

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

AMANDA CRISTINA DE CARVALHO MIRANDA

**UMA ABORDAGEM COLETIVA VISANDO AO CONTROLE DE
DISLIPIDEMIA DE PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
TRÊS PONTES, AMPARO - SP**

SÃO PAULO

OUTUBRO/2016

1. Introdução

As dislipidemias se caracterizam pela alteração no perfil dos lipídeos séricos, incluindo aumento de partículas compostas por triacilgliceróis, lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL), lipoproteína de densidade intermediária (IDL) e quilomícrons, baixas concentrações de lipoproteína de baixa densidade (HDL) e/ou altas concentrações de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e são fatores de risco para doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, doença vascular periférica, acidente vascular cerebral e morte súbita¹⁻². Segundo Martinez et al. (2003), a prevalência de dislipidemia na população brasileira é de 40%³. No estado de São Paulo este valor é de 59,74% de acordo com Garcez et al. (2014)⁴.

O município de Amparo, localizado no Circuito das Águas Paulista, no estado de São Paulo, tem uma população de 65.829 habitantes, sendo 78,7% destes residentes em zona urbana, segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE)⁵. Apresenta dois distritos, sendo um deles Três Pontes. Este distrito possui uma Unidade de Saúde da Família que atende 4.644 habitantes, organizados em seis microáreas. Sua população é composta por 52,5% de homens e 47,5% de mulheres. Os pacientes acima da faixa etária de 40 anos correspondem a 37,8% da população, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁶. O distrito é composto por população urbana e rural.

A equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família de Três Pontes faz parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é composta por duas médicas, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem que trabalham em regime de rodízio, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitárias, duas funcionárias para limpeza e dois recepcionistas. A equipe não conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O prédio é próprio e constituído por quatro consultórios médicos/de enfermagem, um consultório odontológico, sala de vacinas, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, expurgo, sala de agentes comunitários, recepção, sala de reuniões e banheiros.

Na rotina de trabalho desta Unidade de Saúde, constatou-se, através das análises laboratoriais solicitadas aos pacientes durante consultas médicas e de enfermagem, alta prevalência de dislipidemia entre os usuários. Observou-se que o elevado número de pacientes com esta comorbidade gerava alta demanda por consultas individuais, uma vez

que não havia grupos ou outras atividades coletivas para abordar esta questão. Também se notou baixa efetividade no tratamento das dislipidemias baseado apenas nas orientações e tratamento farmacológico disponibilizados nas consultas individuais. Em sua maioria, os pacientes, ao retornarem em consulta com os exames laboratoriais periódicos de controle, ainda apresentavam resultados de perfis lipídicos alterados, bem como peso, pressão arterial e manutenção de hábitos não saudáveis de vida. Concluiu-se, então, que a abordagem destes usuários poderia ser realizada de forma mais efetiva através de grupos, visando à educação dos pacientes para melhoria dos hábitos de vida, adesão ao tratamento farmacológico e melhor controle de seu perfil lipídico. Desta forma, haveria maior efetividade no tratamento da dislipidemia e outros fatores de risco cardiovasculares, com redução da demanda por consultas individuais, o que também melhoraria o fluxo de trabalho da equipe, permitindo agendamento para outras demandas programáticas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Implantar ações educativas aos portadores de dislipidemia, contribuindo na melhoria dos fatores de risco cardiovasculares associados ao tratamento e para redução da demanda de consultas espontâneas, não programadas, na Unidade de Saúde da Família de Três Pontes, no município de Amparo, São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

- Qualificar a equipe de saúde da família para a abordagem dos pacientes dislipidêmicos de modo que esta possa ajudá-los a compreender sua doença, bem como a importância da adesão ao tratamento e manutenção de níveis lipêmicos esperados ideais.
- Realizar ações educativas em saúde através de grupos de orientação em rodas de conversa, visando maior compreensão sobre a doença e melhor adesão do autocuidado e tratamento, possibilitando maior autonomia dos pacientes;
- Estimular os pacientes, através dos grupos de orientação, a implementar hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada, atividade física, abandono de etilismo e tabagismo e uso correto de medicações.

3. Referencial teórico

Como citado anteriormente, o diagnóstico das dislipidemias é feito com base na dosagem laboratorial dos diferentes lipídeos séricos. Suas causas incluem fatores endocrinológicos, genéticos, adipocitários, neurológicos, intestinais e relacionadas a hábitos nocivos de vida como o sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo e etilismo⁷. Segundo a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, as dislipidemias podem ser classificadas, laboratorialmente, em:

- a) Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-c (≥ 160 mg/dL).
- b) Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicérides (≥ 150 mg/dL),
- c) Hiperlipidemia mista: aumento de ambos LDL-c (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL).
- d) HDL-c baixo: diminuição do HDL-c (homens <40 mg/dL e mulheres <50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento dos demais lípidos⁸.

A dislipidemia, bem como a hipertensão arterial, o diabetes melito, o tabagismo e a obesidade são fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e, por isso, devem ser cuidadosamente abordados na Atenção Primária à Saúde, uma vez que seu controle é fundamental para promoção de saúde e prevenção de desfechos desfavoráveis⁹.

Sabe-se que a aterosclerose, intimamente relacionada à ocorrência de dislipidemias, é uma doença inflamatória crônica que ocorre devido ao acometimento do endotélio vascular por elevação de lipoproteínas aterogênicas, hipertensão arterial e tabagismo. O evento coronariano agudo costuma ser a primeira manifestação da doença aterosclerótica em aproximadamente 50% dos indivíduos que apresentam essa complicação. Por isso, torna-se essencial a identificação dos indivíduos assintomáticos com maior predisposição a este desfecho, com estabelecimento de metas terapêuticas claras, para a prevenção efetiva. Quanto mais precocemente as medidas de controle são empregadas, maior é o impacto positivo resultante da mudança de hábitos e adoção de comportamentos preventivos^{8,9}.

Para diagnosticar e detectar os pacientes sob risco de desenvolvimento de eventos cardiovasculares, realiza-se primeiro a identificação daqueles que já apresentam manifestação prévia da doença, pois estes têm elevado risco de novos eventos. Para os pacientes que não tiveram manifestação prévia da doença, utiliza-se o Escore de Risco

de Framingham¹⁰. Este escore é uma ferramenta de previsão da probabilidade de doença coronariana na população geral. Seu cálculo é baseado na faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, razão entre colesterol total e fração HDL, presença ou não de tabagismo e diabetes melito¹¹.

Para o tratamento não farmacológico das dislipidemias, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe redução moderada na ingestão de energia como meio de reduzir a massa corporal, além de exercícios físicos e aquisição de novos hábitos cotidianos em pessoas que apresentem sobrepeso ou obesidade. Também recomenda atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana. Para prevenção de doenças cardiovasculares são recomendados pelo menos 30 minutos diários de atividade física, que pode ser praticada de forma contínua ou acumulada no decorrer do dia¹². O tabagismo também deve ser combatido de forma agressiva, uma vez que o hábito de fumar pode causar redução importante dos níveis de HDL-c. O tratamento é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve abordagem cognitivo-comportamental e, em alguns casos, farmacoterapia¹⁰.

O tratamento medicamentoso das dislipidemias inclui a utilização de fármacos hipolipemiantes do grupo das estatinas (inibidores da HMG – Coa redutase), dos fibratos, ácido nicotínico e ezetimiba. As indicações para uso destes fármacos, bem como as metas a serem atingidas estão bem definidas por diretrizes. No entanto, o uso de estatinas é a terapia mais validada por estudos clínicos com o objetivo de reduzir a incidência de eventos cardiovasculares, sendo primeira opção para prevenção primária e secundária¹.

Sabe-se que a resposta ao tratamento farmacológico costuma ser eficaz, principalmente, quando este é associado com a adoção de hábitos saudáveis de vida, com foco no combate à doença.

Segundo Eizeric et al (2008) a educação a curto e médio prazo de pacientes dislipidêmicos aumenta sua adesão ao tratamento, à mudança de hábitos de vida, como dieta e exercícios físicos, melhorando o perfil lipídico¹³.

Dentre as atividades para educação de pacientes, encontram-se os grupos, que constituem um conjunto de pessoas que interagem entre si, de forma cooperativa, num

determinado tempo e espaço, para obter aprendizado e modificar seus comportamentos, tornando-se aptas para desenvolver maior autonomia e capazes de detectar e enfrentar situações que envolvam sofrimentos evitáveis. Para isso, os grupos devem transcender a abordagem estritamente biomédica e, dessa forma, envolver questões biopsicossociais que permeiam o processo saúde-doença. Tais características permitem a utilização dos grupos como ferramentas para Promoção de Saúde^{14, 15}.

4. Metodologia

4.1. Cenário

Unidade de Saúde da Família de Três Pontes (USF Três Pontes), Município de Amparo, São Paulo.

4.2. Público alvo

Pacientes dislipidêmicos com fatores de risco cardiovascular associados, adscritos à USF Três Pontes.

4.3. Plano de ação

Para colocar em prática as ações do projeto de intervenção propõe-se a utilização do Ciclo PDCA (do inglês: *PLAN, DO, CONTROL* e *ACT* – Planejar, Executar, Controlar e Ajustar).

O ciclo PDCA, também conhecido com ciclo de Deming ou Ciclo de Melhoria Contínua, consiste em um método iterativo de quatro etapas, como apresenta a **Figura 1**. Tal método foi desenvolvido na década de 1930 e amplamente usado a partir da década de 1950.

Atualmente verifica-se o uso desta metodologia na implementação de sistemas de gestão padronizados em organizações. Sua eficácia está associada também à sua facilidade de interpretação e sinergia entre as etapas, fazendo cada uma dependente da anterior e promovendo uma constante melhoria após cada rodada. Estas etapas são racionalmente justificadas em qualquer realidade na qual se precisa planejar em função de uma meta, inclusive em serviços de saúde.

De maneira geral as etapas do Ciclo PDCA podem ser interpretadas da seguinte forma:

P-PLAN (Planejar): Esta etapa congrega todas as ações referentes ao planejamento das ações, desde a definição clara dos problemas e dos objetivos, bem como dos métodos a serem adotados pela equipe.

D-DO (Fazer): Nesta etapa coloca-se o planejamento em prática, executando o plano de ação devidamente programado na etapa anterior.

C-CONTROL (Controlar): Para uma correta avaliação da eficácia das ações, através de indicadores previamente definidos, promove-se a comparação dos mesmos, já permitindo uma previsão do alcance dos objetivos e eventuais falhas do processo.

A-ACT (Agir corretivamente): Por fim, a partir da avaliação, a equipe envolvida no PDCA toma medidas de melhoria para novamente planejá-las, implementá-las e avaliá-las.

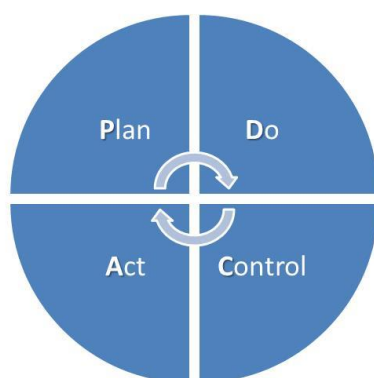


Figura 1: Modelo do Ciclo PDCA

Neste projeto de intervenção, são propostas as seguintes etapas, baseadas no Ciclo PDCA:

PLAN

a) Definição da equipe

Em função da realidade da Unidade de Saúde da Família de Três Pontes, a equipe deverá ser composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e, se possível, um nutricionista e um educador físico. Salienta-se que os dois últimos profissionais não existem na Unidade atualmente, e sua função poderia ser suprida pela realocação de tais profissionais na Rede Municipal de Saúde. A liderança da equipe deverá ser alocada entre o médico ou o enfermeiro.

b) Capacitação da equipe através de reuniões internas

Capacitar todos os membros da Estratégia Saúde da Família (ESF), através de reuniões internas, com palestras e atividades que promovam aprofundamento nos temas de dislipidemia, aterosclerose, doenças cardiovasculares, hábitos saudáveis de vida, além de agregar conhecimentos de estratégias pedagógicas e de comunicação.

c) Elaboração de material didático

A equipe, em conjunto, deverá elaborar cartilha contendo os principais temas a serem abordados nas reuniões do grupo juntamente ao cronograma. Também poderão ser elaborados materiais lúdicos para utilização nos grupos, como jogos interativos (pirâmide de alimentos, *quizz*, palavras cruzadas e outros) e materiais para atividades físicas (músicas, bolas, alteres, circuitos de material reciclável, etc.)

d) Definição de cronograma de atividades

O cronograma de atividades deverá ser elaborado pela equipe, em conjunto, e abrangerá um período total de seis meses.

e) Seleção dos pacientes participantes das atividades

Através de reunião com os membros da equipe, ocorrerá definição dos pacientes para compor o grupo para controle de dislipidemia. A seleção dar-se-á com base nos valores séricos de lipídeos obtidos pelos exames laboratoriais associados a medidas de peso, índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal mediante revisão de prontuários. Embora Mailhoit (2013) oriente que o ideal seria um grupo formado por cinco a sete pessoas, propõe-se neste caso um grupo de até 15 integrantes da comunidade, devido à grande demanda e à disponibilidade de recursos humanos e materiais¹⁶. Além disso, pelo menos mais dois integrantes da equipe, sendo um com ensino superior, devem compor o grupo para coordená-lo.

DO

a) Realização do grupo de controle de dislipidemia

O grupo ocorrerá uma vez por semana, a cada 15 dias, no salão de reuniões da Unidade de Saúde da Família de Três Pontes, com duração máxima de 1 hora. Será ministrado por um membro com nível superior da ESF mais outro membro da equipe. Serão realizadas palestras, rodas de conversa, exposição de situações cotidianas para posterior discussão e reflexão, relato de casos e troca de experiências, primando pela participação ativa dos membros da comunidade.

b) Realização de atividades físicas

Em determinados dias do grupo, pré-determinados na fase de planejamento, deverá ser estimulada a realização de atividade física na academia pública, ao ar livre (Academia da Cidade), que se localiza ao lado da Unidade de Saúde, com o objetivo de promover hábitos saudáveis de vida.

c) Orientação sobre escolha e preparo de alimentos

Em alguns dias de grupo, deverá haver orientações sobre ações práticas relacionadas ao consumo de alimentos, como dicas do que escolher/comprar quando for ao supermercado ou feira e como preparar alimentos de forma mais saudável.

4.4. Avaliação e monitoramento

As duas últimas etapas do ciclo PDCA, conforme apresenta a Figura 1, referem-se à avaliação e monitoramento do PI, conforme descritas abaixo, dando sequência à descrição anterior.

CHECK

a) Reavaliação dos pacientes

Os pacientes deverão manter acompanhamento através de consultas médicas e de enfermagem com realização dos exames de perfil lipídico a cada trimestre, além de exame físico com medida do peso, cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal. A frequência dos pacientes nas reuniões de grupo deverá ser monitorada.

ACT

a) Reavaliação do grupo

A cada semestre a equipe deverá reunir-se com o objetivo de reavaliar o Projeto de Intervenção. Nesta reunião, a equipe deverá avaliar se a frequência das reuniões foi adequada, a assiduidade dos participantes, tanto da equipe quanto da comunidade, se os recursos disponibilizados foram adequados e/ou suficientes, as principais dificuldades encontradas e também quais foram os aspectos positivos e que devem ser mantidos. Os possíveis aspectos negativos deverão ser corrigidos e novas ações deverão ser elaboradas de acordo com as novas necessidades encontradas. Também deverá ocorrer reavaliação dos perfis dos pacientes, para determinar quais permanecerão no grupo e quais não necessitarão mais do acompanhamento, além de levantamento, com base nas informações da equipe e de revisão de prontuários, de novos pacientes candidatos à participação no novo ciclo do grupo.

Deverão participar deste processo todos os membros da equipe envolvidos com o projeto de intervenção: médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais profissionais de nível superior (exemplo: nutricionista e educador físico, se presente).

No Anexo 1, a Programação de Ações é apresentada respeitando as fases da metodologia PDCA proposta.

5. Resultados esperados

Através da implementação dos grupos para abordagem dos pacientes dislipidêmicos na Unidade de Saúde da Família de Três Pontes espera-se fornecer informações e promover conhecimento sobre sua condição de saúde, além de aumento de sua autonomia e autocuidado, com conseqüente melhoria de seu perfil lipídico, peso, IMC a fim de reduzir os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Por conseguinte, espera-se também, com estas medidas, reduzir a demanda por consultas individuais para abordagem destes pacientes, melhorando o fluxo de trabalho na Unidade de Saúde.

7. Referências bibliográficas

1. XAVIER, HT. et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v. 101, n. 4, supl. 1, out. 2013.
2. OLIVEIRA, JL. et al. Fenótipo cintura hipertrigliceridêmica e risco cardiometabólico em indivíduos dislipidêmicos. *Revista Brasileira de Cardiologia*. V. 27, n. 6; p. 395-402, nov./dez. 2014.
3. TANIA, L. et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do Nível de Colesterol de 81.262 Brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; v. 80, p. 631-634, 2003.
4. GARCEZ, MR. et al. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 103, n. 6, p. 476-484, dez. 2014.
5. População Amparo – SP. IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=350190> Acesso em: 12 jun. 2016.
6. Datasus. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>> Acesso em: 12 jun. 2016.
7. CARRARA, APB. et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 26, n. 3, p. 299-303, 2008.
8. SPOSITO, AC. et al. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção de aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 88, supl. I, abr. 2007.
9. VEIGA, Alberto Nogueira. *Plano de ação para controle da dislipidemia em pacientes adultos hipertensos com vistas à redução da aterosclerose*. 2010. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em

Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. *Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite*. Portaria SAS/MS nº 200, fev. 2013.
11. LOTUFO, Paulo Andrade. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Revista de Medicina, São Paulo*; v. 87 n. 4, p. 232-7. out./dez. 2008.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva. (WHO Technical Report Series, n. 916). 2003.
13. EIZERIK, DP. et al. Educação de pacientes em dislipidemia: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Farmácia*. v. 89, n. 3, p. 207-210, 2008.
14. SANTOS, LM. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.40, n.2, p.346-52, abr. 2006.
15. HORTA, NC. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.
16. MAILHOT, Gérald Bernard. *Dinâmica e gênese dos grupos: atualidades das descobertas de Kurt Lewin*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

8. Anexos

Anexo1: Programação de Ações.

PDCA	Atividade	Mês								Responsável	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
PLAN	Capacitação da equipe	X	X								Profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, nutricionista* e educador físico*
	Elaboração da cartilha	X	X								Profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, nutricionista*, educador físico*
	Elaboração de materiais didáticos (jogos para interação) e de atividade física	X	X								Integrantes da equipe ESF
	Seleção de pacientes		X								Integrantes da equipe ESF
DO	Realização dos grupos			X	X	X	X	X	X		Profissional de nível superior mais um integrante da equipe
CHECK	Reavaliação dos pacientes					X				X	Médico, enfermeiro e nutricionista*, educador* físico
ACT	Reavaliação da ação									X	Integrantes da equipe ESF

* Se disponível.