



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CUIDADO EM SAÚDE PREVENINDO A SÍNDROME DISLIPIDÊMICA

DENISE HELENA DE SOUZA ROCHA

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

Orientador(a): PRISCILA MINA GALATI

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. OBJETIVOS	05
2.1 Geral	05
2.2 Específico(s)	05
3. REFERENCIAL TEÓRICO	06
4. MÉTODO	08
4.1 Local	08
4.2 Participantes	08
4.3 Ações	08
4.4 Avaliação e Monitoramento	09
5. RESULTADOS ESPERADOS	10
6. CRONOGRAMA	11
7. REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

O distúrbio do metabolismo lipídico ou dislipidemia pode ser definido como a alteração dos níveis séricos de lipídios (gordura). Assim sendo, a dislipidemia engloba um amplo espectro de anormalidades lipídicas e pode estar relacionada com outras doenças (dislipidemia secundária), ou pela interação entre predisposição genética e fatores ambientais. A elevação do colesterol total (CT) e lipoproteínas de baixa densidade-colesterol (LDL-C) têm recebido maior atenção, particularmente porque pode ser modificado por mudanças no estilo de vida e terapia de drogas. (ZELJKO et al., 2011). Essa patologia é considerada fator de risco para doença cardiovascular e cerebrovascular (GIBBONS et al., 2013), que são atualmente a principal causa de óbito do nosso país, que acomete ambos os sexos. (BRASIL, 2015).

Sabe-se que a ingestão de bebidas alcoólicas, carboidratos, gorduras, índice de massa corporal elevado e idade podem estar associados a alteração dos níveis de lipídio sanguíneo enquanto a atividade física regular, como caminhada ou corrida, são medidas que auxiliam no controle da dislipidemia, reduzindo os triglicerídeos e elevando o HDL-colesterol, porém não alteram o LDL-colesterol. O tabagismo também é um importante aliado na alteração dos níveis lipídicos, esse reduz HDL-colesterol e aumenta o VLDL-colesterol de modo que o abandono desse vício melhora HDL-colesterol, não interferindo nas taxas de LDL-colesterol. O fator idade também contribui para o aumento do colesterol total em ambos os sexos, assim como a diminuição hormonal (estrogênio) nas mulheres com menopausa (GARCIA, 2011; CALDEIRA, 2011).

A terapêutica no controle da síndrome dislipidêmica consiste principalmente na mudança do estilo de vida e em alguns casos requer tratamento medicamentoso, quando a primeira opção não for suficiente para manter os níveis lipídicos seguros (VIEIRA et al., 2009).

No que diz respeito ao tratamento não medicamentoso, a terapia alimentar constitui um dos pilares mais importantes nesse processo patológico. Sabe-se que na atualidade, o aumento do consumo de fast food é uma realidade e a principal escolha da população em geral. Com isso, os níveis nutricionais dos alimentos pioraram e conseqüentemente a saúde das pessoas. É importante ressaltar que o tratamento nutricional é permanente, não devendo ser interrompido. Dentre os alimentos a serem evitados estão os alimentos e bebidas açucaradas e molhos, já os alimentos que devem ser preferidos são os integrais, carnes brancas e magras, alimentos ricos em fibras e óleos vegetais. Com essas medidas é possível obter controle da síndrome dislipidêmica, evitando as comorbidades envolvidas.

Sabendo disso, o tema se tornou de extrema importância para que possamos reduzir a mortalidade associada a essa doença. Uma intervenção no estilo de vida da população, como promover a reeducação alimentar, abandono de tabaco e sedentarismo faz reduzir de maneira significativa as complicações envolvidas no processo da patologia.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Organizar ações de saúde que busquem reduzir os valores lipídicos da população a níveis seguros assim como as comorbidades resultantes da falta de controle dos mesmos.

2.2. Específico(s)

- Capacitar a equipe de Saúde da Família para manejo adequado da SÍNDROME DISLIPIDÊMICA;
- Elaborar protocolo de atendimento para a SÍNDROME DISLIPIDÊMICA;
- Realizar grupos de orientação alimentar buscando realizar orientações sobre alimentação saudável;
- Instituir grupo de promoção à saúde buscando realização de atividade corporal três vezes na semana;
- Reduzir a prevalência de usuários portadores de dislipidemia em 25% no período de quatro meses;

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A síndrome dislipidêmica é uma patologia caracterizada por alteração dos níveis das lipoproteínas e lipídeos no sangue, ou seja, aumento do colesterol não HDL. Sabe-se que o aumento desses elementos é um fator de risco altamente modificável para as doenças cardiovasculares.

O colesterol é um álcool policíclico de cadeia longa, e usualmente conhecido como lipídio esterol, é considerado um elemento muito importante para todos os tecidos do corpo, por ser o componente principal de todas as membranas celulares em mamíferos, com exceção daquelas nas células vermelhas do sangue. O Colesterol contém duas fontes principais. Alguns tecidos do corpo, especialmente o fígado, sintetizam colesterol, sendo este chamado colesterol endógeno comandado pelo controle genético. (ESTRIDGE, 2011).

Os lipídios são provenientes da dieta (exógenos) ou da síntese celular (endógenos). Dentre eles estão o triglicerídeos (TG), ácidos graxos (AG), fosfolipídios e colesterol. As apolipoproteínas que são proteínas ligadas com lipídios formam as lipoproteínas. Existem quatro grandes classes de lipoproteínas, umas ricas em triglicerídeos, maiores e menos densas que são de origem intestinal; outras formadas por lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL) de origem hepática; as ricas em colesterol, incluindo as de densidade baixa (LDL); e as de densidade alta (HDL). Após a absorção dos lipídios da dieta, as maiores lipoproteínas, atingem a circulação. Já nos tecidos periféricos sofre ação de uma enzima, a Lipoproteína lipase (LPL), a qual hidrolisa os triglicerídeos, gerando uma grande oferta de ácidos graxos aos tecidos. Já o fígado produz VLDL, rica em triglicerídeos, os quais também serão hidrolisados pela LPL. Conforme vai perdendo triglicerídeos ao longo do caminho, o VLDL se transforma em LDL. A maior parte do LDL é removida da circulação pelo fígado, no entanto uma pequena parte pode penetrar no espaço subendotelial para formar as placas ateromatosas, dando início a um distúrbio lipídico. (XAVIER et al., 2013).

Como já citado anteriormente a dislipidemia pode ser classificada como primária ou secundária. As dislipidemias primárias podem ser genótípicas (monogênicas ou poligênicas) ou fenotípicas. A classificação fenotípica compreende quatro tipos: a) Hipercolesterolemia isolada ($LDL-C \geq 160\text{mg/dL}$); b) Hipertrigliceridemia isolada ($TG \geq 150\text{mg/dL}$); c) Hiperlipidemia mista ($LDL-C \geq 160\text{mg/dL}$ e $TG \geq 150\text{mg/dL}$); d) HDL-C baixo (homens $< 40\text{mg/dL}$ e mulheres $< 50\text{mg/dL}$). (XAVIER et al., 2013).

Já as dislipidemias secundárias são bastante frequentes na prática clínica, sendo que o consumo excessivo do álcool e a diabetes mellitus são as comorbidades mais comuns. Pode ser citado ainda o hipotireoidismo, tabagismo, síndrome metabólica entre outras. (VODNALA, et al., 2012).

A estratégia terapêutica inclui intervenção dietética, prática de atividade física, abandono do tabagismo e uso de medicamentos. A adesão ao tratamento é fundamental, sendo um processo multifatorial que se estabelece mediante parceria entre os profissionais de saúde envolvidos e o paciente, e compreende desde frequência das consultas, reconhecimento, aceitação e adaptação da sua condição de saúde, para cultivar a promoção da qualidade de vida, com consciência para o autocuidado. (BUSNELLO et al., 2011).

Alterar a dieta é a abordagem inicial para o tratamento da dislipidemia. As mudanças na dieta incluem redução na ingestão de gorduras saturadas e de colesterol, aumento da ingestão de lipídeos mono insaturados e de fibras. Deve-se evitar o consumo de produtos industrializados e de origem animal. As frutas, grãos, peixes são os alimentos a serem priorizados.

Além disso, a prática de atividade física regular também é capaz de modificar o curso dessa patologia, formando a base do tratamento não farmacológico.

Para tanto, uma ferramenta estratégica fundamental para alcançar essa mudança do estilo de vida é o trabalho em grupos. Uma das características que diferencia a terapia individual da terapia em grupo é que essa última oportuniza excelentes condições de os indivíduos interagirem de uma forma menos egoísta e defensiva, como comumente acontece. Também contribui para o desenvolvimento da sociabilização o fato de se sentirem compreendidos um pelo outro em razão de compartilharem uma mesma linguagem, o que facilita o importante processo de comunicação. (ZIMERMAN et al., 1997).

4. METODOLOGIA

4.1. Local

Unidade de Estratégia de Saúde e Comunidade, na cidade de Araraquara, estado de São Paulo.

4.2. Participantes (público-alvo)

Pacientes da unidade de Estratégia de Saúde e Comunidade que apresentem alteração nos exames laboratoriais: colesterol alto, aumento nos índices de triglicérides e diminuição no HDL colesterol.

4.3. Ações

Triar os pacientes com exame de colesterol não HDL alterado no período de 3 meses. Realizar atendimento multiprofissional para discussão da estratégia de cuidado possibilitando o usuário ser corresponsável em seus cuidados;

Pesar e medir uma vez por mês, calcular IMC;

Estimular o usuário a participar dos grupos instituídos para as ações de promoção a saúde dentre elas praticas corporais e alimentares;

Criar espaço de cuidado coletivo de educação em saúde abordando:

- Síndrome dislipidêmica: sintomas, complicações e tratamento, enfatizando as mudanças no estilo de vida.

Nesse, o médico fará as devidas explicações com o auxílio de vídeos demonstrativos sobre a patologia, gráficos, tabelas para que o entendimento seja assimilado de uma forma mais memorável e menos monótona. Ao término das reuniões será possível tirar as dúvidas, fazer sugestões, ficando aberto aos pacientes qualquer novo esclarecimento sobre o tema.

- Orientação Alimentar: orientações sobre quais alimentos devem ser levados a mesa para uma dieta saudável, explicando o que são: carboidratos, proteínas, os tipos de gordura, comentando sobre receitas saudáveis e também esclarecendo qual-

quer dúvida que surgir durante a reunião do grupo. A atividade será realizada pelo nutricionista

A ideia do projeto de intervenção feito por meio de grupos de saúde constitui um espaço para estreitar a relação médico paciente, trocar conhecimentos e experiências entre os participantes. A construção de vínculos formados ao longo das reuniões otimiza o tratamento e incentiva mutuamente a adesão ao tratamento, principalmente na mudança do estilo de vida.

4.4. Avaliação e Monitoramento

Decorrido os quatro meses de intervenção serão realizados novos pedidos de exames de sangue (colesterol total, triglicérides e HDL colesterol), para serem comparados com os exames realizados antes do trabalho em grupo. Ademais, serão entregue questionários onde os pacientes iram avaliar se as reuniões foram eficazes quanto ao conhecimento adquirido (compreensão da doença, seus sintomas e consequências), se os pacientes iniciaram uma mudança no estilo de vida segundo o que foi proposto, e por fim, com a opinião deles sobre o tempo que passaram no grupo de saúde, se foi proveitoso e com sugestões e/ou críticas.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Após a intervenção com os grupos de saúde, espera-se que os pacientes apresentem um estilo de vida com hábitos mais saudáveis, associando a prática de atividade física com uma alimentação menos calórica, uma menor ingestão de álcool, doces e frituras. Redução nos níveis de colesterol total e triglicérides, aumento na taxa de HDL colesterol também são esperados, diminuindo assim os impactos que a síndrome dislipidêmica possa causar neste grupo de pacientes.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setem- bro 2016	Outubr o 2016	Novem- bro 2016	Dezem- bro 2016	Janei- ro 2017	Fe- vereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	x					
Implantação das Ações		x	x	x			
Monitoramento e ajustes				x			
Análise dos dados				x	x		
Apresentação dos resulta- dos					x		
Acompanhamento do Pro- jeto					x	x	x

7. REFERÊNCIAS

1. BusnelloFM; BodaneseLC; PellandaLC;SantosZEA. Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. Arq. Bras. Cardiol2011.
2. Estridge, B.H. Técnicas Básicas de Laboratório Clínico. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
3. Garcia, G. C., Caldeira, T. R. Dislipidemia. Saúde e Economia. Brasília. Edição nº 6. Ano III, out. 2011.
4. Gibbons GH, Harold JG, Jessup M, Robertson RM, Oetgen WJ. Next Steps in Developing Clinical Practice Guidelines for Prevention. J Am Coll Cardiol 2013.
5. Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.
6. Vieira C.M., Cordeiro S.N., Junior R.M., Turato E.R. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. Scielo, 2009.
7. Vodnala D, Rubenfire M, Brook RD. Secondary causes of dyslipidemia. Am J Cardiol 2012.
8. Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., Assad M. H., Rocha V. Z., Sposito A. C., Fonseca F. A., dos Santos J. E., Santos R. D., Bertolami M. C., Faludi A. A., Martinez T. L. R., Diamant J., Guimarães A., Forti N. A., Moriguchi E., Chagas A. C. P., Coelho O. R., Ramires J. A. F. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.4 supl.1 São Paulo Oct. 2013.
9. Zeljko Reiner; Alberico L. Catapano; Guy De Backer; Ian Graham; Marja-Riitta Taskinen; Olov Wiklund; Stefan Agewall; Eduardo Alegria; M. John Chapman; Paul Durrington; Serap Erdine; Julian Halcox; Richard Hobbs; John Kjekshus; Pasquale Perrone Filardi; Gabriele Riccardi; Robert F. Storey; David Wood. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal 2011.
10. Zimerman, D. E. et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

