



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Yoana Iglesias Sánchez

Sensibilizar a equipe da Atenção Básica para os
cuidados no controle das dislipidemias

Florianópolis, Março de 2018

Yoana Iglesias Sánchez

Sensibilizar a equipe da Atenção Básica para os cuidados no
controle das dislipidemias

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yoana Iglesias Sánchez

Sensibilizar a equipe da Atenção Básica para os cuidados no controle das dislipidemias

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis representam um dos maiores problemas de saúde no mundo. Estas doenças têm gerado aumento no número de mortes precocemente, ou em alguns casos, impactado na qualidade de vida, com grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos consideráveis. Dentre essas encontram-se as dislipidemias, que correspondem a uma classe de doenças caracterizadas pelos níveis anormais de diferentes classes de lipídeos na corrente sanguínea.

Objetivo: Instrumentalizar a equipe da Atenção Básica de Saúde quanto aos cuidados para controle das dislipidemias.

Metodologia: Serão realizadas capacitações a equipe de saúde da Atenção Básica de Saúde sobre o controle e cuidados aos pacientes com dislipidemias. Através da Educação Permanente com a utilização de metodologias ativas, subdivididas nos seguintes temas: avaliação das dislipidemias, abordagem em relação ao diagnóstico através da elaboração de protocolo para avaliação inicial e busca ativa de indivíduos com alguma dislipidemia. Rodas de conversa e debates referente as opções de tratamento de acordo com a orientação das V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e baseado em evidências da literatura dos últimos 5 anos. Estas etapas serão moderadas pela autora deste projeto com apoio da equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) deste município, estima-se iniciar no mês de novembro de 2017 a março de 2018.

Resultados esperados: Essa intervenção visa ampliar o olhar da equipe para o índice elevado de dislipidemias, capacitar os profissionais em relação as avaliação, diagnóstico e tratamento de acordo com o descrito na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Compreender e instrumentalizar a equipe de saúde sobre os cuidados com pacientes com dislipidemias constroem um espaço de aprendizagem que vem a ser fundamental para superar o estigma de serviço de saúde unicamente de reabilitação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Dislipidemias, Prevenção de Doenças

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2017). Estas doenças tem gerado aumento no número de mortes precocemente, ou em alguns casos, impactado na qualidade de vida, com grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos consideráveis (MALTA et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se as DCNT como uma epidemia mundial e estabelece metas para prevenção das 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos) causadas por estas doenças, destacando-se as relacionadas ao aparelho circulatório, dentre essas encontram-se as dislipidemias (WHO, 2017).

As dislipidemias correspondem a uma classe de doenças caracterizadas pelos níveis anormais de diferentes classes de lipídeos na corrente sanguínea, como colesterol, triglicérides, lipoproteínas de baixa (LDL) e alta densidade (HDL) (GARCEZ et al., 2014). As dislipidemias, segundo XAVIER et al. (2013), podem ser classificadas de acordo com sua etiologia em: dislipidemia primária, que estão relacionadas às causas genéticas e/ou ambientais, como a hipercolesterolemia familiar heterozigótica (diagnosticada ao nascer); hipercolesterolemia familiar combinada (manifesta-se com o aumento das concentrações plasmáticas de colesterol e triglicérides, nem sempre simultaneamente) e hipercolesterolemia poligênica (alterações genéricas que promovem discreto aumento das concentrações de LDL); dislipidemias secundárias, correspondem àquelas associadas à patologias como diabetes mellitus tipo II, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, hepatopatias colestáticas crônicas, obesidade, dentre outras, também estão incluídos alguns medicamentos (anti-hipertensivos, corticoides, inibidores de proteases) e os hábitos de vida inadequados (tabagismo, etilismo) (XAVIER et al., 2013).

Dentre as principais dislipidemias, as causadas principalmente pelo elevado consumo de gorduras saturadas de origem animal, aliadas ao tabagismo e o sedentarismo são as principais causas de morte no mundo e consideradas o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (who, 2014). Tais alterações são determinantes para ocorrência de enfermidades do sistema circulatório, como aterosclerose, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), assim como, alterações no metabolismo glicêmico que contribuem para o desenvolvimento do diabetes, estimulando o Brasil a criar políticas específicas de prevenção e promoção da saúde (ANDRADE et al., 2013).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia (2013) a mortalidade por doença arterial coronariana é considerada a principal causa de morte no país e o controle do consumo no nível de colesterol pode ser um fator de risco modificável. Neste sentido, compreender que reduzir o nível de colesterol, principalmente nos níveis de LDL-C, por

meio de mudanças no estilo de vida e/ou fármacos, ao longo da vida, tenham grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares (XAVIER et al., 2013).

O município que será realizada a intervenção está situado na região na região Sul do Brasil, na macrorregião oeste de Santa Catarina. Esse município, em 2010, tinha uma população de 4.267 habitantes. Sua área territorial é de 6137,547 km², localizado a 630 km da capital do estado. A Colonização deste município teve seu início na década de trinta, com a Migração de Caboclos do Rio Grande do Sul e Oeste de Santa Catarina. Gradualmente as atividades agrícolas e pecuárias foram inseridas iniciando a diversidade comercial. Emancipado com município em 26 de Setembro de 1991, pela Lei Estadual número 8.354 (IBGE, 2017). Atualmente as principais atividades econômicas no setor primário: apicultura, agricultura, pecuária, suinocultura, avicultura, sicultura e extrativismo. No setor secundário: indústria e construção civil. No setor agrícola o Município conta com 870 pequenas e médias propriedades rurais, onde são produzidas 140.000 toneladas de grãos por ano, dos quais podemos destacar o feijão, milho, soja, trigo e arroz. A cultura do fumo resulta em 600.000 toneladas/ano.

A estrutura de saúde do município estudado possui uma Unidade Básica de Saúde tem implantado duas Equipes de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde Bucal, atua como uma entidade no qual objetiva a tomada de decisões, preparação e desenvolvimento de atividades administrativas, cuja finalidade é o bem estar e a melhoria contínua da qualidade de vida da população. Equipado e preparado para atender todas as atividades ambulatoriais, curativa e preventiva. O horário de atendimento é de segunda à sexta-feira, sendo na parte da manhã das 07:30 (sete e trinta horas) às 11:30 (onze e trinta horas), e na parte da tarde das 13:00 (treze horas) até as 17:00 (dezessete horas). Na primeira quarta-feira de cada mês, os atendimentos são voltados para a saúde do trabalhador com horários agendados das 13 as 19 hs (SC, 2014).

O serviço conta ainda, com a vigilância em saúde que abrange as atividades de monitoramento das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis e dos fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. Para além da vigilância em saúde o município conta ainda com o serviço de vigilância sanitária que tem por objetivo controlar, fiscalizar e orientar o comércio de bens de consumo que se relacionem com saúde: alimentos, medicamentos, produtos químicos, produtos agrícolas (SC, 2014).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2014/2017) os principais problemas encontrados no município são: aumento do risco cardiovascular, acúmulo de lixo nos lotes; violência, desemprego e falta de esgoto (SC, 2014). Quanto aos riscos cardiovasculares os principais descritores estão listados no Quadro 01.

Quadro 01. Descritores do problema “risco cardiovascular aumentado”. Dados de Dezembro/2016.

Segundo o Plano Municipal de Saúde os entraves identificados como fundamentais para

Descritores	Qtd	Fonte
Hipertensos esperados	178 651 651	Registro da Equipe SIAB
Hipertensos cadastrados	651 410 50	Registro da Equipe Registro da
Hipertensos confirmados	93 93 93 85	Equipe Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados	120 551 175	Estudos epidemiológicos SIAB
conforme o protocolo Hipertensos controlados	699 64 10	Registro da Equipe Registro da
Diabéticos esperados	11	Equipe Registro da Equipe
Diabéticos cadastrados		Registro da Equipe Registro da
Diabéticos confirmados		Equipe Registro da Equipe
Diabéticos acompanhados conforme o protocolo		Registro da Equipe Registro da
Diabéticos controlados		Equipe Registro da Equipe
Portadores de dislipidemia		Registro da Equipe
Sobrepeso Tabagista Sedentários		
Complicações de problemas cardiovasculares		
Internações por causas cardiovasculares		
Óbitos por causas cardiovasculares		

o problema do risco cardiovascular aumentado, são: os hábitos e estilo de vida; pressão social; nível de informação; estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe (SC, 2014).

A gestão municipal em seu plano de saúde elencou como meta a consolidação do SUS buscando conjugar recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Município, para garantir o atendimento à população de forma eficiente e resolutiva, quanto ao processo de saúde-doença, norteadas pela integralidade da assistência, universalidade de acesso, equidade e controle social. A aplicação do método do planejamento estratégico situacional. Esse planejamento tem como objetivos a efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do modelo de atenção à Saúde, priorizando para tal, a estratégia de saúde no risco cardiovascular e ampliar para 100 o n° de equipes de saúde da família (SC, 2014).

Neste município as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a Unidade de Saúde estão descritas no quadro 02.

Quadro 02. Cinco principais queixas que levaram a população a buscar a unidade Básica de Saúde.

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014/2017. Nova Itaberaba – SC.

Segundo dados do município, o aumento nos riscos cardiovasculares deveria levar em consideração ações que poderiam ser tomadas, com o objetivo de auxiliar a solucionar o problema, como exemplo: realizar ações de educação permanente com os profissionais da USB, ressaltando-se nos aspectos privativos, éticos e responsabilidades de cada categoria profissional. Outra estratégia que o município se propõe é aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares e melhorar a estrutura do serviço para o

ACOLHINAMENTO	AGENDADA
1- Doença Osteomioarticulares	- HAS/DM
2- Doenças Sazonais	- Alteração Metabolismo Lipidico
3- Dispepsias e Epigastralgia	- Doenças Osteomioarticulares
4- Saúdes mentais	- Saúde mental
5- Disúria	- Dispepsia e Epigastralgia
6- HAS/DM	- Doenças Aparelho Genitourinário
7- DPOC exacerbada.	- Doenças Sazonais

atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado (SC, 2014).

Conforme o Quadro 01, podemos observar que cerca de 120 pessoas são diagnosticadas com algum tipo de dislipidemia, o que representa aproximadamente 3% da população. Diante deste contexto, conhecer e intervir com equipe e população geral sobre o tema dislipidmias é relevante, visto que os resultados obtidos podem colaborar no sentido de qualificar a continuidade do processo de intervenção e tratamento destes pacientes na atenção básica de saúde. Além disso, podem subsidiar reflexões sobre os processos de trabalho e uma prática profissional voltada para o SUS em que a atuação dos profissionais se baseie no quadro epidemiológico e de acordo com as necessidades do território e serviços de saúde, a elaboração de uma proposta de intervenção é uma forma de enfrentar os problemas da equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e, por isso com mais chance de sucesso.

Compreender e instrumentalizar a equipe de saúde, a população geral sobre os cuidados com pacientes com dislipidemias constroem um espaço de aprendizagem para um profissional e uma população crítica, reflexiva e instrumentalizada com vistas a atender as demandas emergentes da comunidade ou do SUS, vem a ser fundamental para superar o estigma de serviço de saúde unicamente de reabilitação. Considerando o contexto apresentado e as vivências da pesquisadora enquanto médica de saúde da família emerge a questão problema deste estudo: Como amenizar o aumento dos casos de dislipidemias e de que maneira preparar a equipe de saúde e a população para enfrentar essa questão?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Sensibilizar a população e equipe da Atenção Básica de Saúde quanto aos cuidados para controle das dislipidemias.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar uma capacitação para a equipe de saúde da atenção básica sobre o controle e cuidados aos pacientes com dislipidemias;
- Aumentar a disseminação de informações para a população sobre as dislipidemias, prevenção de agravos e os riscos cardiovasculares;
- Organizar a agenda dos profissionais e o atendimento dos pacientes com dislipidemias na atenção básica.

3 Revisão da Literatura

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores problemas de saúde no mundo (OMS, 2014). Estas doenças têm gerado aumento no número de mortes precocemente, ou em alguns casos, impactado na qualidade de vida, com grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos consideráveis (MALTA et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se as DCNT como uma epidemia mundial e estabelece metas para prevenção das 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos) causadas por estas doenças, destacando-se as relacionadas ao aparelho circulatório, dentre essas encontram-se as dislipidemias (WHO, 2017).

As dislipidemias correspondem a uma classe de doenças caracterizadas pelos níveis anormais de diferentes classes de lipídeos na corrente sanguínea, como colesterol, triglicérides, lipoproteínas de baixa (LDL) e alta densidade (HDL) (GARCEZ et al., 2014). As dislipidemias, segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da Aterosclerose (2013), podem ser classificadas de acordo com sua etiologia em: dislipidemia primária, que estão relacionadas às causas genéticas e/ou ambientais, como a hipercolesterolemia familiar heterozigótica (diagnosticada ao nascer); hipercolesterolemia familiar combinada (manifesta-se com o aumento das concentrações plasmáticas de colesterol e triglicérides, nem sempre simultaneamente) e hipercolesterolemia poligênica (alterações genéricas que promovem discreto aumento das concentrações de LDL); dislipidemias secundárias, correspondem àquelas associadas à patologias como diabetes *melittus* tipo II, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, hepatopatias colestáticas crônicas, obesidade, dentre outras, também estão incluídos alguns medicamentos (anti-hipertensivos, corticoides, inibidores de proteases) e os hábitos de vida inadequados (tabagismo, etilismo) (XAVIER et al., 2013).

Dentre as principais dislipidemias, as causadas principalmente pelo elevado consumo de gorduras saturadas de origem animal, aliadas ao tabagismo e o sedentarismo são as principais causas de morte no mundo e consideradas o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (OMS, 2014). Tais alterações são determinantes para ocorrência de enfermidades do sistema circulatório, como aterosclerose, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), assim como, alterações no metabolismo glicêmico que contribuem para o desenvolvimento do diabetes, estimulando o Brasil a criar políticas específicas de prevenção e promoção da saúde (ANDRADE et al., 2013).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia (2013) a mortalidade por doença arterial coronariana é considerada a principal causa de morte no país e o controle do consumo no nível de colesterol pode ser um fator de risco modificável. Neste sentido,

compreender que reduzir o nível de colesterol, principalmente nos níveis de LDL-C, por meio de mudanças no estilo de vida e/ou fármacos, ao longo da vida, tenham grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares (XAVIER *et al.*, 2013).

O município que será realizada a intervenção está situado na região na região Sul do Brasil, na macrorregião oeste de Santa Catarina. Esse município, em 2010, tinha uma população de 4.267 habitantes. Sua área territorial é de 6137,547 km², localizado a 630 km da capital do estado. A Colonização deste município teve seu início na década de trinta, com a Migração de Caboclos do Rio Grande do Sul e Oeste de Santa Catarina. Gradualmente as atividades agrícolas e pecuárias foram inseridas iniciando a diversidade comercial. Emancipado com município em 26 de Setembro de 1991, pela Lei Estadual nº8.354 (IBGE, 2017). Atualmente as principais atividades econômicas no setor primário: apicultura, agricultura, pecuária, suinocultura, avicultura, sivicultura e extrativismo. No setor secundário: indústria e construção civil. No setor agrícola o Município conta com 870 pequenas e médias propriedades rurais, onde são produzidas 140.000 toneladas de grãos por ano, dos quais podemos destacar o feijão, milho, soja, trigo e arroz. A cultura do fumo resulta em 600.000 toneladas/ano.

A estrutura de saúde do município estudado possui uma Unidade Básica de Saúde tem implantado duas Equipes de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde Bucal, atua como uma entidade no qual objetiva a tomada de decisões, preparação e desenvolvimento de atividades administrativas, cuja finalidade é o bem estar e a melhoria contínua da qualidade de vida da população. Equipado e preparado para atender todas as atividades ambulatoriais, curativa e preventiva. O horário de atendimento é de segunda à sexta-feira, sendo na parte da manhã das 07:30 (sete e trinta horas) às 11:30 (onze e trinta horas), e na parte da tarde das 13:00 (treze horas) até as 17:00 (dezessete horas). Na primeira quarta-feira de cada mês, os atendimentos são voltados para a saúde do trabalhador com horários agendados das 13 as 19 hs (SANTA CATARINA, 2014).

O serviço conta ainda, com a vigilância em saúde que abrange as atividades de monitoramento das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis e dos fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. Para além da vigilância em saúde o município conta ainda com o serviço de vigilância sanitária que tem por objetivo controlar, fiscalizar e orientar o comércio de bens de consumo que se relacionem com saúde: alimentos, medicamentos, produtos químicos, produtos agrícolas (SANTA CATARINA, 2014).

Dislipidemias e sua interface com a Atenção Básica de Saúde

A partir da década de 1960, a população brasileira iniciou um processo de transição social, econômica e também das políticas de saúde. Como consequência, observamos uma queda nos índices de mortalidade infantil e um aumento da expectativa de vida, juntamente com a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SILVA *et al.*, 2014). A elevação da incidência das DCNT pode estar relacionada, dentre outros fato-

res, aos processos de industrialização, urbanização e o maior desenvolvimento econômico, tendo em vista que estes, podem contribuir para o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo e ingestão nociva de álcool (HILGENBERG *et al.*, 2016).

Segundo dados do IBGE (2014), no Brasil em 2013 as DCNT foram responsáveis por 72,6% dos óbitos, estes elevados dados produziram aos gestores do país a necessidade de elaborar um plano de ações para o enfrentamento e redução dos índices destas doenças até 2022 (MALTA *et al.*, 2016). Estas estratégias contemplam a promoção, prevenção e assistência para as principais DCNT, dentre essas, as doenças cardiovasculares (DCV) (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte da população mundial, sendo consideradas um grave problema de saúde pública (OMS, 2016). De acordo com a OMS, cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças relacionadas ao aparelho circulatório em 2012, representando 31% das causas de morte em todo mundo. Destes óbitos, estima-se que 7, 4 milhões foram por doença cardíaca coronária e 6, 7 milhões devido a acidente vascular cerebral (OMS, 2016).

No Brasil, as doenças relacionadas ao aparelho circulatório representam a principal causa de morte (GAUI; OLIVEIRA; KLEIN, 2014; MALACHIAS *et al.*, 2016). Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial em 2013, estas patologias representaram 29,8% dos 1.138.670 óbitos registrados e configuram as principais causas de internação com custos socioeconômicos elevados (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Os fatores de risco associados as DCV são diversos, bastante conhecidos e muitos destes exaustivamente estudados. Didaticamente, são classificados em duas categorias: fatores de risco não modificáveis, como antecedentes familiares, sexo, raça e idade avançada; e fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, obesidade, sobrepeso, dislipidemias, diabetes *mellitus* e estresse psicológico (EYKEN; MORAES, 2009).

Observando os fatores de risco modificáveis, pode-se dizer que hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados são determinantes para o desenvolvimento de doenças do aparelho circulatório, visto que o aumento da pressão arterial de forma linear, contínua e independente, aliado ao consumo de ácidos graxos saturados de forma excessiva, contribui para o desenvolvimento de aterosclerose, dislipidemias e, conseqüentemente, aumento gradativo da mortalidade por DCV (CHAVES *et al.*, 2015).

Além disso, fatores genéticos também podem influenciar na regulação das concentrações de colesterol e triglicerídeos no plasma sanguíneo (XAVIER *et al.*, 2013). Níveis aumentados de colesterol podem levar, ainda, ao desenvolvimento de esteatose hepática (hipertrofia do fígado), hiperlipidemia e doença isquêmica tardia (NWOZO; OROJOBI; ADARAMOYE, 2011).

As dislipidemias correspondem a uma classe de doenças caracterizadas pelos níveis

anormais de diferentes classes de lipídeos na corrente sanguínea, como colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas de baixa (LDL) e alta densidade (HDL) (JAIN *et al.*, 2010; GARCEZ *et al.*, 2014). A dislipidemia pode ser definida como modificações nos níveis circulantes dos lipídeos em relação a valores referenciais para uma determinada amostra populacional, considerando-se uma elevação do CT, LDL-c e TGL acima do percentil 95 ou níveis de HDL abaixo do percentil 10 para a população geral (XAVIER *et al.*, 2013).

As dislipidemias, segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da Aterosclerose (2013), podem ser classificadas de acordo com sua etiologia em: dislipidemia primária, que estão relacionadas às causas genéticas e/ou ambientais, como a hipercolesterolemia familiar heterozigótica (diagnosticada ao nascer); hipercolesterolemia familiar combinada (manifesta-se com o aumento das concentrações plasmáticas de colesterol e triglicérides, nem sempre simultaneamente) e hipercolesterolemia poligênica (alterações genéricas que promovem discreto aumento das concentrações de LDL); dislipidemias secundárias, correspondem àquelas associadas à patologias como diabetes *melittus* tipo II, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, hepatopatias colestáticas crônicas, obesidade, dentre outras, também estão incluídos alguns medicamentos (anti-hipertensivos, corticoides, inibidores de proteases) e os hábitos de vida inadequados (tabagismo, etilismo).

O risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, enfatizando as de ordem coronariana, aumenta significativamente a partir dos valores limítrofes do colesterol total e LDL. Em relação ao HDL, o risco aumenta à medida que seus valores diminuem. As evidências atuais indicam que a hipertrigliceridemia (> 200 mg/dL) aumenta o risco de aterosclerose quando associada a HDL diminuído e/ou LDL elevado (XAVIER *et al.*, 2013).

As doenças cardiovasculares (DCVs) constituem a principal causa de óbito em importante parcela da população adulta, particularmente aquela maior de 30 anos de idade (CARDOSO *et al.*, 2011). Com o os elevados de dislipidemias e conseqüentemente o aumento no número de doenças cardiovasculares, que é lançado o desafio a Atenção Básica de Saúde a tarefa de instrumentar os profissionais de saúde para acompanhar a população e planejar ações de promoção da saúde, prevenção e agravos da população geral, além do adequado acompanhamento dos indivíduos já com algumas dislipidemias instaladas.

De acordo com CARDOSO *et al.* (2011) os serviços públicos de saúde necessitam avaliar os aspectos clínicos e socioeconômicos do tratamento das dislipidemias para alcançar a diminuição dos custos com manutenção da saúde destes indivíduos. A redução do LDL-C é provável que seja uma estratégia muito mais eficaz para a prevenção primária do que é atualmente reconhecida, com ênfase fundamentalmente em uma dieta saudável e exercícios físicos de forma regular já nas primeiras fases da vida, com o objetivo de manter baixo nível de colesterol. Para as pessoas que não conseguem manter um baixo nível de colesterol, parece ser razoável considerar a adição de tratamento específico precocemente.

Grupo de Causas	Me- nor 1 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	To- tal
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,9	10,1	2,7	5,7	1,4	10,2	4,1	2,4	2,5	4,4
II. Neoplasias (tumores)	0,4	8,8	11,7	9,8	5,7	16,5	31,1	20,3	21,8	20,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,7	3,4	4,5	4,6	1,8	14,4	30,1	41,1	39,9	31,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A estratégia de prevenção primária, que incentiva a manutenção de baixos níveis lipídicos ao longo da vida tem o potencial de reduzir drasticamente o risco cardiovascular (BIANCO; ARAUJO, 2016).

O Ministério da Saúde disponibilizou em maio de 2010 os Cadernos de Informação de Saúde para cada unidade da federação e para cada município. No Estado de Santa Catarina, podemos observar na Tabela 01, que os as causas de morte por doenças circulatórias estão entre as três principais.

Tabela 01. Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10, ano de 2008.

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP que buscou identificar a prevalência de dislipidemia e fatores associados em adultos, evidenciou que a elevada prevalência de dislipidemia no município pode ser considerada um problema de Saúde Pública e que fatores sociodemográficos, sedentarismo, fatores dietéticos e obesidade central influenciam no elevado índice da doença. Os autores concluíram ainda, que políticas públicas de intervenção direcionadas à adoção de hábitos saudáveis de consumo alimentar, bem como ao controle da obesidade e do sedentarismo, poderão contribuir para o declínio da prevalência de dislipidemias, como consequência tais medidas possam reduzir os indicadores de morbimortalidade por doenças cardiovasculares (MORAES; CHECCHIO; FREITAS, 2013).

Em pesquisa realizada em um município de Santa Catarina que determinou os níveis séricos do perfil lipídico e prevalência de dislipidemia na população adulta, evidenciou que 65% da população adulta apresentou dislipidemia, sendo 11,3% com hipercolesterolemia isolada, 23,6% hipertrigliceridemia isolada, 5,4% com hiperlipidemia e 59,7% redução dos níveis de HDL isoladamente ou em associação com o aumento de LDL ou TG. A obesidade e o tabagismo foram fatores associados de forma independente à dislipidemia (JESUS *et al.*, 2014). Os achados indicam que os fatores associados modificáveis podem ser potenciais

de intervenção das equipes de saúde, a fim de minimizar o agravamento ou aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

Outro estudo que analisou a prevalência das dislipidemias em pessoas a partir de 40 anos, encontrou uma prevalência de dislipidemias de 69,2%, maior nas mulheres do que nos homens. O estudo evidenciou ainda, que entre os 669 indivíduos com dislipidemias, 35,0% (n = 234) relataram que sabiam da condição. Entre estes, 41, 0% (n = 108) faziam tratamento medicamentoso. Entre os que não reconheciam as alterações dos lipídeos, 2,8% utilizavam medicamentos hipolipemiantes. Para além da prevalência, a pesquisa destacou que a baixa frequência de reconhecimento da condição e de controle pelos indivíduos em tratamento medicamentoso reforçam a relevância clínica e epidemiológica das dislipidemias na população adulta e idosa (PETRIS; BORTOLETTO, 2016).

Em pesquisa realizada com idosos que identificou a prevalência de fatores de risco cardiovascular (FRCV) em idosos, usuários do Sistema Único de Saúde da atenção básica, evidenciou que 23,4% dos idosos pesquisados apresentavam como fator cardiovascular as dislipidemias (FERREIRA *et al.*, 2010) . Esses estudos reforçam a importância de a Atenção Básica de Saúde buscar estratégias de intervenção para minimizar o elevado número de pessoas com algum tipo de dislipidemia.

Em estudo realizado com idosos que investigou a associação do perfil lipídico com o estado nutricional e o consumo alimentar em idosos, concluiu que estratégias como a introdução de um programa de orientação alimentar eficaz, inclusão de atividades físicas e melhor orientação no uso de medicamentos nas ações rotineiras de atenção básica à saúde aos idosos poderão contribuir com menor custo ao sistema de saúde porque são medidas simples e de baixo custo. Esses resultados fortalecem a necessidade da promoção da alimentação saudável no âmbito da atenção básica independente do uso de medicação hipolipemiante (NEVES-SOUZA *et al.*, 2015).

Outra pesquisa que avaliou o risco cardiovascular absoluto em uma amostra de famílias de hipertensos em um município rural no meio-oeste, concluiu que dentre as variáveis relacionadas ao alto risco de comorbidades cardiovasculares, estão o índice de massa corporal, a realização de atividade física, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foram as que tiveram maior incidência em relação ao risco cardiovascular intergeracional. O aumento na prevalência de grande parte desses fatores tem ocorrido em nível mundial, dadas as mudanças nos hábitos de vida da sociedade atual.

Neste mesmo sentido, FERREIRA *et al.* (2010) destacam que as informações dos fatores de risco podem colaborar na abordagem multiprofissional à saúde do idoso, voltada para a prevenção de complicações relacionadas às doenças cardiovasculares e para o desenvolvimento de políticas públicas para o envelhecimento saudável, o que direciona o cuidado para as equipes de Saúde da Família apoiadas pelos Nasf para a melhora da condição de saúde e minimização dos elevados casos de dislipidemias.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção objetiva instrumentalizar/sensibilizar a população e equipe da Atenção Básica de Saúde quanto aos cuidados para controle das dislipidemias. Dentre um dos objetivos específicos deste projeto estão; ofertar capacitação a equipe de saúde da atenção básica sobre o controle e cuidados aos pacientes com dislipidemias. Neste estudo o conceito de dislipidemia leva em consideração uma classe de doenças caracterizadas pelos níveis anormais de diferentes classes de lipídeos na corrente sanguínea, como colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas de baixa (LDL) e alta densidade (HDL).

A equipe de atenção básica deste município é composta por 2 equipes de ESF (médico clínico geral, médico ginecologista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário da Saúde), 1 equipe de Saúde Bucal (dentista e auxiliar de consultório dentário), Equipe do NASF (psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Psiquiatra e fisioterapeuta).

Etapa 01 de intervenção

Nesta intervenção propõe-se realizar atividades de educação permanente com utilização de metodologias ativas. A estratégia metodológica da Educação Permanente em Saúde (EPS) dá condições de pensar as experiências de trabalho no cotidiano. A reflexão decorrente das práticas sistemáticas de aprendizagem entre coletivos e sua efetividade (BRASIL, 2006), proposta pela EPS, a partir das experiências cotidianas de trabalho, expande a capacidade criativa das equipes e serviços para, ao inventar o cotidiano, encontrarem meios de enfrentar a imobilidade de espaços institucionalizados (MERHY, 2014). Para tanto a política nacional de educação permanente, descreve que:

Tem a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.). (BRASIL, 2006, p. 20).

Neste sentido este projeto de intervenção busca através da educação permanente organizar as capacitações para a equipe de saúde. Para melhor organização, serão subdivididas nos seguintes temas:

- Avaliação das dislipidemias através de literatura indicada pelo ministério da saúde, debates, exposição dialogada, conduzida pela autora deste projeto. Duração de 12 horas.
- Abordagem em relação ao diagnóstico através da elaboração de protocolo para avaliação inicial e busca ativa de indivíduos com alguma dislipidemia. Este protocolo

será elaborado pela equipe de saúde e moderado pela autora deste projeto e apoiado por um parceiro da Universidade da região. Duração de 16 horas.

- Rodas de conversa e debates referente as opções de tratamento de acordo com a orientação das V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e baseado em evidências da literatura dos últimos 5 anos, utilizando busca no banco de dados da BVS (somente artigos científicos). Atividade conduzida pela autora deste projeto. Duração de 20 horas.

Etapa 02 de intervenção

Para os objetivos de sensibilizar a equipe de saúde sobre as dislipidemias e prevenção de agravos e aumentar o nível de informação sobre os riscos cardiovasculares. Essa ação utilizará de recursos audiovisuais, expositiva- dialogada, dessa forma será possível o repasse das informações técnicas com melhor assimilação e esclarecimento de dúvidas por parte dos equipe de saúde, distribuição de material informativo sobre o tema. As rodas de conversa podem construir espaços estratégicos, uma vez que possibilitaram a produção de momentos de reflexão, problematização e construção de novas perspectivas para os ouvintes. A partir desta roda de conversa estimamos emergir o planejamento de ações, sem perder o foco da necessidade intrínseca da dimensão em saúde em qualquer intervenção na atenção básica. Esta etapa será moderada pela autora deste projeto com apoio da equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) deste município. Duração 30 horas.

As intervenções descritas acima serão realizadas na sala de reuniões e estudos da Unidade Básica de Saúde. Os materiais utilizados são retroprojektor, notebook com acesso a internet, folha A4, artigos científicos que busquem evidências sobre a temática das dislipidemias, caneta, papel, cortolina, canetas esferográficas.

Essa intervenção visa ampliar o olhar da equipe pelo índice elevado de dislipidemias, capacitar os profissionais em relação as avaliação, diagnóstico e tratamento de acordo com o descrito na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Com a capacitação da equipe de saúde espera-se instrumentalizar os profissionais para atender a demanda de saúde do município estudado.

As etapas 01 e 02 estima-se iniciar no mês de novembro de 2017 a março de 2018, de acordo com cronograma ainda a ser debatido com a gestão da Atenção Básica de Saúde do município estudado.

5 Resultados Esperados

Essa intervenção visa ampliar o olhar da equipe para o índice elevado de dislipidemias, capacitar os profissionais em relação a avaliação, diagnóstico e tratamento de acordo com o descrito na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Com a capacitação da equipe de saúde espera-se instrumentalizar os profissionais para atender a demanda de saúde do município estudado.

Referências

- ANDRADE, J. P. et al. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 203–211, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 15.
- CARDOSO, A. P. Z. et al. Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. *Physis*, p. 417–436, 2011. Citado na página 18.
- CHAVES, C. et al. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, p. 39–47, 2015. Citado na página 17.
- FERREIRA, C. C. da C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema Único de saúde de goiânia. *Arq. Bras. Cardiol.*, p. 621–628, 2010. Citado na página 20.
- GARCEZ, M. R. et al. Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em amostra representativa de são paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 476–484, 2014. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Pesquisa Nacional de Saúde. Infográficos: Dados gerais do município*. 2017. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=_PTcodmun=421145search=santa-catarina|nova-itaberaba|infograficos>. Acesso em: 14 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.
- MALTA, D. C. et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, p. 373–390, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 9, 15 e 17.
- SC santa C. *Prefeitura Municipal de Nova Itaberaba*. Nova Itaberaba: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- WHO, O. M. de S. *Global status report on noncommunicable diseases*. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 17 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 15.
- XAVIER, H. T. et al. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 121–122, 2013. Citado 6 vezes nas páginas 9, 10, 15, 16, 17 e 18.