



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ELINALDO RIBEIRO FREITAS**

**ADEQUAÇÃO DO USO DE ESTATINAS EM PACIENTES DIABÉTICOS**  
**ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2016**

**ELINALDO RIBEIRO FREITAS**

**ADEQUAÇÃO DO USO DE ESTATINAS EM PACIENTES DIABÉTICOS  
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Me. Thiago Brasileiro de Vasconcelos.

**FORTALEZA**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- F936a Freitas, Elinaldo Ribeiro.  
Adequação do uso de estatinas em pacientes diabéticos atendidos em uma unidade básica de saúde :  
estudo exploratório / Elinaldo Ribeiro Freitas. – 2016.  
18 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de  
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Me. Thiago Brasileiro de Vasconcelos.
1. Diabetes Mellitus. 2. Inibidores de Hidroximetilglutaril-Coa. 3. Centros de Saúde. I. Título.  
CDD 362.1
-

**ELINALDO RIBEIRO FREITAS**

**ADEQUAÇÃO DO USO DE ESTATINAS EM PACIENTES DIABÉTICOS  
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>., Me., Thiago Brasileiro de Vasconcelos.  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>o</sup>., Dra., Raimunda Hermelinda Maia Macena.  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>o</sup>., Esp., Clarice da Silva Neves.  
Universidade Federal do Ceará

## RESUMO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado com elevada incidência de doença aterotrombótica, especialmente cardíaca. Está relacionado a um aumento no risco de desenvolver eventos circulatórios, sendo que até 80% dos indivíduos vão desenvolver ou até mesmo morrer de doença macrovascular. Nos pacientes adultos o risco é de duas a quatro vezes maior quando comparado com não diabéticos. É possível reduzir a carga de doença nesta população através de estratégias preventivas. As estatinas são efetivas na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares em pessoas com diabetes. Todos os pacientes com evidência clínica de doença aterosclerótica devem receber estatina independente do valor inicial do LDL. Na atenção básica deve-se procurar realizar a prevenção cardiovascular nos pacientes diagnosticados objetivando-se reduzir os índices de complicações e conter o aumento dos óbitos. Podemos reduzir os índices de eventos cardiovasculares e mortalidade nesse grupo, oferecendo uma melhor qualidade de vida baseado nas mudanças de hábito de vida e na adequação do uso de estatinas, além de buscar um acompanhamento regular do paciente e de seu cuidador com a equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Inibidores de Hidroximetilglutaril-CoA Redutases. Centros de Saúde.

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease of heterogeneous etiologies, characterized by hyperglycemia and disorders in metabolism of carbohydrates, proteins and lipids, resulting from defects of secretion and the action of insulin. The DM has been increasing its importance by its rising prevalence and usually is associated with high incidence of atherosclerotic disease, especially cardiac. It is related to an increase of developing circulatory events, due to 80% of the individuals are going to develop or even die of macrovascular disease. In adult patients the risk is two to four times greater when compared with non-diabetic ones. It is possible to reduce the burden of disease in this population through preventive strategies. Statins are effective in the primary and secondary prevention of cardiovascular events in people with diabetes. All the patients with clinical evidence of atherosclerotic disease must receive statin regardless of the initial amount of LDL. In basic attention the person must look forward to developing cardiovascular prevention in the diagnosed patients assuring to reduce the numbers of complications and to contain the increasing of deaths. We can reduce the incidence of cardiovascular events and mortality in this group, offering a better life quality based on the changes of life habits and in the adequacy of the use of statins, besides of searching regular assistance of the patient and their caregivers with the health team.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors. Health Centers.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
4.1	Objetivo Geral.....	9
4.2	Objetivos Especificos.....	9
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
6.1	Tipo de Estudo.....	12
6.2	Local do Estudo.....	12
6.3	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	12
6.4	Intervenção.....	12
6.5	Aspectos Éticos.....	13
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS PRELIMINARES.....</b>	<b>16</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE (2013), mostra que o diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres apresentam maior proporção da doença, 5,4 milhões enquanto que os homens apresentam 3,6 milhões. Os percentuais de prevalência da doença aumentam gradativamente com o aumento da faixa etária.

Com isso, a presença de DM está relacionada a um aumento no risco de desenvolver eventos circulatórios, sendo que até 80% dos indivíduos com DM vão desenvolver ou até mesmo morrer de doença macrovascular. Nos pacientes adultos o risco é de duas a quatro vezes maior quando comparado com não diabéticos. A doença aterosclerótica, que compreende a doença arterial coronariana (DAC), a doença vascular periférica (DVP) e a doença cerebrovascular (DCV), é responsável por 75% das mortes, 50% delas por DAC (DIRETRIZES SBD 2015-2016).

Diante do exposto, reduções de colesterol, principalmente nos níveis de LDL, por meio de mudanças no estilo de vida ou fármacos, ao longo da vida, tem grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares. Embora o acidente vascular encefálico não apresente a mesma relação epidemiológica com o colesterol sérico, como na DAC, o uso de estatinas por diversos mecanismos também determina redução de sua incidência. Segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose (2015-2016) os mecanismos envolvidos incluem discreta redução na pressão arterial (PA), aumento de mobilização de células endoteliais progenitoras, redução do risco trombótico, melhora da função endotelial, diminuição da inflamação e maior estabilização de placas vulneráveis.

As estatinas são efetivas na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares em pessoas com diabetes (PYRÄLÄ et al., 1997; COLLINS et al., 2003; COLHOUN et al., 2004; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). Todas as pessoas



com diabetes e evidência clínica de doença aterosclerótica devem receber estatina independente do valor inicial do LDL (COLLINS et al., 2003). Na ausência de doença cardiovascular, pode-se considerar o uso de estatina naqueles com risco absoluto de eventos coronarianos maiores que 20% em 10 anos ou nos pacientes com idade superior a 40 anos, e um ou mais fatores de riscos cardiovasculares (COLLINS et al., 2003). Vale lembrar que o uso de fibratos associados a estatinas não reduz eventos cardiovasculares em pessoas com DM, mesmo nos de alto risco (GINSBERG et al., 2010).

Segundo o estudo *Collaborative Atorvastatin Diabetes Study* (CARDS) que comparou o uso de atorvastatina e placebo e o *Heart Protection Study* (HPS) que comparou o uso de sinvastatina e placebo mostraram evidências que o uso de estatinas em pacientes com mais de quarenta anos sem doenças cardiovasculares e com fatores de risco apresentaram redução de mais de 37% em dois anos de eventos macrovasculares quando comparado ao grupo-placebo, diferença estatisticamente significativa (DIRETRIZES SBD 2015-2016).

Diante dessas perspectivas, o presente estudo visa otimizar o uso de estatinas nos pacientes diabéticos atendidos em uma unidade básica de saúde localizada no interior do Ceará.

## 2 PROBLEMA

O presente estudo foi preconizado a partir dos atendimentos realizados pela equipe de saúde da família, nos quais foi observada a falta de adequação no uso de estatinas nos pacientes diabéticos, e a partir de então, se buscou fazer uma revisão de todos os prontuários desses pacientes acompanhados na unidade.

Após a revisão de prontuários, consulta médica e realização dos exames será feito o ajuste ou início do tratamento com estatinas em conformidade com o preconizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes com o intuito de contemplar o seguinte problema: *Será possível reduzir eventos cardiovasculares por doença aterotrombótica e a mortalidade nesses pacientes?*

### 3 JUSTIFICATIVA

DM é uma doença associada com elevada incidência de doença aterotrombótica, especialmente cardíaca. É possível reduzir a carga de doença nesta população através de estratégias preventivas.

Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva. Indivíduos com DM, mesmo sem doença aterosclerótica estabelecida, têm um risco elevado de desenvolver eventos vasculares no futuro. Segundo Furtado e Polansczyk (2007) estima-se em torno de 20% a taxa de desenvolvimento de evento cardíaco em um período de 7 anos em pacientes diabéticos sem doença cardiovascular prévia.

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira do Diabetes e da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose existe benefício em se utilizar estatinas como meio de prevenção e diminuição de eventos cardiovasculares, reduzindo-se também a mortalidade. Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) são frequentemente portadores de fatores de risco para doenças aterotrombóticas, entre as quais a dislipidemia exerce o papel mais importante. Diante dessa situação, na atenção básica deve-se procurar realizar a prevenção cardiovascular nos pacientes diagnosticados objetivando-se reduzir os índices de complicações e conter o aumento dos óbitos.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Realizar a adequação do uso de estatinas em pacientes diabéticos atendidos em uma unidade básica de saúde.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Desenhar um plano com vistas a possibilitar o incentivo a mudanças no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis, incentivo à prática de atividades físicas e redução da obesidade, cessação do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas;
- Avaliar o controle da hipertensão arterial sistêmica;
- Melhor entendimento da doença por parte do paciente e de seu cuidador/acompanhante;
- Maior adesão ao tratamento proposto através do acompanhamento regular com a equipe de saúde;
- Investigar o uso habitual de estatinas na população atendida pela UBS;
- Melhorar a adesão ao tratamento proposto por meio de acompanhamento por equipe multiprofissional.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Futado e Polanczyk (2007), diagnosticar e particularmente instituir um manejo agressivo dos fatores de risco em pacientes diabéticos é um dos aspectos mais centrais dos cuidados dessa população. Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias integrais, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do DM e suas complicações.

De acordo com a SBD (2015) o perfil lipídico mais comum nos pacientes diabéticos consiste em hipertrigliceridemia e HDL baixo. A concentração média de LDL não apresenta diferenças quantitativas quando em comparação com os de pacientes não diabéticos, mas qualitativamente distingue-se por elevada aterogenicidade pela maior proporção de partículas pequenas e densas de LDL.

Todo paciente de alto risco ou com evidências de doença cardiovascular deve manter sua glicemia < 100 mg/dl e hemoglobina glicada < 7%. É recomendado uso diário de AAS em doses baixas e estatinas para controle de lipídios, tendo como alvo LDL < 100 mg/dl, HDL > 50 mg/dl e triglicédeos < 150 mg/dl (FURTADO E POLANCZYK, 2007).

Nos pacientes diabéticos com mais de 40 anos de idade com, pelo menos, um fator de risco adicional, como: micro ou macroalbuminúria, retinopatia diabética, hipertensão arterial, tabagismo, HDL < 40 mg/dl (homens) ou < 50 mg/dl (mulheres) ou história de DAC prematura (pai/irmão < 55 anos ou mãe/irmã < 65 anos), é recomendado tratamento moderado com estatinas com o objetivo de reduzir o LDL em 30% do basal. Nos pacientes com menos de 75 anos com história de doenças cardiovasculares e os que apresentarem outras evidências de aterosclerose, são considerados como portadores de doença aterosclerótica definida e devem iniciar tratamento intensivo com estatinas com o objetivo de reduzir o LDL em 50% do basal (DIRETRIZES SBD 2015).

Naqueles com menos de 40 anos ou com idade acima de 40, mas sem fatores de risco, a SBD recomenda que o risco cardiovascular seja estratificado individualmente por meio do uso da calculadora UKPDS-RE a qual pode ser obtida no *link*: <http://www.dtu.ox.ac.uk/index.php?maindoc=/riskengine/>. Nos pacientes idosos acima de 75 anos, o uso de estatinas deve ser visto com cautela por conta dos efeitos adversos que são mais propensos. A decisão do uso deve ser individualizada levando em conta as comorbidades e a expectativa de vida.

De acordo com Pereira (2011) para tratar e prevenir não só a dislipidemia, mas também a obesidade, e o DM2, o indivíduo deve praticar atividades físicas, e obter hábitos

alimentares mais saudáveis, evitar o fumo e bebidas alcoólicas. Segundo a V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013) para tratar da hipertrigliceridemia secundária nos diabéticos, a dieta deve ser hipocalórica, o consumo de bebida alcoólica tem restrição total e o consumo de carboidratos e gordura deverá sofrer adequação. A atividade física, praticada regularmente, ajuda no controle das dislipidemias e doença arterial coronária. Os exercícios aeróbicos como caminhada, corrida, ciclismo, natação, promove a redução dos triglicerídeos, aumenta os níveis de HDL, e o índice de LDL não sofre alterações significativas.

Segundo o estudo de Costa et al. (2011) os eixos de discussão apontam as dificuldades apresentadas pelos portadores de DM e por seus cuidadores. A obtenção de um bom controle metabólico está em geral intimamente relacionada à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita. A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de Estudo**

Estudo do tipo longitudinal, exploratório e de campo.

### **6.2 Local do Estudo**

Nossa estratégia de intervenção foi na unidade básica de saúde sede III, localizada no município de Pires Ferreira, na região norte do estado do Ceará. A unidade atende uma população de aproximadamente 2.100 pessoas. A equipe é formada por médico, enfermeiro, 7 agentes comunitários de saúde e dividida em 6 regiões.

### **6.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Serão incluídos no estudo todos os pacientes diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde que aceitarem participar do projeto. Serão excluídos aqueles que desistam de participar do estudo e os pacientes que não continuarem o tratamento proposto.

Só serão considerados aptos ao nosso estudo os exames realizados há menos de um ano de sua coleta, não sendo possível, serão solicitados novos exames no laboratório municipal (gentilmente cedido pela Secretaria Municipal de Saúde).

### **6.4 Intervenção**

1ª Fase: Levantamento dos prontuários.

Iremos nos reunir com o responsável pela unidade básica de saúde e explicar o objetivo do trabalho, após sua anuência, será realizado um levantamento de todos os prontuários dos pacientes com DM cadastrados na unidade básica de saúde.

2ª Fase: Avaliação clínica.

Será utilizado um formulário estruturado no qual irá conter os dados dos pacientes (idade, tempo de doença, fatores de risco associados ou presença de doença cardiovascular já estabelecida) e os últimos exames laboratoriais realizados pelo paciente sendo os de Colesterol Total, HDL-c, LDL-c e Triglicérides os de nosso objetivo de análise.

Posteriormente, os pacientes serão convidados a comparecer a consulta médica para avaliação de seu perfil e realização de uma entrevista na qual serão indagados sobre sedentarismo, tabagismo e uso de bebida alcoólica, além da confirmação de que realmente

estava utilizando estatinas. Também será avaliado o peso, altura (balança modelo 110CH da marca Welmy) e calculado o Índice de massa corpórea (IMC).

### **6.5 Aspectos Éticos**

Serão respeitados todos os aspectos éticos (garantia de sigilo e anonimato) relativos às pesquisas com seres humanos, de acordo com a resolução 510/16 (BRASIL, 2016).



## 7 CRONOGRAMA

**Título:** Adequação do uso de estatinas em pacientes diabéticos atendidos em uma unidade básica de saúde do interior do Ceará.

**Proponente:** Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

**Tabela 1.** Cronograma do projeto.

<b>Atividades</b>	<b>Período 2017</b>	<b>Responsável</b>
1. Identificação dos pacientes diabéticos	Janeiro	Enfermeiro
2. Separação dos prontuários	Janeiro	Recepcionista
3. Revisão dos prontuários	Fevereiro	Médico
4. Busca ativa dos pacientes	Fevereiro e Março	Agentes comunitários de saúde
5. Consulta médica e medidas antropométricas	Abril	Médico e técnico de enfermagem
6. Realização de exames	Maio	Farmacêutico
7. Análise dos exames	Maio e Junho	Médico

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

A pesquisa intitulada “Adequação do uso de estatinas em pacientes diabéticos atendidos em uma unidade básica de saúde do interior do Ceará”, necessita adotar uma logística adequada para sua realização. Assim, a referida pesquisa está orçada em torno de R\$ 966,00 (novecentos e sessenta e seis reais) conforme a planilha de custos descrita abaixo:

**Tabela 2.** Valor necessário para compra dos materiais.

Itens de custeio	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
<b>Resma de papel A4</b>	02	18,00	36,00
<b>Canetas esferográficas</b>	10	1,50	15,00
<b>Impressão</b>	100	1,00	100,00
<b>Balança modelo 110CH da marca Welmy</b>	1	800,00	800,00
<b>TOTAL</b>			966,00

## 9 RESULTADOS PRELIMINARES

Na unidade básica de saúde sede III, em Pires Ferreira – Ceará, temos 26,59% (n = 25) com DM2 isolado, e 73,41% (n = 69) com DM2 e hipertensão arterial sistêmica associado, num total de 94 pacientes que entraram em nosso estudo, na faixa etária entre 26-87 anos de idade, sendo 55,32% (n = 52) do sexo feminino.

Na análise dos dados observamos que os tabagistas representam 19,4% (n = 18), no entanto, os sedentários apresentaram um número alarmante de 84,04% (n = 79), os que utilizam álcool de maneira esporádica e socialmente somam 24,46% (n = 23). Os pacientes que já estavam usando estatina totalizaram 36,17% (n = 34).

Ao analisar os dados da tabela 3 percebemos que a maioria dos pacientes se encontram fora do peso ideal para sua altura, e que 8,4% dos pacientes se encontram em grau de obesidade o que aumenta os riscos para eventos cardiovasculares (Obesidade Grau II e III). Após checar os resultados de todos os exames foi concluído que 72,34% (n = 68) apresentavam perfil lipídico alterado, com HDL-c baixo e Triglicérides elevados, refletindo o que evidenciou a V diretriz da SBD de 2015.

**Tabela 3.** Dados referentes ao índice de massa corporal dos voluntários do estudo.

Classificação	IMC	n	%
Normal	< 18,5	0	-
Sobrepeso	18.5 - 24,9	36	38,29
Obesidade grau I	25 - 29,9	50	53,19
Obesidade grau II	30 - 34,9	06	6,38
Obesidade grau III	35 – 39,9	02	2,12
Obesidade mórbida	> 40	0	-
<b>TOTAL</b>		94	100%

Diante desses dados preocupantes, percebemos a importância de instituir de maneira eficaz e como preconiza a SBD a utilização de estatinas de acordo com a idade e fatores de risco de cada paciente para eventos aterotrombóticos, além de firmarmos parcerias com um nutricionista para avaliação nutricional de todos os pacientes que estavam com seu IMC alterado e um educador físico a fim de mobilizar para mudanças no estilo de vida da população buscando adquirir hábitos alimentares saudáveis e incentivá-los à prática de

atividades físicas, preferindo atividades aeróbicas como caminhada, corrida, natação, pelo menos 150 minutos por semana.

Em relação ao tabagismo foi criado um grupo de apoio para incentivar a cessação desse hábito que contribui para aumentar os riscos cardiovasculares, entre as atividades propostas foi a utilização de medicação e nicotina em forma de goma de mascar ou adesivo para suprir a dependência.

Os pacientes com exames de Colesterol Total, HDL-c, LDL-c e Triglicerídeos alterados foram agendados para acompanhamento regular e repetição dos exames a cada quatro meses até normalização dos seus níveis. Àqueles que consumiam álcool mesmo de forma moderada foram orientados a tentar abandonar o uso em definitivo.

Diante de todos os dados coletados e da avaliação de cada paciente diabético individualmente e com base na literatura vimos que podemos reduzir os índices de eventos cardiovasculares e mortalidade nesse grupo, oferecendo uma melhor qualidade de vida baseado nas mudanças de hábito de vida e na adequação do uso de estatinas, além de buscar um acompanhamento regular do paciente e de seu cuidador com a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Physical Activity/ Exercises and diabetes [position statements]. **Diabetes Care**, v. 27, n. 1, p. 58-62, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016. **Diário Oficial da União**, nº 98, 24 de maio de 2016, Seção 1, p. 44-46.

COLLINS, R.; ARMITAGE, J.; PARISH, S.; SLEIGH, P.; PETO, R.; HEART PROTECTION STUDY COLLABORATIVE GROUP. MCR/BHF heart protection study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 peoples with diabetes: A randomized placebo-controlled trial. **Lancet**, v. 361, n. 9374, p. 2205-16, 2003.

COSTA J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da Saúde e Diabetes: Discutindo a Adesão e a Motivação de Indivíduos Diabéticos Participantes de Programas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

COLHOUN, H. M.; BETTERIDGE, D. J.; DURRINGTON, P. N.; HITMAN, G. A.; NEIL, H. A.; LIVINGSTONE, S. J.; THOMASON, M. J.; MACKNESS, M. I.; CHARLTON-MENYS, V.; FULLER, J. H.; CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomized placebo-controlled trial. **Lancet**, v. 364, n. 9235, p. 685-96, 2004.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. C.; GIUGLIANI, C. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. Ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

FURTADO, M. V.; POLANCZYK, C. A. Prevenção Cardiovascular em Pacientes com Diabetes: Revisão Baseada em Evidências. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51/2, p. 312-318, 2007.

GOLDBERG, R. B.; MELLIES, M. J.; SACKS, F. M.; MOYÉ, L. A.; HOWARD, B. V.; HOWARD, W. J.; DAVIS, B. R.; COLE, T. G.; PFEFFER, M. A.; BRAUNWALD, E. Cardiovascular events and their reduction with pravastatin in diabetic and glucose-intolerant myocardial infarction survivors with average cholesterol levels: subgroup analyses in the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. The Care Investigators. **Circulation**, v. 98, n. 23, p. 2513-9, 1998.

MILECH, A. et. al.

**Tratamento de Dislipidemia Associado ao Diabetes Mellitus.** Organização: OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016, p. 307-313.

PEREIRA, R. **A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2.** Cadernos UniFOA. Ano VI, n. 17, p. 89-94, 2011.

PYÖRÄLÄ, K.; PEDERSEN, T. R.; KJEKSHUS, J.; FAERGEMAN, O.; OLSSON, A. G.; THORGEIRSSON, G. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patient with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavia Simvastatin Survival Study (4S). **Diabetes Care**, v. 20, n. 4, p. 614-20, 1997.

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.; DIAMENT, J.; GUIMARÃES, A.; FORTI, N. A.; MORIGUCHI, E.; CHAGAS, A. C. P.; COELHO, O. R.; RAMIRES, J. A. F.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, 2013.