

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### **ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA**

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Gyselle Silva dos Santos

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DISLIPIDEMIA EM PACIENTES  
IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AGULHA NO  
DISTRITO DE ICOARACI – BELÉM/PA

Belém - PA

2016

Gyselle Silva dos Santos

Avaliação dos fatores de risco para dislipidemia em pacientes idosos atendidos na unidade de saúde da família agulha no distrito de Icoaraci – Belém/PA

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA) e Ministério da Saúde, através da UNASUS – Universidade Aberta do SUS como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Simone Valvassori

André Luiz da Silva

Belém - PA

2016

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE<br/>PREVENÇÃO.....</b> | <b>10</b> |
| <b>4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE EM<br/>DOMICÍLIO.....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>ANEXO I: PROJETO DE<br/>INTERVENÇÃO.....</b>                               | <b>19</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) lançou, juntamente com o Ministério da Educação, a portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, que instituiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB. Este programa tem como objetivo principal estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na área da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de levá-los para localidades com maior carência para este serviço por um período de 12 meses, em vários postos de saúde do país, onde estes profissionais serão supervisionados por uma instituição de ensino superior (IES), no caso do estado do Pará, a Universidade Federal do Pará (UFPA) ou a Universidade do Estado do Pará (UEPA), além de terem acompanhamento por seus gestores locais.

O PROVAB tem obrigatória a participação em curso de especialização em Saúde da Família ofertado pela Rede UNA-SUS. O profissional médico deve ter 32 horas de atividades práticas em seus postos de atuação e 8 horas no referido curso de especialização.

Belém está dividida em 71 bairros, sendo que estes dividem-se em 8 distritos administrativos, dentre estes está o Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), o qual engloba os bairros de Águas Negras, Maracacuera, Paracuri, Tenoné, Cruzeiro, Ponta Grossa e Agulha, unidade esta que abriga uma profissional vinculada ao PROVAB, a médica Gyselle Silva dos Santos, graduada pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) no ano de 2016. Para essa médica, este programa foi um grande desafio, tendo em vista que acabara de sair do ambiente acadêmico e este seria seu primeiro contato profissional, e ainda por não conhecer a realidade que encontraria tendo em vista que estave fora de seu local de nascimento por muito anos e por não conhecer bem a área em que atuaria.

A Unidade de Saúde da Família Agulha (USF Agulha) localiza-se na Travessa Berredos, no centro de Icoaraci, possui três equipes de saúde da família (ESF's), sendo que a médica em questão faz parte da equipe 02. Compõe a equipe também sete agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira. No total, a USF Agulha conta com 27 agentes comunitários de saúde (ACS's), 2 técnicos de enfermagem e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social e um educador físico, e que atendem as três ESF's da unidade. Os atendimentos da equipe 02 são realizados pela manhã e à tarde, sendo que as visitas

domiciliares são desenvolvidas somente a tarde. A maioria das consultas são agendadas, contudo existe uma grande demanda também de consultas de cuidado continuado, principalmente de pacientes do programa HIPERDIA, no entanto, são reservadas também vagas para demanda espontânea e para casos de urgência, que venham a surgir.

A unidade conta com realização de PCCU, teste do pezinho, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites, entretanto, não possui sala de vacina. A coleta dos exames laboratoriais é feita na própria unidade, as sextas-feiras, pela manhã.

Por possuir três ESF's, a USF Agulha engloba um vasto território, atendendo moradores de lugares como Outeiro, outro distrito de Belém, por sua proximidade com o local, além disso, é comum a unidade receber moradores de outros bairros que abrigam-se na casa de familiares por um período, os quais acabam sendo cadastrados e atendidos pela unidade.

A área coberta pela equipe 02 abriga, em sua maioria, população de classe média baixa, com casas de alvenaria, grande parte possui rede de esgoto e água encanada, luz elétrica e algumas ruas são asfaltadas. Nas proximidades contamos com uma igreja evangélica, que serve de apoio para ações de educação em saúde e uma escola pública, local onde são realizadas algumas ações também voltadas para a comunidade escolar.

A maioria da população atendida é constituída por adultos, principalmente idosos. Gestantes e crianças compõe uma parcela menor. As patologias mais frequentemente atendidas são as parasitoses intestinais, doenças crônicas (principalmente Hipertensão arterial e Diabetes), doenças osteoarticulares e as dislipidemias, estas últimas com grande prevalência na população idosa.

Devido a USF Agulha atender um grande número de idosos e por grande parte das comorbidades que acometem a população idosa se referirem a doenças crônicas não-transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes, patologias estas que tem como um dos principais fatores de risco as dislipidemias, neste portfólio há em anexo um projeto de intervenção intitulado "Avaliação dos fatores de risco para dislipidemia em pacientes idosos atendidos na unidade básica de saúde da família agulha no distrito de Icoaraci – Belém/PA".

Tendo em vista a importância da atenção básica para prevenção e combate das doenças crônicas, é importante conhecer o número de idosos com diagnóstico de dislipidemia que a unidade possui, além de um melhor acompanhamento dos hábitos de vida desta população, com o objetivo de reduzir o número de casos de dislipidemias e ainda prevenir novos casos, por meio de ações em saúde que visem conscientizar a população quanto a importância de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física regular, para a promoção e prevenção da saúde dessa população, e ainda traçar estratégias de cuidado a longo prazo para os idosos atendidos pela USF Agulha.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O processo de envelhecimento populacional era visto antes como um fenômeno, hoje, entretanto, grande parte das sociedades convive com essa realidade. São estimadas aproximadamente dois bilhões de pessoas idosas (60 anos ou mais) para o ano de 2050 e acredita-se que existam atualmente cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, concentradas em sua maioria nos países em desenvolvimento (SAÚDE, 2007).

Segundo Araújo (2015), com o aumento da população idosa, as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares tornam-se mais prevalentes. Daí a importância de se conhecer quais fatores de riscos estão envolvidos na ocorrência destas doenças, principalmente nas patologias do aparelho cardiovascular, devido estas estarem entre as principais causas de morte no Brasil entre os idosos (SOUSA, 2012).

Dentre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares estão o tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, diabetes, obesidade e as dislipidemias (COVATTI, 2016).

De acordo com Pereira (2011) as lipoproteínas são macromoléculas que atuam no metabolismo e no transporte dos lipídeos na circulação sanguínea, sendo classificadas em: lipoproteína de alta densidade (HDL), de baixa densidade (LDL), de densidade intermediária (IDL) ou ainda lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL). A dislipidemia é caracterizada por valores anormais destas lipoproteínas, que podem ser decorrentes de fatores genéticos ou ambientais (SOUSA, 2012).

No Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), em especial na área de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF) 02 da Unidade de Saúde da Família Agulha, a dislipidemia encontra-se entre as patologias mais prevalentes na população. Nesse contexto e com base no que foi apresentado nos Casos Complexos, optou-se por realizar um estudo dirigido com o tema dislipidemia, por meio da descrição de caso selecionado na referida unidade de saúde.

O caso a ser analisado trata-se de: M.M.S, 65 anos, masculino, cor branca, viúvo, aposentado, católico, pai de 7 filhos, mora com a filha mais velha em uma casa de alvenaria, forrada com telhas, 5 compartimentos, a rua em que mora possui água encanada, energia elétrica e coleta de lixo regular. Cadastrado na área da Equipe de Saúde da Família 02, da Unidade de

Saúde da Família Agulha, vem a consulta médica na unidade com queixa de tontura iniciada a três meses, sem fatores de piora ou melhora, sem outras queixas. Relatou que se consultou com o enfermeiro da equipe no mês anterior, o qual solicitou exames laboratoriais de rotina (hemograma, EAS, EPF, triglicerídeos, LDL-C, HDL-C, PSA total e glicemia de jejum) e lhe encaminhou para a consulta médica para mostrar o resultado dos exames. Referiu que no ano anterior fez exames de rotina o qual constatou “gordura no sangue”, realizou tratamento medicamentoso, contudo não soube informar a medicação prescrita e nem estava registrado no prontuário o tratamento indicado. Interrogado sobre seus hábitos de vida, ele disse ser sedentário, mantém dieta rica em gorduras animais, foi tabagista no passado (1 maço/dia, durante 25 anos), deixando de fumar há 1 ano, e é etilista (consumo aos finais de semana). Na infância teve sarampo e varicela. Pai e tio paterno falecidos por Infarto Agudo do Miocárdio. Dislipidemia familiar em uma irmã, a qual apresentou quadro de angina e teve que ser submetida à Cirurgia de Revascularização Miocárdica. Ao exame físico, paciente encontrava-se em bom estado geral, hidratado, corado. Peso: 73 Kg, Altura: 1,57 m, IMC: 30 Kg/m<sup>2</sup>, Circunferência abdominal: 105, PA: 135/90mmHg, FC: 80 bpm, FR: 20mrpm. Ictus invisível e impalpável. Ausculta cardíaca: ritmo regular, dois tempos, sem sopros. Extremidades: Pulsos de membros superiores e inferiores palpáveis, simétricos. Exames laboratoriais: Hb: 13,5 g/dl, Hematócrito: 40%, Glicemia de jejum- 99 mg/dL, Colesterol total – 210 mg/dL, HDL- 37 mg/dL, LDL- 173 mg/dL, Triglicerídeos – 280 mg/dL, PSA total: 2,0 ng/ml, EAS e EPF sem alterações.

Frente a esse caso, foram tomadas condutas baseadas e estimuladas pelos estudos desenvolvidos no curso e de acordo com as evidências científicas atuais, sendo realizadas em etapas: a primeira consistiu em esclarecer quais as consequências de níveis lipídicos alterados, sua correlação com as doenças crônicas não transmissíveis e como a redução dos níveis de LDL e triglicerídeos atuam na diminuição do risco de ocorrência de doenças cardiovasculares. Tendo em vista que a produção irregular de lipoproteínas no organismo humano, pode gerar sérios problemas, como a aterosclerose, que se caracteriza pela obstrução das paredes do vaso sanguíneo (PEREIRA, 2011).

A segunda etapa consistiu na análise do perfil alimentar do paciente, visto que as mudanças comportamentais com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular são de suma importância no manejo das dislipidemias. Além disso, atuam diretamente na redução da obesidade. Segundo Ibiapina (2014), o processo de envelhecimento gera, naturalmente, uma

redução do metabolismo basal, ocasionando um menor gasto de energia, predispondo a população idosa às obesidades global e abdominal. As orientações quanto a qualidade e quantidades dos nutrientes a serem ingeridos, bem como modo com o qual deve ser preparado, assim como a atividade física que mais se adequaria ao paciente estudado (caminhada por 30 minutos, 3 vezes na semana) foram feitas pela nutricionista e pelo educador físico da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O desencorajamento quanto a ingestão de bebida alcoólica também foi realizado. O etilismo causa aumento dos níveis de triglicérides na circulação sanguínea e está relacionado a altas taxas de mortalidade (SOUZA, 2014).

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), se não ocorrer resposta após 90 dias do estabelecimento da terapia nutricional e das mudanças no estilo de vida do paciente, deve-se implementar o tratamento farmacológico.

A terceira e importante etapa tratou-se da ampliação do vínculo médico-paciente-família, com o intuito de fortalecer a participação ativa dos familiares/cuidadores no cuidado deste paciente, dando suporte e estímulo ao mesmo. Isso foi feito por meio de visita domiciliar, onde foi possível visualizar o ambiente em que o paciente vivia, o contexto econômico no qual estava inserido e o grau de comprometimento da família com seu cuidado.

A partir dessas medidas tomadas e do estudo do caso juntamente com a equipe do NASF e com a equipe saúde 02, foi determinado que o paciente seria acompanhado por meio de consultas médicas e de enfermagem intercaladas a cada 2 meses, além de visita mensal no domicílio realizada pelo agente de saúde da área em que o mesmo reside e reunião de 2 em 2 meses entre a equipe 02 e o NASF a fim de revisar as estratégias adotadas e a necessidade de mudanças no plano terapêutico.

Passados aproximadamente seis meses da consulta inicial, foi observada a seguinte evolução: o paciente apresentou-se com mais disposição para realizar as atividades básicas diárias, assim como para as atividades físicas, relatou melhora do sono e do humor. Afirmou que, inicialmente, as mudanças nos hábitos alimentares foi um processo difícil, mas que sua família (a filha com a qual morava e os filhos que o visitavam aos fins de semana) teve papel importantíssimo neste momento, apoiando-o e incentivando-o a manter a reeducação alimentar. O filho mais velho inclusive passou a acompanhá-lo nas caminhadas. Foi constatada redução no seu peso (perda de aproximadamente 13 kg), saindo do grau de obesidade que apresentava

inicialmente, diminuição da pressão arterial (PA: 120x80 mmhg) e parou de ingerir bebida alcoólica, além disso, retornou com exames laboratoriais atualizados, apresentando níveis lipídicos dentro dos padrões de normalidade, com aumento significativo do HDL – colesterol. O paciente mantém acompanhamento regular trimestral com a equipe 02 e a do NASF.

Com a prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis decorrentes do processo de envelhecimento, a atenção primária tem papel importante na detecção de idosos com fatores de risco para desenvolver tais patologias, ou ainda evitar as consequências destas, como doenças cardiovasculares, por meio do fortalecimento de políticas de saúde pública voltadas para a população idosa (SOUSA, 2012).

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Segundo Bonilha e Rivorêdo (2005), puericultura é:

“...o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade...”

A puericultura passou a ser institucionalizada no Brasil entre os anos de 1910 e 1930, passando a ser agregada às leis do país, fazendo parte também de propostas relativas a saúde pública e se incorporando as práticas desenvolvidas no âmbito da pediatria (BONILHA e RIVORÊDO, 2005). Nesse contexto, a atenção primária, sendo a principal porta de entrada do sistema único de saúde (SUS), passa a ser extremamente importante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Na equipe dois da Unidade de Saúde da Família Agulha, a puericultura tem uma data específica de atendimento, sendo realizado às segundas-feiras pela manhã, entretanto, diariamente são desenvolvidas práticas de promoção, prevenção e educação em saúde direcionadas a saúde da criança, bem como de sua família. Na consulta de pré-natal já é iniciado o cuidado a criança, por meio da realização dos exames específicos de pré-natal, para identificação de possíveis anomalias congênitas e prevenção de intercorrências durante a gestação que possam causar riscos para a criança; orientações quanto a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e do aleitamento materno continuado até os dois anos de vida, com ênfase nos benefícios deste para mãe e bebê; dos cuidados gerais com a criança quanto a higiene da mesma e de seus cuidadores; instruções em relação as triagens neonatais como teste do pezinho, orelhinha, olhinho e coração; informações referentes ao calendário vacinal infantil e esclarecimento de possíveis dúvidas que os pais tenham quanto ao novo membro da família. Em Saúde (2012), ressalta-se que “...o profissional precisa estar atento às possíveis e frequentes dificuldades que se apresentam e precisa estimular a construção de uma rede, inclusive na equipe de saúde, que sirva de apoio à família”, além disso, esse autor afirma que um instrumento importante para facilitar a compreensão quanto a formação daquela família, apresentando uma visão ampla de cada membro que compõe a mesma, seria o

genograma, ferramenta já estudada em um dos casos complexos apresentados, que vem sendo aplicada recentemente no atendimento dado aos pacientes da equipe dois.

O cuidado à criança no leito familiar é avaliada por meio, principalmente, das visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde, com destaque para a do primeiro mês, onde se é possível verificar o contexto sócio-econômico em que o menor está inserido, condições de higiene, interação da criança com seus pais e demais familiares, número de moradores, qual a renda familiar e identificar possíveis problemas que possam vir a surgir decorrentes destes fatores, o que é ratificado em Saúde (2012) quando afirma que "...o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios". Na equipe dois, vem sendo enfatizada a importância do acompanhamento contínuo da criança na unidade de saúde, e mais ainda, do desenvolvimento de um olhar mais atento durante as visitas domiciliares realizadas tanto pelos agentes de saúde como pela equipe como um todo, tanto na atenção ao contexto que a criança está inserida quanto na busca ativa daqueles que não veem procurando acompanhamento na unidade. Como apoio a atenção integral a saúde da criança, temos também a equipe do NASF, em especial a assistente social, a psicóloga e a nutricionista, profissionais que vem tendo grande participação nas estratégias voltadas a esta população. O papel do NASF fica claro em Jaime et al (2011), quando diz "...os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família".

Uma estratégia que já se provou eficaz e de extrema importância na puericultura é a educação nutricional, tanto para crianças com baixo peso quanto para aquelas que vem apresentando sobrepeso, ou ainda obesidade. Uma boa alimentação e nutrição é essencial para um adequado crescimento e desenvolvimento físico e mental, sendo uma forma também de prevenção de doenças crônicas futuras como diabetes tipo dois e hipertensão arterial sistêmica, assim como evitando a ocorrência de infecções oportunistas e hipovitaminoses, sendo a anemia, a mais comum em nossa comunidade e também nacionalmente, decorrente da carência de ferro na alimentação, tanto que o Ministério da saúde desenvolveu um programa voltado especificamente pra esta patologia denominado Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). Este projeto tem por objetivos a utilização profilática do ferro para a faixa etária de 6 meses a dois anos de idade, devendo ser também prescrito as grávidas no momento que iniciam seu acompanhamento pré-natal até o período de três meses após o parto e emprega uso de ácido

fólico para as mesmas (SAÚDE, 2013). De acordo com Ferraz (2011), a anemia por deficiência de ferro é uma patologia subdiagnosticada e que vem sendo também subtratada no Brasil, que não vem recebendo a devida importância no âmbito da atenção primária.

Outra prática essencial a faixa etária pediátrica refere-se ao aleitamento materno, tanto o exclusivo quanto o continuado, que deve ser estimulado continuamente, seja no atendimento de enfermagem quanto no médico. Na equipe dois, vem sendo desenvolvidas ações de conscientização quanto ao papel da amamentação, contudo, ainda assim temos observado que grande parte das crianças atendidas pela equipe tem esse processo interrompido antes dos seis meses de vida, sendo que alguns dos motivos encontrados foram: dificuldades na amamentação (como ocorrência de mastite), o fato da mãe trabalhar fora de casa ou ainda, pela mesma acreditar que o leite materno não alimentava bem seu filho. Para reduzir estes índices, temos buscado estratégias como o planejamento de um grupo de gestantes, para que estas se reúnam uma vez na semana a fim de receber informações como posições adequadas para amamentar, cuidados com as mamas, benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-bebê, quando é contraindicada a amamentação, questões sobre licença maternidade e para que as futuras mães tirem suas dúvidas.

Um fator importante, e ainda deficitário na unidade consiste na inexistência de sala de vacina no local, o que prejudica indiretamente uma atenção mais integral a criança, sendo necessário encaminhar a mesma a outras unidades que possuem este setor para atualização do calendário vacinal. Uma forma que temos de controle é feito pela exigência da carteira da criança nas consultas de puericultura, enfatizando sempre que é um documento da criança e essencial para o seu acompanhamento. Saúde (2012) afirma que "...É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde".

Outra ação que temos implementado é quanto a uma conscientização maior da população atendida quanto a hábitos de higiene pessoal e com a água e alimentos consumidos, tendo em vista que são estes são determinantes no processo saúde-doença. Além das informações fornecidas durante o atendimento ambulatorial, têm-se buscado romper as fronteiras da unidade de saúde, sendo um exemplo, as ações realizadas nas escolas próximas da ESF, com palestras sobre vacinação, cuidados com a higiene, doenças sexualmente transmissíveis e parasitoses intestinais.

Além das medidas já citadas, a equipe tem buscado se reunir mais frequentemente a fim de fazer um diagnóstico geral da área atendida, verificar quais patologias tem sido mais prevalentes e discutir casos específicos, buscando fazer um diagnóstico individual e familiar.

Não só na puericultura, mas nos outros programas como saúde do homem, saúde da mulher e nos idosos portadores de doenças crônicas, com ênfase na hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e as dislipidemias, devem ser construídas estratégias voltadas a prevenção, promoção e educação em saúde. No que concerne a faixa etária idosa, com destaque pra aqueles com diagnóstico de dislipidemia, temos estudado possíveis ações que atuem ajudando a reduzir os riscos de doença cardiovasculares e ainda a prevalência das dislipidemias, como a criação de um grupo de idosos que se reúnam por no mínimo duas vezes na semana, para realizarem atividade física, permitindo a interação entre eles, troca de conhecimentos, melhorando assim sua qualidade de vida e sua saúde física e mental. Além disso, um agendamento trimestral para o nutricionista da unidade é necessário, a fim de corrigir possíveis hábitos alimentares impróprios para determinada comorbidade, assim como o apoio psicológicos para aqueles casos em que seja verificada algum tipo de distúrbio psicológico, como insônia, ansiedade excessiva, estresse e depressão, muito comuns nos idosos.

#### **4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE EM DOMICÍLIO**

A prática da visita domiciliar na Unidade de Saúde da Família Agulha era realizada pela equipe 02 sem critérios, aleatoriamente, de acordo com a demanda trazida pelo enfermeiro e, principalmente, pelas agentes comunitárias de saúde. Logo no início da entrada da médica Gyselle Santos na unidade as visitas eram desenvolvidas todas as tardes, onde eram visitadas em média duas a três famílias, no entanto, foi observado ao longo de alguns meses que os pacientes visitados não tinham critérios de prioridade, além disso não ocorria um planejamento para sua realização e os pacientes acamados e neuropatas não tinham um agendamento das visitas, afim de não ficarem tanto tempo sem assistência.

Devido a duas mudanças de enfermeiros na equipe 02, levou-se em média sete meses em busca de uma coesão no modo de abordagem da visita domiciliar pela equipe. Após a integração da atual enfermeira, procuramos organizar essa prática e o primeiro passo pra isso foi colocar apenas duas tardes para a atenção ao domicilio, visto que observamos nos últimos meses que não tínhamos uma demanda tão grande de visitas, diferente dos atendimentos ambulatoriais que cada vez mais aumentavam. Em seguida buscamos capacitar os agentes de saúde quanto ao que seria a visita no domicilio, seus princípios, objetivos e critérios de risco. Feito isso, foi solicitado que os agentes fizessem um levantamento do número de acamados, neuropatas e idosos cadastrados, para que fosse possível fazer um aprazamento destes pacientes que necessitam de visita continuada. A partir disso, foi feito o agendamento destes pacientes juntamente com a enfermeira da equipe. Isso foi feito buscando evitar que as visitas sucessivas fossem feitas com grande intervalo de tempo, sendo essa uma queixa frequente de seus cuidadores e também manter seus exames e receitas atualizados. Aqueles idosos acamados e estáveis são visitados de dois em dois meses, já os com doenças crônicas e neuropatas são reavaliados de seis em seis meses. Uma barreira que temos se dá ao encaminhamento destes pacientes para especialistas, tendo em vista que a maioria dos médicos especialistas se encontram no centro da cidade de Belém, e estes pacientes além da terem dificuldade para locomoção (pois grande parte dos mesmos só andam em cadeira de rodas, quando as tem), tem a econômica, tendo grande parte de seus rendimentos investidos em compra de medicamentos e insumos, restando pouco para transporte privado. Infelizmente a unidade de saúde não dispõe de ambulância nem outro tipo de automóvel que pudesse auxiliar no transporte destes pacientes.

Outro enfoque importante que antes não era dado foi a realização da busca ativa daqueles pacientes que não procuram o atendimento na unidade ou ainda que só a procuram quando necessitam de receitas médicas. Essa prática ainda vem sendo realizada, contudo, cada vez mais a comunidade vem sendo conscientizada da necessidade de um acompanhamento sistemático, em especial aqueles pacientes com patologias crônicas e as crianças.

Um terceiro fator abordado foi a atenção aquelas famílias com alguma vulnerabilidade social e econômica, procurando fazer um diagnóstico familiar e individual, com base em instrumentos como o prontuário familiar, objeto que vem sendo amplamente aplicado após seu estudo durante as aulas da especialização em saúde da família, sendo possível assim oferecer uma abordagem integral a família. Outro componente importante que antes não recebia a merecida atenção eram os cuidadores, atualmente a visita não serve apenas para atender o paciente impedido de ir a unidade, mas também a atender seus cuidadores, promovendo saúde para o mesmo, fazendo também orientações quanto a higiene e limpeza, transferências posturais do paciente, prevenção e cuidados com feridas, posicionamento do leito, manuseio de sondas nasogástricas e vesicais, administração de medicamentos e atenção nutricional.

No que concerne a recém-nascidos, puérperas, egressos hospitalares e pacientes com doença aguda, não é realizado agendamento, o agente de saúde apresenta o caso e a visita é encaixada em uma das duas tardes. Casos agudos raramente são solicitados devido a população já buscar nesses casos as unidades de pronto atendimento.

Quanto aos procedimentos feitos no domicílio, os mais comuns são: aferição de pressão arterial e glicemia capilar. Quando solicitamos exames laboratoriais, a técnica de enfermagem da equipe é acionada e agenda a coleta no domicílio as sextas-feiras.

As visitas geralmente são realizadas pela médica da equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e agente de saúde da área que será atendida. Quando necessário, a equipe do NASF também é acionada, principalmente a nutricionista e o serviço social, todavia quando a visita multidisciplinar não é possível, a equipe do NASF agenda outro dia para a visita. Sempre havendo o registro da mesma no prontuário e posterior comunicação pessoal entre os profissionais naqueles casos que necessitam de maior atenção.

Obstáculos gerais que a equipe possui que impedem um cuidado mais efetivo são: falta de automóvel próprio da unidade para a realização das visitas em áreas mais distantes (na maioria das vezes o médico é obrigado a usar seu próprio veículo para tal, pois se põe em risco se for andando para estas áreas), falta de condições econômicas ou própria negligência da família para seguir as orientações feitas pela equipe e a pouca estrutura ofertada pela unidade para realização de palestras para os cuidadores. No entanto, de forma geral temos visto grandes avanços no âmbito da atenção domiciliar, temos baixos índices de internação hospitalar e óbito na comunidade, o que de certa forma reflete que o cuidado ofertado tem sido positivo.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O contato com a atenção básica, por ter sido o primeiro, iniciou-se cheio de incertezas e inseguranças, no entanto, com a atuação prática associada a capacitação que tivemos por meio das aulas e casos complexos apresentados na especialização em saúde da família ofertada pela UNA-SUS, foi possível aprimorar os conhecimentos adquiridos ao longo da vida acadêmica, que somados aqueles provenientes da especialização ajudaram a abordar e conduzir melhor os casos atendidos pela equipe 02 da unidade de saúde da família Agulha. Além disso, foi possível conhecer mais profundamente os programas implementados pelo Ministério da Saúde que são a base da Estratégia Saúde da Família, juntamente com as diretrizes do SUS.

A experiência adquirida ao longo deste ano não só serviu de aprimoramento intelectual como também para fortalecimento das bases de humanização já absorvidas no ambiente acadêmico. A saúde não é aquela ofertada somente dentro de um consultório, mas sim aquela que também é praticada nas casas, nas escolas e igrejas próximas a unidade, e nas ruas. E médico não é aquele que só enxerga um indivíduo em busca de saúde, mas uma família inserida num contexto socioeconômico que tem impacto direto no processo saúde-doença da mesma.

A atenção básica além de ser a porta de entrada do SUS, é a principal ferramenta de prevenção e promoção da saúde, quando usada de forma correta, tentando seguir o mais próximo possível do que é preconizado, mesmo com todas as dificuldades estruturais das unidades e condições logísticas adversas que a maioria das áreas apresentam.

## REFERÊNCIAS

- BONILHA, Luís R. C. M; RIVORÊDO, Carlos R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, Vol. 81, Nº1, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Covatti et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*. 2016; 36(1):24-30.
- FERRAZ, Sabrine Teixeira. Anemia ferropriva na infância: Uma revisão para profissionais da atenção básica. *Rev. APS*. 2011; 14(1): 101-110.
- IBIAPINA, D.F.N. Prevalência da síndrome metabólica em idosos. Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, 2014.
- JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr. Campinas*. 2011; 24(6): 809-824.
- PEREIRA, R. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2. *Cadernos UniFOA*. 17 ed. Rio de Janeiro, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Revista Brasileira de Cardiologia*. Volume 101, Nº 4, Suplemento 1, Out 2013.
- SOUSA, A. de. P. B. Avaliação do perfil lipídico de idosos atendidos numa unidade básica de saúde da família de Campina Grande. Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de graduação de farmácia generalista da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012.
- SOUZA, J. D. de. Prevalência e fatores associados à dislipidemia em idosos de Viçosa/MG. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, para o Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. Minas Gerais, 2014.

**ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Gyselle Silva dos Santos

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DISLIPIDEMIA EM PACIENTES  
IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AGULHA NO  
DISTRITO DE ICOARACI – BELÉM/PA

Belém - PA  
Novembro 2016

Gyselle Silva dos Santos

Avaliação dos fatores de risco para dislipidemia em pacientes idosos atendidos na unidade de saúde da família agulha no distrito de Icoaraci – Belém/PA

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA) e Ministério da Saúde, através da UNASUS – Universidade Aberta do SUS como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Simone Valvassori

Belém - PA  
Novembro 2016

Gyselle Silva dos Santos

Avaliação dos fatores de risco para dislipidemia em pacientes idosos atendidos na unidade de saúde da família agulha no distrito de Icoaraci – Belém/PA

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA) e Ministério da Saúde, através da UNASUS – Universidade Aberta do SUS como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Edmilson Pinto dos Santos e Ana Rodrigues da Silva, pelo amor incondicional.

Aos meus avós queridos, Higinia Pinto dos Santos e Maurício Moura dos Santos, pelo cuidado, pelo empenho em minha educação, pelo incentivo e pelos conselhos sábios.

Ao meu noivo, David da Silva Sampaio, pelo apoio e por enfrentar mais essa etapa ao meu lado.

E à minha equipe da Unidade de Saúde da Família Agulha por toda a ajuda prestada e pelo carinho e respeito como pessoa e profissional que sempre me foi dado.

## RESUMO

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 a 2015, levantamentos do IBGE constataram que de 2000 a 2020 a população idosa passará de 13,9 para 28,3 milhões, sendo que em 2050 há uma expectativa dessa faixa etária ser ampliada para 64 milhões, sobrepondo o número de crianças no país. As dislipidemias, estão entre os principais fatores de risco, juntamente com o tabagismo e a obesidade, relacionados a doenças crônicas e a risco elevado para doenças cardiovasculares em idosos. Assim, é importante conhecer os principais fatores de risco associados a dislipidemias nos idosos atendidos na unidade de saúde da família Agulha no distrito de Icoaraci, por meio de um estudo clínico intervencionista, onde serão analisadas características sócio-demográficas, características de estilo de vida, condições de saúde, medidas antropométricas e variáveis laboratoriais. Serão incluídos no projeto todos os idosos atendidos na unidade com diagnóstico de dislipidemia, destes será feita uma seleção aleatória de 50% da amostra, os quais receberão orientação nutricional, médica e do educador físico em dia pré-agendado, após dois meses será feita uma nova coleta de exame laboratorial, bem como a mensuração das medidas antropométricas dos pacientes, sendo feito um novo agendamento para reavaliar os idosos. O projeto tem por finalidade conscientizar o maior número possível de idosos diagnosticados quanto a importância de hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular, assim como a elaboração de estratégias com as demais equipes da unidade e com o NASF a fim de diminuir a prevalência de dislipidemias entre a população idosa assistida e estimular o atendimento multiprofissional.

Palavras-chave: Idosos. Dislipidemias. Atenção básica.

## **ABSTRACT**

According to the National Health Plan (NSP) 2012 to 2015, IBGE surveys found that from 2000 to 2020 the elderly population will increase from 13.9 to 28.3 million, and in 2050 there is an expectation that this age group will be expanded to 64 Overcrowding the number of children in the country. Dyslipidemias are among the main risk factors, along with smoking and obesity, related to chronic diseases and high risk for cardiovascular diseases in the elderly. Thus, it is important to know the main risk factors associated with dyslipidemias in the elderly attended at the Agulha family health unit in the district of Icoaraci, through an interventionist clinical study, where socio-demographic characteristics, lifestyle characteristics, Health conditions, anthropometric measures and laboratorial variables. All the elderly will be included in the project, with a diagnosis of dyslipidemia. A random selection of 50% of the sample will be made, which will receive nutritional, medical and physical educator guidance on a pre-scheduled day. New collection of laboratory examination, as well as the measurement of the anthropometric measures of the patients, being made a new appointment to reassess the elderly. The aim of the project is to raise awareness of the importance of healthy eating habits and regular physical activity, as well as the development of strategies with the other teams of the unit and NASF in order to reduce the prevalence of dyslipidemias between The assisted elderly population and stimulate multiprofessional care.

**Key words:** Elderly. Dyslipidemias. Basic attention.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | 7  |
| <b>2. PROBLEMA</b> .....   | 8  |
| <b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....  | 9  |
| <b>4. OBJETIVOS</b> .....  | 10 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL.....  | 10 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                       | 10 |
| <b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....                                  | 11 |
| 5.1 ENVELHECIMENTO.....  | 11 |
| 5.2 DISLIPIDEMIAS.....   | 12 |
| 5.2.1 DEFINIÇÃO.....   | 12 |
| 5.2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS.....                           | 12 |
| 5.2.3 FATORES DE RISCO.....  | 13 |
| 5.2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....                                  | 13 |
| 5.2.5 DISLIPIDEMIA E EXERCÍCIO FÍSICO.....                           | 14 |
| 5.2.6 DISLIPIDEMIA E ESTADO NUTRICIONAL.....                         | 15 |
| <b>6. METODOLOGIA</b> .....  | 17 |
| <b>7. CRONOGRAMA</b> .....   | 19 |
| <b>8. RECURSOS NECESSÁRIOS</b> .....                                 | 20 |
| <b>9. RESULTADOS ESPERADOS</b> .....                                 | 21 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 22 |
| <b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> ..... | 24 |
| <b>APÊNDICE B - Questionário</b> .....                               | 26 |

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2004), para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso em países em desenvolvimento são pessoas com 60 anos ou mais, enquanto que em países desenvolvidos essa idade se estende para 65 anos. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 a 2015, levantamentos do IBGE constataram que de 2000 a 2020 a população idosa passará de 13,9 para 28,3 milhões, sendo que em 2050 há uma expectativa dessa faixa etária ser ampliada para 64 milhões, sobrepondo o número de crianças no país. (SAÚDE, 2011)

Grande parte das comorbidades que acometem a população idosa se referem a doenças crônicas não-transmissíveis, destacando-se principalmente a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, patologias que, com bons hábitos de vida poderiam ser prevenidas ou ainda retardadas (OMS, 2015). As dislipidemias, estão entre os principais fatores de risco, juntamente com o tabagismo e a obesidade, relacionados a doenças crônicas e a risco elevado para doenças cardiovasculares. (SAÚDE, 2011)

Belém está dividida em 71 bairros, sendo que estes dividem-se em 8 distritos administrativos, dentre estes está o Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), o qual engloba os bairros da Agulha, Águas Negras, Maracacuera, Paracuri, Tenoné, Cruzeiro e Ponta Grossa. (GUSMÃO, 2013)

Segundo dados do IBGE (2011), até o ano de 2010, Icoaraci apresentava uma população de 167.035 habitantes, sendo que destes, 19.412 habitantes residiam no bairro da Agulha, local onde encontra-se a unidade em que se realizará a intervenção. A Unidade de Saúde da Família Agulha (USF Agulha) possui três equipes de saúde da família, 27 agentes comunitários de saúde (ACS's), 3 técnicos de enfermagem e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), contando com fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social e educador físico, contudo, o atendimento dos profissionais costumam ser sempre ambulatorial individualizada, sem ocorrer trocas de experiências e conhecimentos entre as equipes e/ou entre equipe e NASF, impedindo uma abordagem interdisciplinar mais efetiva.

## **2 PROBLEMA**

Como podemos melhorar o atendimento prestado aos idosos atendidos na unidade de saúde da família Agulha no Distrito Administrativo de Icoaraci, a fim de diminuir a ocorrência de dislipidemias nesta população?

### **3 JUSTIFICATIVA**

Devido a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis decorrente da transição demográfica que o Brasil vem sofrendo, a saúde pública do país necessitará de uma abordagem mais abrangente no que concerne à população idosa (SAÚDE, 2011). Tendo em vista que a atenção primária a saúde tem tido cada vez mais um papel centralizador, de grande importância para o rastreamento e combate às doenças crônicas, além de principal meio de educação em saúde, faz-se necessário um maior monitoramento dos hábitos de vida dessa população, bem como estratégias de cuidado a longo prazo, a fim de se prevenir o aumento do número de pacientes com doenças crônicas e reduzindo ainda os riscos de doenças cardiovasculares nessa faixa etária por meio de mudança em seus hábitos de vida.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o número de idosos com diagnóstico de dislipidemia atendidos na unidade de saúde da família Agulha no distrito de Icoaraci.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar quais fatores de risco para dislipidemia os idosos atendidos apresentam;
- ✓ Acompanhar os idosos com diagnóstico laboratorial compatível com dislipidemia;
- ✓ Avaliar a eficácia de hábitos alimentares saudáveis e da realização da atividade física na redução dos níveis lipídicos;
- ✓ Estabelecer estratégias de saúde visando a conscientização da população idosa quanto a importância das mudanças dos hábitos de vida na prevenção das dislipidemias, além de prevenir os riscos para desenvolvimento de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica nos idosos avaliados que não apresentam estas patologias.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 ENVELHECIMENTO

Segundo o Estatuto do Idoso (2009),

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que: “ A atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade...” (BRASIL, 2007)

Tendo em vista o processo de transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil, é de suma importância que o sistema de saúde vigente se adeque a esta nova realidade, traçando novas estratégias voltadas para a população idosa, visando a promoção da saúde e prevenção das patologias mais frequentes nesta faixa etária.

## 5.2 DISLIPIDEMIAS

### 5.2.1 DEFINIÇÃO

As lipoproteínas nada mais são que substâncias responsáveis pelo transporte e pela circulação dos lipídios, podendo ser divididas em: lipoproteína que tem alta densidade (HDL), lipoproteína com baixa densidade (LDL), lipoproteína de densidade intermediária (IDL), lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL), e quilomicrons. (PEREIRA, 2011)

Segundo Cambri et al (2006), dislipidemias são alterações decorrentes de mudanças que ocorrem no metabolismo lipídico, as quais ocasionam modificações nas concentrações destas lipoproteínas presentes no plasma humano, favorecendo o surgimento de patologias crônicas como hipertensão arterial e diabetes.

### 5.2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

Sousa (2012) divide as dislipidemias em primárias (decorrentes de alterações genéticas ou por influência ambiental, devido a dieta hipercalórica e/ou falta de atividade física) ou secundárias (resultantes de diversas doenças, ou ainda uso de algumas medicações).

A V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013) classifica fenotipicamente as dislipidemias da seguinte forma: **hipercolesterolemia isolada**, quando há elevação isolada do LDL-C ( $\geq 160$  mg/dl); **hipertrigliceridemia isolada**, onde ocorre a elevação isolada dos triglicerídeos ( $\geq 150$  mg/dl); **hiperlipidemia mista**, onde existem valores aumentados de LDL-C ( $\geq 160$  mg/dl) e TG ( $\geq 150$  mg/dl). Nas situações onde os triglicerídeos tem seus valores superiores a 400 mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald ( $\text{LDL-colesterol mg/dL} = \text{Colesterol total} - \text{HDL-colesterol} - (\text{Triglicerídeos}/5)$ ) é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando o valor do colesterol total for maior ou igual a 200 mg/dl; e **HDL-C baixo**, quando há redução do HDL-C (homens  $< 40$  mg/dl e mulheres  $< 50$  mg/dl) de forma isolada ou associada ao aumento de LDL-C ou de triglicerídeos.

### 5.2.3 FATORES DE RISCO

Dentre os fatores de risco mais frequentes associados as dislipidemias, destacam-se: sexo, faixa etária, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e sedentarismo) e alimentares, composição corporal (IMC e circunferência abdominal) e elevação nos níveis de glicemia e da pressão arterial. (SOUZA, 2014)

### 5.2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para que se possa fazer o diagnóstico dos diferentes tipos de dislipidemia, é necessária a realização de exame laboratorial com dosagem das lipoproteínas como HDL-colesterol, triglicerídeos, colesterol total e LDL-c, calculado pela equação de Friedewald ( $LDL-c = CT - HDL-c - TG/5$ ). (SOUZA, 2014)

No que concerne ao tratamento das dislipidemias, é importante primeiramente considerar que o estado geral e mental do paciente idoso, suas condições de moradia e renda familiar, o apoio da sua família, as comorbidades existentes e o uso de determinados fármacos irão influenciar diretamente na adesão ao tratamento e manutenção do mesmo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)

Como terapia não-medicamentosa orienta-se a mudança dos hábitos de vida, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, ricos em fibras e proteínas; a prática regular de uma atividade física, respeitando, claro, os limites que a pessoa idosa apresenta e a cessação do hábito de fumar e evitar a ingestão de álcool excessiva. De acordo com Lima (2014), o tratamento farmacológico pode ser feito com estatinas, fibratos, resinas, niacina e ezetimiba sendo que as estatinas são consideradas tratamento de primeira linha para redução do colesterol LDL em idosos.

### 5.3 DISLIPIDEMIA E EXERCÍCIO FÍSICO

Segundo Brasil (2007), vários estudos comprovam que a atividade física regular é capaz de causar efeitos benéficos ao metabolismo humano como redução dos níveis lipídicos, diminuir a resistência insulínica, controle de peso corporal e de pressão arterial, elevação do HDL, reduzindo assim o risco para doenças crônicas e o risco cardiovascular, além disso, favorece a densidade mineral óssea, atua melhorando a postura, o funcionamento do intestino e o estado emocional (redução do estresse e da ansiedade). Para cada 1 kg de peso perdido, os níveis de colesterol total e LDL diminuem em 1%, já no que se refere aos índices de triglicérides, a redução é bem maior, em torno de 5% a 10%, além de ocasionar elevação do HDL entre 1% e 2%. (CAMBRI et al, 2006)

Grande parte dos idosos não praticam atividade física regular. Deste modo, é importante que haja um estímulo por parte de familiares, vizinhos e amigos, bem como dos profissionais da unidade de saúde que o atendem, a fim de incorporar a prática de exercício físico nestes pacientes, além de ofertar programas voltados para a estimulação desse estilo de vida. O recomendado para esta faixa etária seriam exercícios que estimulem a flexibilidade, reforço muscular e manutenção do equilíbrio. É sugerido que se realize atividade física de baixo impacto, principalmente porque grande parte dos idosos possuem barreiras músculo-esqueléticas que impedem a prática de exercícios mais intensos, por um período de 30 min, no mínimo 3 vezes ao dia. (BRASIL, 2007)

#### 5.4 DISLIPIDEMIA E ESTADO NUTRICIONAL

No Brasil vem ocorrendo uma transição nutricional, onde ocorre o aumento da ingestão de alimentos industrializados, hipercalóricos, ricos em gorduras e açúcar. (Bortoli et al, 2011). É papel da atenção básica orientar a população idosa quanto a sua alimentação, principalmente naqueles pacientes portadores de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias. (BRASIL, 2007)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (1994), a dietoterapia tem por finalidade diminuir os níveis de colesterol total e triglicérides, sendo capaz de reduzir o colesterol em 10% a 15%, após um período de 1 mês e meio a 2 meses, sendo que a hipertrigliceridemia apresenta redução mais rápida após mudanças alimentares saudáveis.

Assim como a elevação dos níveis lipídicos, o sobrepeso ( $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ ) e a obesidade ( $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ ) são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares, que são as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Sendo assim, a obesidade abdominal (acúmulo de gordura na circunferência abdominal) é um fator preocupante e que deve ser monitorado na população idosa, tendo em vista que esta tem relação direta com o risco para doenças, dentre elas, a dislipidemia. (Garcez e cols, 2014)

A medida antropométrica é uma ferramenta de grande utilidade para a realização do diagnóstico nutricional do idoso. Segundo a OMS, é recomendada a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado da seguinte forma:  $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ . Os pontos de corte adequados para a população idosa é: baixo peso ( $IMC = \leq 22$ ), adequado ou eutrófico ( $IMC = >22$  e  $< 27$ ) e sobrepeso ( $IMC \geq 27$ ). (BRASIL, 2007)

Segundo Morreti et al (2009), com o envelhecimento ocorre aumento de massa gordurosa e diminuição de massa muscular e óssea. Esse aumento do tecido adiposo é maior na região abdominal (gordura visceral). Idosos que estão acima do peso tem hábitos de vida menos saudáveis, logo uma qualidade de vida ruim, comparados a não-obesos, estando mais suscetíveis a doenças crônicas decorrentes do aumento de peso.

As Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009), afirmam que a circunferência abdominal pode ser medida por meio do maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, sendo esta a técnica recomendada pela OMS. Além disso, este órgão mundial estabelece que medidas de circunferência abdominal igual ou maior que 94 cm para homens e 80 cm para mulheres refletem um elevado risco cardiovascular.

## 6 METODOLOGIA

Estudo clínico intervencionista, onde serão analisadas características sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar); características de estilo de vida (tabagismo, prática de atividade física e hábitos alimentares), condições de saúde (história de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias prévias, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio), medidas antropométricas (peso, altura e circunferência abdominal), aferição de pressão arterial e variáveis laboratoriais (níveis de triglicerídeos, colesterol total e frações), com a finalidade de identificar o número de idosos atendidos na unidade que possuem diagnóstico de dislipidemia, conhecer os fatores de risco para esta patologia na população estudada, além de buscar orientá-los quanto ao uso de hábitos saudáveis de vida, e analisar o impacto dessas mudanças nas taxas lipídicas, assim como na redução do IMC e da circunferência abdominal.

No **primeiro momento** haverá uma reunião com todos os ACS's, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os profissionais que compõe a equipe do NASF, a fim de esclarecer qual como se dará cada etapa da intervenção e o papel de cada profissional da unidade no projeto, e também ocorrerá a capacitação dos ACS's para que estes possam identificar no momento da busca na área quem participará do estudo.

Em um **segundo momento** os ACS's farão a busca ativa dos idosos residentes em suas áreas de atuação. No momento dessa abordagem, o agente já capacitado, identificará se o idoso apresenta exame laboratorial que comprove ter dislipidemia. Nesta etapa, serão descartados aqueles idosos que não apresentarem diagnóstico laboratorial de dislipidemia (taxas elevadas de L-HDL e/ou triglicerídeos), além de todos aqueles que tiverem lipidograma com mais de três meses de realização.

Feito isso, no **terceiro momento**, os pacientes serão agendados em dias distintos (de uma a quatro semanas) para a entrevista, que poderá ser realizada pelos médicos e enfermeiros das equipes da unidade. A coleta de dados será feita no momento da consulta, sendo utilizado como instrumento um questionário semiestruturado. O idoso deverá levar consigo, neste dia, o exame laboratorial que comprove ter dislipidemia com data de até três meses anteriores a data da entrevista e afirmar não ter feito nenhum tratamento medicamentoso. Antes da entrevista todos

os idosos serão pesados, terão sua pressão arterial aferida, altura e circunferência abdominal medidas.

Em um **quarto momento** haverá um novo dia (uma semana) para que estes recebam orientação nutricional, médica e do educador físico, de forma individualizada, respeitando os limites de cada paciente. Será estabelecido um calendário de atividade física que se realizará em um lugar a ser determinado, com exercícios ministrados pelo educador físico da unidade três dias na semana, com duração de 30 min, por um período de dois meses, aproximadamente.

No **quinto momento** (dois meses após o dia em que ocorrerá as orientações) solicitaremos novo lipidograma.

Já no **sexto momento** ocorrerá um novo agendamento de retorno com os médicos e enfermeiros das equipes, para que seja verificado o resultado do exames solicitado, além da mensuração do peso, altura, circunferência abdominal e aferição da pressão arterial dos pacientes. Sendo em seguida verificado se a intervenção foi positiva ou não.

E no **sétimo momento**, será marcada uma reunião entre todos os profissionais da unidade de saúde, a fim de se trocar experiências quanto a intervenção realizada, pontos positivos e negativos, sugestões, além de se traçar estratégias visando mudar a realidade observada com o projeto, assim como construir novos projetos intervencionistas visando outras patologias de grande incidência nesta e outras faixas etárias, como parasitoses intestinais, diabetes, hipertensão, neoplasias (como colo de útero, gástricas, próstata), doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras.



## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

- ✓ Sala para realização dos atendimentos
- ✓ Balança digital
- ✓ Esfignomômetro digital
- ✓ Fita métrica inelástica
- ✓ Requisição para exames laboratoriais
- ✓ Canetas
- ✓ Profissionais: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS's
- ✓ Listas com nome dos pacientes idosos atendidos pela unidade
- ✓ Prontuários dos pacientes presentes na avaliação
- ✓ Exames laboratoriais

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

- ✓ Conscientizar o maior número possível de idosos quanto a importância de hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular, principalmente no que se refere a redução das dislipidemias;
- ✓ Reduzir a ocorrência de dislipidemias na população idosa assistida na unidade;
- ✓ Traçar estratégias de saúde com as demais equipes da unidade e com o NASF;
- ✓ Estimular o atendimento multiprofissional na unidade.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 3 ed. São Paulo, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMBRI et al. Perfil lipídico, dislipidemias e exercícios físicos. 100 Cambri et al. Rev. Bras. Cineantropom e Desempenho Hum. 2006; 8(3):100-106.
- GARCEZ e cols. Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em amostra representativa de São Paulo. Arq Bras Cardiol. 2014; 103(6):476-484.
- GUSMÃO, L. H. A. Cartografia dos distritos administrativos de Belém/PA com google Earth. Belém, 2013. Disponível em: <<http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.
- IBGE. Anuário Estatístico do Município de Belém: Características demográficas e sócio-econômicas da população. 2011
- MORETTI et al. Estado nutricional e prevalência de dislipidemias em idosos. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, no. 3, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS, 2015.
- PEREIRA, R. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2. Cadernos UniFOA. 17 ed. Rio de Janeiro, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Consenso brasileiro sobre dislipidemias: detecção, avaliação e tratamento. 1994.
- SOUSA, A. de. P. B. Avaliação do perfil lipídico de idosos atendidos numa unidade básica de saúde da família de Campina Grande. Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de graduação de farmácia generalista da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Revista Brasileira de Cardiologia. Volume 101, Nº 4, Suplemento 1, Out 2013.

SOUZA, J. D. de. Prevalência e fatores associados à dislipidemia em idosos de Viçosa/MG. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, para o Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. Minas Gerais, 2014.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Projeto de intervenção: “Avaliação dos fatores de risco para dislipidemia em pacientes idosos atendidos na Unidade de Saúde da família Agulha no distrito de Icoaraci – Belém/PA”.

### **FINALIDADE DO TRABALHO:**

Este trabalho tem por objetivo principal a realização de um diagnóstico de área quanto ao número de idosos que apresentam dislipidemia por meio da avaliação de exames laboratoriais, bem como conscientizar a população idosa da importância de hábitos de vida saudáveis e a prática de exercício físico regular no controle da dislipidemia, além de propor estratégias de educação em saúde.

### **DESTINO DAS INFORMAÇÕES DO SUJEITO PARTICIPANTE:**

As informações obtidas serão utilizadas somente para o presente trabalho, e serão analisadas em conjunto com os demais profissionais de saúde envolvidos. Não será divulgada nenhuma informação que possa levar a sua identificação.

### **RISCOS, PREVENÇÃO E BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO PARTICIPANTE:**

Esta pesquisa não ocasionará riscos aqueles que participarem desta.

Haverá benefícios de melhorar o conhecimento do participante acerca das complicações das úlceras de pé e de como preveni-las, melhorando seu autocuidado. Além disso, as equipes da Unidade de Saúde da família Agulha serão capacitadas dentro deste tema, podendo assim oferecer melhor assistência a seus usuários portadores de dislipidemias.

### **GARANTIAS**

É garantido ao participante a privacidade de seus dados, além da opção de deixar de participar do projeto, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento e acompanhamento na Unidade de Saúde.

## **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

A principal autora é Gyselle Silva dos Santos, médica participante do PROVAB 2016, CRM-PA 13.119, a qual pode ser encontrada nos horários de atendimento na Unidade de Saúde da Família Agulha para esclarecer qualquer dúvida que o participante venha a ter.

## **FINANCIAMENTOS**

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores e, caso se consiga, apoio da secretaria municipal de saúde. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do projeto. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que compreendi as informações que li e que me foram explicadas sobre o trabalho que será realizado. Discuti com os autores sobre minha decisão de participar desse estudo, ficando claros para mim quais os propósitos do trabalho, as atividades a serem realizadas, possíveis desconfortos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação não será paga, nem terei despesas e que tenho garantia de acesso a assistência da instituição quando necessário, inclusive se optar por desistir da pesquisa.

Concordo voluntariamente sem participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificativas e sem penalidades.

Belém, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura de testemunha

---

Gyselle Silva dos Santos, autora responsável

**APÊNDICE B – Questionário****DADOS PESSOAIS**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. Sexo: Feminino  Masculino
4. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Idade: \_\_\_\_\_
6. Profissão: \_\_\_\_\_
7. Estado Civil:  
Solteiro (A)  Casado (A)  Viúvo (A)   
Separação legal (judicial ou divórcio)  Outro

**DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS**

1. Em relação à moradia, você mora em casa própria? Sim  Não
2. Qual a renda familiar mensal da sua casa?  
Menos de 1 salário mínimo  1 – 2 salários mínimos   
2 – 3 salários mínimos  3 ou mais salários mínimos
3. Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar?  
Uma  Duas  Três  Quatro  Cinco ou mais

**HÁBITOS DE VIDA**

1. Você faz uso de bebida alcoólica? Sim  Não

2. Você fuma? Sim  Não

3. Pratica exercício físico? Sim  Não

3.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

3.2 Com que regularidade:

1x/semana  2 - 3x/semana  Diariamente

4. Quanto aos seus hábitos alimentares:

4.1 Você faz quantas refeições ao dia?

Café, almoço e jantar

Café e almoço

Almoço e jantar

Café, lanche, almoço e jantar

Café, lanche, almoço, lanche e jantar

Café, lanche, almoço e lanche

4.2 Você consome frutas quantas vezes por semana?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.3 Você consome legumes e verduras quantas vezes na semana?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.4 Você consome frituras quantas vezes na semana?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.5 Você consome doces quantas vezes na semana?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.6 Você adiciona sal as refeições já prontas?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.7 Você consome refrigerantes com que frequência?

Nunca  1x/semana  2 - 3x/semana  4 - 6x/semana

Diariamente

4.8 Você tem alguma doença prévia (Diabetes, Hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias (aumento de colesterol, triglicerídeos) prévias, acidente vascular encefálico ou infarto agudo do miocárdio)?

Sim

Não

4.8.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

4.9 Você já foi consultado por um nutricionista alguma vez?

Sim

Não

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS E MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL**

## 1. Pré – intervenção:

1.1 Peso: \_\_\_\_\_

1.2 Altura: \_\_\_\_\_

1.3 IMC: \_\_\_\_\_

1.4 Pressão arterial: \_\_\_\_\_

1.5 Medida da circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

## 2. Pós – intervenção:

2.1 Peso: \_\_\_\_\_

2.2 Altura: \_\_\_\_\_

2.3 IMC: \_\_\_\_\_

2.4 Pressão arterial: \_\_\_\_\_

2.5 Medida da circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

**DADOS LABORATORIAIS**

## 1. Pré - intervenção:

1.1 HDL-C: \_\_\_\_\_

1.2 LDL- C: \_\_\_\_\_

1.3 TRIGLICERÍDEOS: \_\_\_\_\_

2. Pós - intervenção:

2.1 HDL-C: \_\_\_\_\_

2.2 LDL- C: \_\_\_\_\_

2.3 TRIGLICERÍDEOS: \_\_\_\_\_