



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E DIMINUIÇÃO DE DISLIPIDEMIAS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRELUSA DE SOUZA JOSÉ

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Especialista em Saúde
da Família.**

Orientadora: Priscila Mina Galati

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Geral	5
2.2 Específicos.....	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
4 MÉTODO.....	10
4.1 Local.....	10
4.2 Participantes.....	10
4.3 Ações.....	10
4.4 Avaliação e Monitoramento.....	11
5 RECURSOS ESPERADOS.....	12
6 CRONOGRAMA.....	13
7 REFERÊNCIAS.....	14

1 INTRODUÇÃO

As dislipidemias compreendem o aumento dos valores séricos das gorduras na corrente sanguínea (principalmente o colesterol e os triglicerídeos), esse aumento pode ser de origem primária ou secundária a outros agravos. Consiste em importante fator de risco para doença cardiovascular e cerebrovascular, podendo levar ao desenvolvimento de sérias complicações, que além de gerarem custos ao sistema de saúde, levam a importantes conseqüências para a vida pessoal e familiar da pessoa acometida (PEDROSO, 2007).

Xavier *et al*, 2013 destaca alguns fatores que podem favorecer o controle das Dislipidemias, como a prática de hábitos saudáveis, exercício físico regulares, cessação do alcoolismo, alimentação saudável, controle de doenças dentre elas Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, Síndrome Nefrótica, Insuficiência renal, dentre outras, assim como o controle regular do uso de medicamentos tais como diuréticos, anticoncepcionais, corticóides, anabolizantes, e outros, tendo em vista a sua relação com o metabolismo das gorduras sanguíneas.

Ainda fomentando a abordagem preventiva e de controle das dislipidemias, o adequado acompanhamento nutricional dos pacientes em risco, pode-se adotar o controle clínico-laboratorial a cada três meses até o controle ideal, instituindo terapia medicamentosa sistematizada quando necessário, visando atingir as metas lipídicas estabelecidas pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose como LDL-c <100 mg/dl, não-HDL-c <130 mg/dl.

Segundo Xavier *et al* (2013) o controle das dislipidemias, em especial as reduções mais intensivas do LDL-c, têm se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovascular. Nesse tocante as doenças isquêmicas cardíacas e cerebrovasculares hoje correspondem a dois terços das aproximadamente 350 mil mortes cardiovasculares anuais no Brasil (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014).

Ademais, evidências epidemiológicas contundentes relacionam baixos níveis de HDL-c com maior risco de morbimortalidade por doença arterial coronariana. Por sua vez, a elevação de triglicerídeos também se associa ao risco de doença arterial coronariana, no entanto, também se relaciona à outra situação clínica, não cardiovascular, como a pancreatite aguda (BRASIL, 2013)

As dislipidemias constituem importante fator de risco para a aterosclerose e secundariamente, para eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, devido a esse fato, a abordagem terapêutica e profilática dessas doenças deve ser encarada como prioridade em atenção básica, devido ao seu fator contribuinte à morbimortalidade desses agravos (BRASIL, 2013).

Tendo em vista o acima descrito optou-se pelo desenvolvimento deste Projeto de Intervenção, visto que a dislipidemia é um importante fator contribuinte para a aterosclerose e mortes cardiovasculares, causando importante impacto social. Deste modo, almejamos orientar os profissionais da saúde no atendimento de portadores de dislipidemias e objetiva prevenir a aterosclerose e reduzir suas complicações, tais como as cardiovasculares, cerebrovasculares e outras situações clínicas.

A população adscrita da equipe de saúde da família do bairro Jardim Tatiana da cidade de Votorantim/SP, possui cerca de 10% de pacientes hipertensos e 6% de diabéticos, e uma população de obesos crescente juntamente com o aumento de casos novos de dislipidemia, devido a essa característica necessita da elaboração de um projeto de intervenção visando à diminuição de complicações decorrentes das dislipidemias e risco cardiovascular.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Instituir estratégias visando diminuir índices de dislipidemias na população a partir de 45 anos do bairro Jardim Tatiana

2.2 Objetivos específicos

- Instituir terapia nutricional com baixa caloria aos pacientes dislipidêmicos, visando à redução dos níveis lipidêmicos;
- Realizar controle lipidêmico de três em três meses nos pacientes dislipidêmicos juntamente com terapia medicamentosa se indicada ou não-medicamentosa, até o controle ideal;
- Instituir diminuição da obesidade em 10 % com a adoção do peso ideal para pacientes dislipidêmicos da população adscrita, objetivando em conjunto o controle lipidêmico;
- Investigar índices dislipidêmicos em população com fatores de risco para dislipidemia (como: hipotireoidismo, HAS, DM, alcoolismo, tabagismo, insuficiência renal, obesidade, e uso de medicamentos contínuos como: anticoncepcionais, diuréticos e corticóides) anualmente;
- Estabelecer rotina para controle lipidêmico para pacientes sem fatores de risco para dislipidemias a partir de 45 anos, visando minimizar os fatores ateroscleróticos e as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares decorrentes da aterosclerose;
- Criar Grupo de Dislipidemia, visando abordagem das Dislipidemias e ações de educação em saúde, sobre suas causas, conseqüências, prevenção e tratamento;
- Criar grupo de atividades físicas, minimizando o sedentarismo e conseqüentemente os índices lipidêmicos;
- Realizar Cursos de treinamento sobre Dislipidemias com a equipe de saúde para poder facilitar a abordagem dos usuários em risco dislipidêmico e em tratamento mantendo a equipe de saúde atualizada sobre as Dislipidemias, para que possam abordar o paciente dislipidêmico e o que está em risco de forma eficiente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As dislipidemias podem ser doenças de origem primárias ou secundárias que alteram os níveis séricos de colesterol total ou suas frações (HDL, LDL, VLDL ou lipoproteínas) ou de triglicerídeos. Sua elevação constitui um importante fator de risco para aterosclerose, bem como doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (PEDROSO, 2007).

XAVIER *et al*, 2013, pág 2, aponta que:

“A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da íntima às lipoproteínas plasmáticas, favorecendo a retenção das mesmas no espaço subendotelial. Retidas, as partículas de LDL sofrem oxidação, causando a exposição de diversos neoepítomos e tornando-as imunogênicas. [...] A ruptura desta capa expõe material lipídico altamente trombogênico, levando à formação de um trombo sobrejacente. Este processo, também conhecido por aterotrombose, é um dos principais determinantes das manifestações clínicas da aterosclerose”.

A dislipidemia geralmente é uma doença insidiosa, o que justifica a sua dosagem a partir dos 20 anos de idade a cada 5 anos (XAVIER *et al*, 2013). A dosagem pode ser anual (ou mais freqüente se estiver alterada) em todos os pacientes com fatores de risco de doença cardiovascular, tais como:

- Homens com mais de 45 anos ou mulheres com mais de 55 anos;
- História familiar de doença cardiovascular em parente de primeiro grau como menos de 55 anos se for homem e com menos de 65 anos se for mulher;
- Tabagismo atual ou até 3 anos atrás;
- Hipertensão Arterial atual ou controlada com antihipertensivos;
- Diabetes mellitus;
- Obesidade troncular ou abdominal (cintura > 100 cm de circunferência em homens e > 88 cm em mulheres)

A confirmação dos níveis alterados pode ser feito através da dosagem do lipidograma que inclui a dosagem do colesterol total e das lipoproteínas, dos triglicerídeos e do aspecto do plasma. Quanto à estrutura e função das lipoproteínas encontra-se que:

“existem quatro grandes classes de lipoproteínas separadas em dois grupos: (1) as ricas em TG, maiores e menos densas, representadas pelos quilomícrons, de origem intestinal, e pelas lipoproteínas de densidade muito baixa ou verylowdensitylipoprotein(VLDL), de origem hepática; e (2) as ricas em colesterol, incluindo as de densidade baixa ou lowdensitylipoprotein(LDL) e as de densidade alta ou high

densitylipoprotein(HDL). Existe ainda uma classe de lipoproteínas de densidade intermediária ou intermediarydensitylipoprotein (IDL) e a lipoproteína (a) [Lp(a)], que resulta da ligação covalente de uma partícula de LDL à apo (a). A função fisiológica da Lp(a) não é conhecida, mas, em estudos mecanísticos e observacionais, ela tem sido associada a formação e progressão da placa aterosclerótica. (XAVIER et al, 2013, pág1)

Segundo Brasil, 2013 os níveis de LDL-C maiores de 100 mg/dL parecem estar relacionados com maior risco do desenvolvimento de eventos ateroscleróticos; níveis menores de 100 mg/dL são considerados alvo terapêutico para a maioria dos indivíduos com risco cardiovascular elevado, não significando que tais níveis os isentem deste risco. Aponta ainda outra situação clínica, não cardiovascular, associada à dislipidemia, particularmente à hipertrigliceridemia, é a pancreatite aguda. Níveis de triglicérides maiores do que 500 mg/dL podem precipitar ataques de pancreatite aguda, embora a patogênese da inflamação não seja clara

Xavier *et al*, 2013 destaca os valores referenciais do perfil lipídico para indivíduos maiores de 20 anos na Tabela I.

Tabela I. Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

Lípides	Valores (mg/dl)	Categoria
CT	< 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL-C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
HDL-C	> 60	Desejável
	< 40	Baixo
TG	<150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito alto
Colesterol não-HDL	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto

Fonte: Xavier et al, 2013.

Xavier *et al*, 2013 apresenta em seu estudo os tipos de dislipidemias primárias, que podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente por meio de análises bioquímicas. Sendo que na classificação genotípica, as dislipidemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene, e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão. A classificação fenotípica que considera valores de CT, LDL-C, TG e HDL-C e compreende a hipercolesterolemia isolada (elevação isolada do LDL-C (≥160mg/dl); hipertrigliceridemia isolada (elevação isolada dos TGs (≥150mg/dl; hiperlipidemia mista (valores aumentados de LDL-C (≥160mg/dl) e TG (≥150mg/dl); e HDL-C baixo (redução

do HDL-C <40mg/dl para homens e < 50mg/dl para mulheres isolado ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG)

Quanto ao diagnóstico das dislipidemias BRASIL (2013) traz que esse baseia-se na dosagem dos lipídios séricos dentre eles o colesterol total, HDL-C e triglicerídeos, sendo que a dosagem direta do LDL-C não é necessária, podendo seu cálculo ser realizado por meio da fórmula de Friedewald [$LDL-C = (CT - HDL-C) - (TG/5)$], para o valor dos triglicerídeos for inferior a 400 mg/dL. Para os casos em que o nível dos triglicerídeos for superior a 400 mg/dL, utiliza-se como critério o colesterol não HDL [não HDL-C = CT – HDL-C], cujo alvo é 30 mg/dL acima do alvo de LDL-C (isto é, para pacientes cujo LDL-C alvo for 100 mg/dL, o alvo de não HDL-C será 130 mg/dL).

O tratamento medicamentoso consiste no uso sistematizado de medicamentos antilipidêmicos por protocolo estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e na I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular do ano de 2013. No entanto, este é um tópico que não fará parte da discussão deste PI, tendo em vista estar estabelecido em protocolo específico e não estar contemplado no que se objetiva este trabalho.

Em relação ao **Tratamento não-medicamentoso** esse consiste em uma série de medidas que visam auxiliar na redução dos níveis lipídêmicos contribuindo para a redução do risco cérebro-cardiovascular também favorecendo a manutenção dos níveis normais dentre:

- Alimentação adequada: não ultrapassar 30 % das calorias totais em gorduras e restringir a ingestão de colesterol de gorduras saturadas;
- Atingir ou manter o peso ideal se obeso ou com sobrepeso: significa manter um índice de massa corporal abaixo de 25, mas principalmente abaixo de 30, além de manter o perímetro abdominal dos homens abaixo de 98 e das mulheres abaixo de 85;
- Atividade física regular: cerca de 40 minutos diários de atividade física regular. Podem ser caminhadas ou adequadas a cada idade, gosto e capacidade física, incluindo as atividades domésticas;
- Cessar tabagismo: diminui eventos cardiovasculares além de melhorar a tolerância a esforços;
- Evitar álcool: devido ao fator da hipertrigliceridemia relacionada à pancreatite e o álcool ser um dos fatores de risco para essa inflamação;
- Controle da pressão arterial: visando minimizar os eventos cardíaco e cerebrovasculares;
- Controle das doenças associadas às dislipidemias;
- Evitar o uso de medicamentos que provoquem a elevação dos níveis da lipídemia, além de realizar a dosagem anuais.

Quanto à alimentação adequada, Brasil 2013 destaca que para reduzir a ingestão de colesterol e ácidos graxos saturados deve-se diminuir o consumo de alimentos de origem animal e de gorduras animais; no caso da hipertrigliceridemia é recomendado reduzir a ingestão de gorduras totais da dieta, além de carboidratos e abstenção do consumo de álcool.

Xavier *et al*, 2013 apresenta na Tabela II as recomendações dietéticas para a redução da hipercolesterolemia.

Tabela II. Recomendações dietéticas para a redução da hipercolesterolemia

	Preferir	Consumir com moderação	Ocasionalmente em pouca quantidade
Cereais	Grãos integrais	Pão refinado, arroz e massas, biscoitos, cereais açucarados	Pães doces, bolos, tortas, croissants
Vegetais	Vegetais crus e cozidos	Vegetais preparados na manteiga ou creme	Vegetais
Legumes	Todos, incluindo soja e proteína de soja	Legumes	Todos, incluindo soja e proteína de soja
Frutas	Frescas ou congeladas	Frutas secas, geleia, compotas, sorvetes	Frutas
Doces e adoçantes	Adoçantes não calóricos	Mel, chocolates, doces	Bolos e sorvetes
Carnes e peixes	Peixe magro e oleoso, frango sem a pele	Cortes de carne bovina magra, carne de porco, frutos do mar	Salsichas, salames, toucinho, costelas, vísceras
Alimentos lácteos e ovos	Leite e iogurte desnatados, clara de ovos	Leite semidesnatado, queijos brancos e derivados magros	Queijos amarelos e cremosos, gema de ovo, leite e iogurte integrais
Molhos para temperar e cozinhar	Vinagre, ketchup, mostarda, molhos sem gordura	Óleos vegetais, margarinas leves, molhos de salada, maionese	Manteiga, margarinas sólidas, gorduras de porco e trans, óleo de coco
Nozes e sementes	Todas	Coco	Nozes e sementes
Preparo dos alimentos	Grelhados, cozidos e no vapor	Assados e refogados	Fritos

Fonte: Xavier *et al*, 2013

Para Brasil, 2013 a atividade física regular deve ser adotada, com frequência de 3-6 vezes/semana e prescrição média de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Quanto a cessação do tabagismo aponta que “o hábito de fumar pode estar associado à redução significativa dos níveis de HDL-C.”

SIMÃO AF *et al* (2013), destaca que “no tratamento da hipertrigliceridemia tem grande impacto a redução do peso, da ingestão de bebidas alcoólicas, de açúcares simples, do consumo de carboidratos”

4 MÉTODO

4.1 Local

O local da intervenção do PI será a unidade básica de saúde do bairro Jardim Tatiana, sito à Rua Maria Peniche dos Santos, 108, onde estão inseridas duas equipes de saúde da família do Município de Votorantim, estado de São Paulo.

4.2 Participantes

Destina-se aos pacientes acima de 45 anos que não possuam fatores de risco para o desenvolvimento de dislipidemias, bem como àqueles que já se encontram em tratamento para dislipidemia ou patologias associadas às dislipidemias.

4.3 Ações

Este projeto inicialmente será apresentado à Responsável Técnica da Unidade de Saúde da Família do Bairro Jardim Tatiana de Votorantim/SP, como instrumento norteador para a abordagem das dislipidemias, propiciando adesão ao projeto, apoio profissional e na realização das avaliações laboratoriais seriadas necessárias ao controle lipídêmico da população adscrita.

Após apresentação, será feito o convite à Nutricionista do NASF para realizar avaliação nutricional, bem como acompanhamento daqueles refratários ao tratamento dietético e medicamentoso, caso seja necessário.

Nas avaliações laboratoriais serão individualizados os pacientes que apresentem necessidade de participar dos programas de dietoterapia, do uso de medicamentos, da prática de exercícios físicos para redução dos níveis lipídêmicos, caracterizados pelo Ministério da Saúde.

Os resultados analisados contribuirão para o cadastro dos pacientes para contemplar a formação do Grupo de Dislipidemia, onde serão abordadas ações educativas relacionadas ao controle e prevenção das dislipidemias, tendo em vista facilitar e dinamizar o manejo clínico do controle lipídêmico da população da ESF do bairro Jardim Tatiana.

O grupo de Dislipidemia contemplará ações voltadas para a equipe de saúde (enfermeiro, agentes comunitárias de saúde, auxiliar de enfermagem e odontóloga) visando ações multiprofissionais, treinamentos e capacitações, direcionadas ao controle das dislipidemias, facilitando o diagnóstico das dislipidemias e o estabelecimento do tratamento ideal a cada caso, contribuindo para diminuir as complicações decorrentes das elevações das gorduras séricas, bem como ações direcionadas aos pacientes

dislipidêmicos visando minimizar os danos e complicações cárdio e cerebrovasculares decorrentes das dislipidemias, devido à aterosclerose.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Como as etapas deste projeto compreendem o dinamismo entre paciente/equipe de saúde da família/nutricionista pode ser reavaliado tanto nas consultas individuais quanto durante os encontros do grupo de dislipidemia, que inicialmente serão realizados semanalmente por 1^o mês, posteriormente, quinzenalmente, por mais 1 mês e por conseguinte mensalmente por 3 meses, dando seguimento com consultas trimestrais para os que mantiverem os níveis adequados e/ou reiniciar um novo ciclo para os de difícil controle.

Desta feita, o instrumento de controle e acompanhamento das dislipidemias compreende as avaliações laboratoriais, que após adequação dos valores à meta terapêutica, serão realizadas anualmente.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Os profissionais envolvidos compreendem os integrantes das equipes de saúde da família da ESF do Jardim Tatiana, tais como: médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) sendo que se propõe neste projeto que as atividades relacionadas à prevenção das Dislipidemias sejam inseridas na agenda das equipes.

A realização dos cursos de treinamento sobre dislipidemias para a equipe de saúde contribuirá para a qualidade da abordagem dos usuários em risco dislipidêmico e em tratamento; atualizando a equipe de saúde sobre as dislipidemias para uma abordagem forma eficiente.

A instituição da terapia nutricional com baixa caloria aos pacientes dislipidêmicos, bem como a aceitação e a adoção dos pacientes para melhorar o padrão nutricional e dessa forma, reduzir e prevenir a elevação dos níveis lipídêmicos.

A avaliação laboratorial dos níveis lipídêmicos, visa distinguir àqueles pacientes que necessitam além adoção da terapia medicamentosa, a participação das atividades educativas desenvolvidas no grupo de dislipidemia, objetivando a co-responsabilização e adoção de medidas que diminuam os valores lipídêmicos, tendo em vista a comprovação científica de que dieta adequada, cessação do tabagismo, controle do peso, atividades físicas associados ao uso dos medicamentos antilipidêmicos são eficazes no controle das dislipidemias, bem como, no controle das complicações cárdio e cerebrovasculares.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL,Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite.** Portaria SAS/MS nº 200, de 25 de fevereiro de 2013.

PEDROSO, E.R.P; OLIVIERA, R.G. **Blackbook – Clínica Médica.** Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

SIMÃO A. F. ,*et al.* **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. ISSN-0066-782X. volume 101, nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Ilustrada – Casos Clínicos Comentados II.** Editora Atha Comunicação e Editora.Coordenação Francisco Antônio Helfenstein Fonseca. Brasil,2014

XAVIER H. T., *et al.***V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. ISSN-0066-782X, volume 101, nº 4, Supl. 1, Outubro 2013