



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARCOS RODRIGUES BORGES

TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÃO PAULO
2020

MARCOS RODRIGUES BORGES

TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

A dislipidemia é um grande fator de risco nas doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral. Para melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco dos pacientes que apresentam esse problema, as mudanças no estilo de vida podem ser um fator determinante, alterando os níveis de colesterol total, HDL, LDL e triglicérides. Levando em conta esta problemática, foram observado muitos paciente com quadro de dislipidemia na Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz, os quais serão estipulados alguns tratamentos. Sendo assim, objetivou-se através deste trabalho capacitar os profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família referente as microáreas 6 (21, 22, 23, 25, 26 e 27) da Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz. para a prevenção e manejo dos pacientes com dislipidemia na atenção primaria. Será implementada na Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz da cidade de São Sebastião, a busca pelos pacientes que estão sob tratamento de dislipidemia, os quais foram orientados aos cuidados, dietas e mudança de hábitos, mas que não foi realizado um acompanhamento longitudinal e multidisciplinar e será aplicada alguns métodos com uma equipe de suporte composta por médico, uma nutricionista e um educador físico, além dos agentes comunitários da saúde.

Palavra-chave

Exercício Físico.

Alimentação Saudável. Dislipidemia.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A dislipidemia é um grande fator de risco nas doenças arteriais coronárias e acidente vascular cerebral. Estudos epidemiológicos mostraram que pessoas com estilos de vida mais saudáveis, apresentam menores fatores de risco para doenças cardíacas coronárias, e particularmente aquelas com perfis lipídicos favoráveis, apresentam menores riscos de sofrer com doenças cardíacas coronárias (NICHOLLS & LUNDMAN, 2004). Além disso, há evidências de que a resistência à insulina, associada à síndrome metabólica, é um fator de risco importante para doenças cardiovasculares ateroscleróticas, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica (WILD et al., 2009), isso devido ao aumento dos níveis plasmáticos de triglicerídeos e lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL) e redução dos níveis de lipoproteína de alta densidade de colesterol (HDL-C) (RODRIGUEZ-COLON et al., 2009).

Para melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco dos pacientes que apresentam esse problema, as mudanças no estilo de vida podem ser um fator determinante, alterando os níveis de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. A American Heart Association (AHA) recomenda que todos os adultos façam uma dieta saudável, se exercitem regularmente e evitem a fumaça do cigarro (STONE et al., 2014). No entanto, é importante ressaltar que em alguns casos é improvável que somente as modificações no estilo de vida, como dieta e atividade física, reduzam substancialmente os níveis lipídicos, sendo necessário nestes casos medicamentos para o correto tratamento do paciente (MOYER, 2012). Independentemente da presença de DCC preexistente, os pacientes que adotam esses hábitos terão perfis lipídicos mais saudáveis e reduzirão o risco de DCC (MOYER, 2012).

A dislipidemia é um problema no qual pode ser resolvido na maioria dos casos somente com a prevenção, o qual é o manejo sensato que pode alterar o curso da doença em seu início diminuindo assim o risco dos problemas cardiovasculares (STONE et al., 2014).

Sendo assim a questão-chave a ser tratada no presente trabalho é: “qual melhor meio de prevenir e tratar quadros iniciais de dislipidemia na assistência básica de saúde?”. Esta questão nos faz pensar, na real necessidade da utilização de medicamentos em casos que apenas uma correta orientação e divulgações informativas com projetos de política pública de saúde poderia ser suficiente.

Levando em conta esta problemática, foram observados muitos pacientes com quadro de dislipidemia na Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz, em que os pacientes podem ou não estar cientes da necessidade de dieta terapêutica de mudança de estilo de vida, além de muitas vezes não entenderem de fato o melhor caminho para a realização das mesmas com um alcance satisfatório ao final do tratamento estipulado. Quadros que não são revertidos com estes procedimentos são necessários a utilização de medicamentos, por esse motivo devemos fazer um tratamento de qualidade na orientação, dieta e atividade física para os pacientes portadores dessa problemática, melhorando assim a qualidade de vida e eliminando a necessidade em vários casos da utilização de medicações. Portanto, é de extrema importância elaborar um plano de ação que leve em consideração os conceitos da atenção primária, em que o clínico e o paciente estabeleçam metas e selecionem estratégias de tratamento para perda de peso e controle de fatores de risco, além do agendamento das verificações periódicas de peso e aconselhamento sobre manutenção, além de acompanhamento multiprofissional com auxílio de nutricionistas e educadores físicos.

Sendo assim, objetiva-se capacitar os profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família referente as microáreas 6 (21, 22, 23, 25, 26 e 27) da Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz. para a prevenção e manejo dos pacientes com dislipidemia na atenção primária.

ESTUDO DA LITERATURA

Grandes estudos observacionais relataram uma relação forte e graduada entre níveis mais altos de LDL ou níveis mais baixos de HDL e aumento do risco de eventos de doença cardíaca coronária aterosclerótica (DAC) (ANDERSON et al., 1987).

Fatores como idade em que a triagem para dislipidemia deve começar é controversa. Nenhuma evidência direta vincula a triagem lipídica e o tratamento subsequente a resultados adversos reduzidos de Doenças Cardiovasculares ou acidente vascular cerebral. Sendo assim, os médicos devem avaliar homens acima de 35 anos de idade em busca de distúrbios lipídicos e aqueles com idades entre 20 e 35 anos, se estiverem em risco aumentado de doença coronariana. Para as mulheres recomenda-se a triagem entre 20 a 45 anos, se elas tiverem risco aumentado de doença coronariana (U.S., 2017).

O risco cardiovascular de um paciente, deve ser estimado pelo médico assim que for diagnosticada a dislipidemia, além de ser realizada a avaliação de riscos. O tratamento é mais benéfico para pacientes com maior risco. Para o cálculo do risco pode ser usadas equações específicas é mais preciso do que usar os níveis lipídicos isoladamente ou simplesmente contar os fatores de risco, porém os mesmo podem ser utilizados. Ao identificar pacientes que se beneficiarão de agentes farmacológicos e os mesmo devem ser orientados sobre o tratamento dos distúrbios lipídicos (DEFILIPPIS et al., 2015).

O benefício absoluto do início da terapia médica depende do nível de risco do paciente para DCV. Portanto, é imprescindível estratificar o paciente, porque está sendo iniciada uma terapia potencialmente ao longo da vida. Também é importante identificar as causas dos níveis elevados de colesterol para atingir adequadamente a dieta e a terapia medicamentosa. Portanto, recomenda-se tomar decisões compartilhadas entre o clínico e o paciente antes de iniciar qualquer plano de tratamento.

Dentre os objetivos do tratamento desata comorbidade, o primeiro objetivo trata-se da melhora no estilo de vida do paciente. O segundo objetivo é diminuir o risco de eventos cardiovasculares. Reduzir os níveis absolutos de LDL não é mais uma meta terapêutica absoluta. As diretrizes da American Heart Association (AHA) de 2013, dizem para não tomar decisões de tratamento com base apenas nesses valores; em vez disso, deve se centrar na identificação de subgrupos de alto e médio risco visando assim a redução do risco cardiovascular (STONE et al., 2014).

É importante salientar que pacientes com distúrbios lipídicos devem ser informados da importância de mudanças comportamentais no estilo de vida e devem adotar essas alterações, independentemente de a terapia medicamentosa estar sendo prescrita. O uso da dieta terapêutica de mudança de estilo de vida, pode resultar em uma redução de 5% a 15% no nível de LDL (NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM, 2002). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, uma redução de 15% no LDL poderia reduzir a necessidade de medicamentos para baixar o colesterol de 14% para 5% da população. A Diretriz da AHA de 2013 sobre gerenciamento de estilo de vida para reduzir o risco cardiovascular enfatiza uma dieta rica em frutas, vegetais, nozes e grãos integrais e o uso de óleos monossaturados, além da diminuição da ingestão de produtos lácteos gordurosos (ECKEL, 2014). A dieta deve limitar doces, bebidas açucaradas e carne vermelha. Uma dieta pobre em carne vermelha e gordura animal parece reduzir substancialmente o risco,

independentemente dos níveis séricos de lipídios (ERNST et al., 1997). O consumo moderado de álcool, a cessação do tabagismo, a redução de peso e o exercício regular podem aumentar o HDL em até 10% (ECKEL, 2014).

Pacientes com dislipidemia e índice de massa corpórea (IMC) normal devem focar em uma alimentação saudável, com um peso corporal saudável e reduzir os níveis lipídicos (MOYER, 2012). Pacientes com sobrepeso e obesos devem reduzir a ingestão calórica de gorduras e carboidratos simples e procurar pelo menos 30 minutos de atividade física na maioria dos dias. Um programa de exercícios aeróbicos estruturados, que utiliza grupos de músculos grandes, tais como corrida, natação, ciclismo ou caminhada, auxilia bastante na redução de peso. Estudos sobre perda de peso com ou sem exercício sugerem que o exercício pode otimizar os níveis lipídicos (LORGERIL et al., 1999).

AÇÕES

A intervenção que se pretende fazer, será implementada na Unidade de Saúde da Família Pontal da Cruz da cidade de São Sebastião, e será realizada através de trabalhos em rede entre as equipes da estratégia da saúde da família, onde se buscará o pacientes que estão sob tratamento de dislipidemia, os quais foram orientados aos cuidados, dietas e mudança de hábitos, mas que não foi realizado um acompanhamento longitudinal e multidisciplinar dos mesmos.

As equipes serão formada por um médico, uma nutricionista e um educador físico, além dos agentes comunitários da saúde.

Ações a serem aplicadas:

Inicialmente, orientação aos pacientes com palavras simples e claras sobre o que é a doença, para que desta forma o paciente possa entender o seu estado de saúde e as consequências que isso pode gerar, levando à um autoconhecimento e entendendo o melhor caminho para o tratamento desta condição.

Controles com exames laboratoriais periódicos dos pacientes que fazem parte do programa de apoio, para avaliar se houve melhora do quadro de dislipidemia, ou se alguma alteração no tratamento será necessária.

Grupos semanais com a nutricionista para que ela os oriente sobre alimentação, já que é uma doença diretamente ligada à alimentação e atividade física.

Convidar um educador físico 1 vez ao mês para explicar a importância da atividade física e ensinar exercícios que podem ser feitos em casa, além de realizar uma programação de exercícios aeróbicos estruturados, que utiliza grupos de músculos grandes, tais como corrida, caminhada, ciclismo ou natação.

É importante salientar que todos os pacientes passaram pelo mesmo processo de avaliação nutricional com nutricionista e atividades físicas com o educador físico. Mesmo os pacientes que apresentarem necessidade de utilização de medicação, uma vez que esta mudança de hábito pode melhorar a qualidade de vida e a resposta do organismo frente a doença.

Escolha do tratamento do paciente:

Inicialmente será feita uma triagem para avaliação minuciosa da real necessidade apenas de mudança de estilo de vida ou aplicação do tratamento medicamentoso para os pacientes da presente Unidade Básica de Família. Os tratamentos seguiram o seguinte padrão:

Paciente sem comorbidades ou fatores de risco com LDL \leq 190, introduzir mudança de estilo de vida.

Pessoas sem comorbidades ou fatores de risco: tratar se LDL \geq 190, tratado com metas individualizadas e mudança de estilo de vida.

Pessoas com comorbidades ou fatores de risco com LDL \leq 190, tratado com metas individualizadas e mudança de estilo de vida.

Consideraremos Fatores de risco e comorbidades os quadros de obesidade, infarto agudo do miocárdio prévio, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, históricos familiar. O Triglicéridos não será tratado com medicamentos, pois os estudos mostram que mudança de estilo de vida melhora o nível do mesmo.

Mulheres em idade fértil com dislipidemia e com LDL ≥ 190 , receberá tratamento medicamentoso, mais mudança de estilo de vida. Porém será necessária uma gravidez planejada, pois estatinas deveram ser suspensas, por se tratar de drogas teratogênicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Diminuir o uso indiscriminado das estatinas, uma vez que a mudança no estilo de vida com dietas e exercícios podem levar a melhora dos quadros de dislipidemia.

Que os pacientes sejam capazes de entender a sua própria condição e o motivo da necessidade da mudança no estilo de vida, sem esquecer que o acompanhamento médico é fundamental para um tratamento eficaz.

Que médicos da presente UBS estejam capacitados para poder lidar com os pacientes com quadro de dislipidemias através de uma visão holística com auxílio multiprofissional através da ajuda de nutricionista e educador físico, além de agentes comunitários da saúde.. A evolução do paciente será realizada mensalmente pelos profissionais envolvidos no presente projeto, aumentando o vínculo entre os pacientes e a equipe envolvida.

REFERÊNCIAS

ANDERSON KM, CASTELLI WP, LEVY D. Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham study. *JAMA*. v. 257, p. 2176-80, 1987. [PMID: 3560398]

DEFILIPPIS AP, YOUNG R, CARRUBBA CJ, MCEVOY JW, BUDOFF MJ, BLUMENTHAL RS, et al. An analysis of calibration and discrimination among multiple cardiovascular risk scores in a modern multiethnic cohort. *Ann Intern Med*. v. 162, p. 266-75, 2015. [PMID: 25686167]

ECKEL RH, JAKICIC JM, ARD JD, DE JESUS JM, HOUSTON MILLER N, HUBBARD VS, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. v. 63, p. 2960-84, 2014. [PMID: 24239922]

ERNST ND, SEMPOS CT, BRIEFEL RR, CLARK MB. Consistency between US dietary fat intake and serum total cholesterol concentrations: the National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Clin Nutr*. v. 66, p. 965S-972S, 1997. [PMID: 9322575]

LORGERIL M, SALEN P, MARTIN JL, MONJAUD I, DELAYE J, MAMELLE N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. v. 99, p. 779-85, 1999. [PMID: 9989963]

MOYER VA; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. v. 157, p. 367-71, 2012. [PMID: 22733153]

MOYER VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. v. 157, p. 373-8, 2012. [PMID: 22733087]

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. v. 106, p. 3143-421, 2002. [PMID: 12485966]

NICHOLLS S, LUNDMAN P. The emerging role of lipoproteins in atherogenesis: beyond LDL cholesterol. *Semin Vasc Med*. v. 4, p. 187-95, 2004. [PMID: 15478040]

RODRIGUEZ-COLON SM, MO J, DUAN Y, LIU J, CAULFIELD JE, JIN X, et al. Metabolic syndrome clusters and the risk of incident stroke: the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Stroke*. v. 40, p. 200-5, 2009. [PMID: 18927451]

STONE NJ, ROBINSON JG, LICHTENSTEIN AH, BAIREY MERZ CN, BLUM CB, ECKEL RH, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardi-

ology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. v. 129, p. S1-45, 2014. [PMID: 24222016]

U.S. Preventive Services Task Force. Final Update Summary: Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia): Screening. July 2015. Accessed at www.uspreventiveservices.org/Page/Document/UpdateSummary_Final/lipid-disorders-in-adults-cholesterol-dyslipidemia-screening on 19 October 2017.

WILD SH, BYRNE CD, TZOULAKI I, LEE AJ, RUMLEY A, LOWE GD, et al. Metabolic syndrome, haemostatic and inflammatory markers, cerebrovascular and peripheral arterial disease: The Edinburgh Artery Study. *Atherosclerosis*. v. 203, p.604-9, 2009. [PMID: 18804759]