associação a alterações do LDL-C e/ou dos TG. (**9,10,11,12**)

Classificação Fenotípica, Segundo a Expressão Clínico-Laboratorial das Dislipidemias

Desde 1967, a classificação fenotípica de Fredrickson e col. (**13**), referendada pela OMS em 1970, vem sendo utilizada e teve o mérito de introduzir uma linguagem

universal. Embora não leve em conta a etiologia das dislipidemias, tem utilidade para seu diagnóstico inicial.

Fenotipo	Anormalidade de lipoproteínas	Resultados
Tipo I	>Quilomicrones	+++Triglicéridos
Tipo IIa	>LDL	+Colesterol
Tipo IIb	>LDL y VLDL	+Colesterol y triglicéridos
Tipo III	>LDL	+Colesterol y triglicéridos
Tipo IV	>VLDL	+Triglicéridos, colesterol normal o ligeramente
Tipo V	>VLDL, quilomicrones presentes	+++Colesterol y triglicéridos
LDL: lipoproteína de baixa densidade; VLDL: lipoproteína de muito baixa densidade.		

Algumas coisas que a população precisa saber sobre dislipidemia:

1. Os estudos têm mostrado que as placas de gordura nas artérias (circulação) começam muito cedo, onde predominam o sedentarismo; alimentação rica e abundante em gordura e açúcar livre; a obesidade; o estresse; e o tabagismo. A estimativa é a de que, aos 20 anos, cerca de 20% das pessoas estarão afetadas de alguma forma. Por tanto, os eventos finais deste processo, infarto e derrame, são as maiores causas de mortalidade.

2.O risco de aterosclerose coronariana aumenta, significativamente, em pessoas com níveis de colesterol total e LDL acima dos patamares da normalidade. Para colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco.

3.Níveis de colesterol HDL maiores do que 60 mg/dL caracterizam um fator protetor. Já os níveis de triglicérides maiores do que 150 mg/dL elevam o risco de doença aterosclerótica coronariana.

4.Algumas formas de dislipidemia também podem predispor à pancreatite aguda.

5.As secundárias podem ser provenientes de outros quadros patológicos, como o diabetes, por exemplo, e também podem ser originadas por medicamentos: diuréticos, betabloqueadores e corticosteroides, tomados devido a problemas como o hipertireoidismo e a insuficiência renal crônica ou ainda em situações como o alcoolismo e uso de altas doses de anabolizantes.

6.O diagnóstico da dislipidemia é feito, laboratorialmente, medindo-se os níveis plasmáticos de colesterol total, LDL, HDL e triglicérides.

7.A obesidade tem influência significativa no metabolismo lipídico e deve ser encarada como importante fator na sua interpretação e tratamento.

8.Uma dieta hipocalórica, pobre em ácidos graxos saturados e colesterol, é fundamental para o tratamento da dislipidemia. A atividade física moderada, realizada durante 30 minutos, pelo menos quatro vezes por semana, auxilia na perda de peso e na redução dos níveis de colesterol e triglicérides. Mesmo assim, ainda pode ser necessária a administração de medicamentos.

Metodologia

Cenário do estudo

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência do PSF da equipe preto da USI Brotinho da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jandira SP, envolvendo as respectivas escolas e espaços esportivos contidas neste espaço geográfico.

Sujeitos da intervenção

Equipe da ESF, Professores, especialmente educadores físicos, das escolas contidas no território de abrangência do PSF preto da USI Brotinho. Crianças desde 10 anos de idade até adolescentes do último ano do ensino médio e suas famílias.

Estratégias e ações

A equipe da ESF da USI Brotinho organizará a capacitação dos professores das escolas públicas contidas no território de abrangência, iniciando com uma discussão dentro do período de planejamento pedagógico e inserindo o tema das dislipidemias e a dieta como um projeto transversal, sempre em consenso com os tempos escolares, prevendo também que os pais sejam envolvidos nas discussões.

A capacitação promoverá uma abordagem direcionada a homem ou mulher, jovem, meia-idade ou idoso, englobando aspectos biológicos, como prevenção das dislipidemias, e acima de tudo sobre a própria forma de fazer as jantas.

Simultaneamente a ESF buscará a melhoria de acesso as famílias oferecido pela Equipe da ESF, orientação individual em consultas e em grupo, abordagem das famílias, inclusive em domicílio, aconselhamento, exames e medicamentos. Certamente com as discussões na Escola e espaços esportivos haverá aumento da demanda de pacientes na Unidade.

Da abordagem biológica, temos como objetivo a distribuição gratuita, pelo município, de material didático para todas as famílias, tendo em vista que se trata

de uma população carente, mudar a modalidade de tratamento com mais exercícios físicos y menos medicamentos y mudança da forma de preparar as jantas sendo mais saudáveis.

Esse conjunto de ações visa uma abordagem integral da doença, tanto no plano biológico como proporcionar melhor entendimento sobre aspectos psicossociais envolvidos na questão.

Avaliação e Monitoramento

Monitorar o nível de informações relacionadas a dislipidemia por parte das famílias, utilizando-se instrumentos de perguntas e respostas anônimos aplicadas nas casas, na escola e realizando as estatísticas como atividade das aulas de matemática; Acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando anualmente se houve redução das taxas de. Monitorar mensalmente a qualidade do acesso aos insumos oferecidos pela ESF as famílias, através de entrevistas de satisfação junto aos próprios.

Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação às dislipidemias; reduzir o número de pacientes com dislipidemias e suas consequências.

Cronograma de desenvolvimento do TC-PABS

Actividades (2014-2015)	
Fase de Observação Dezembro-Janeiro	Observar o meu ambiente de trabalho Discutir com minha equipe Discutir com minha orientadora
Fase de Estudo Janeiro-Fevereiro	Estudar sobre o problema selecionado Ler literatura sobre o tema principal de problema Discutir com minha orientadora
Fase de redação Março-Abril	Escrever o Projeto de Intervenção Discutir com minha orientadora
Fase de estudo Maio	Finalizar o documento Projeto de Intervenção Obter autorização de minha orientadora para envio

Referências

1. 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.
2. Pereira PB, Arruda IK, Cavalcanti AM, Diniz Ada S. Perfil lipídico em escolares de Recife – PE. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(5):606-13.
3. Guedes DP, Gonçalves LA. [Impact of the habitual physical activity on lipid profile in adults]. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(1):72-8.
4. Zaros PR, Pires CE, Bacci M Jr, Moraes C, Zanesco A. Effect of 6-months of physical exercise on the nitrate/nitrite levels in hypertensive postmenopausal women. BMC Womens Health. 2009;9:17,175.
5. Zaros PR, Pires CE, Bacci M Jr, Moraes C, Zanesco A. Effect of 6-months of physical exercise on the nitrate/nitrite levels in hypertensive postmenopausal women. BMC Womens Health. 2009;9:17.
6. Arteaga milho r., p. e Olmos Velasco N. Manual de Diabetes e doenças metabólicas. Dep. nutrição, Diabetes e metabolismo. Escola de medicina. P. universidad Católica de Chile.
7. de 1997. A. Arteaga, Velasco N.: dislipidemias. Tigela. Medicina ESC. Univ. P Católica, 1991; 20: 88-93
8. S: Grundy Dislipidemias aterogênico. Anormalidades de lipoproteína e implicações para a terapia. Estou. J. de Cardiol. 1995; 75: 45B - 52B.
9. Classification of hyperlipidemias and hyperlipoproteinemias. Bull Wld Hlth Org. 1970; 43: 891-915.

10. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, Arch Intern Med. 1988;148: 36-69.
11. Farmer UA, Gotto AM - Risk Factors for Coronary Artery Disease. In: Braunwald E (ed) - Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 4th ed, Philadelphia, WB Saunders, 1992, pp. 1135-39.
12. Quintao ECR - Hiperlipidemia: Etiologia, In: Quintão ECR (ed) Colesterol e Aterosclerose. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992, pp. 71.
13. Fredrickson DS, Goldstein JL, Brown MS (eds): The Metabolic Basis of Inherited Disease, 5th ed. New York, McGraw-Hill, 1983: 594.