

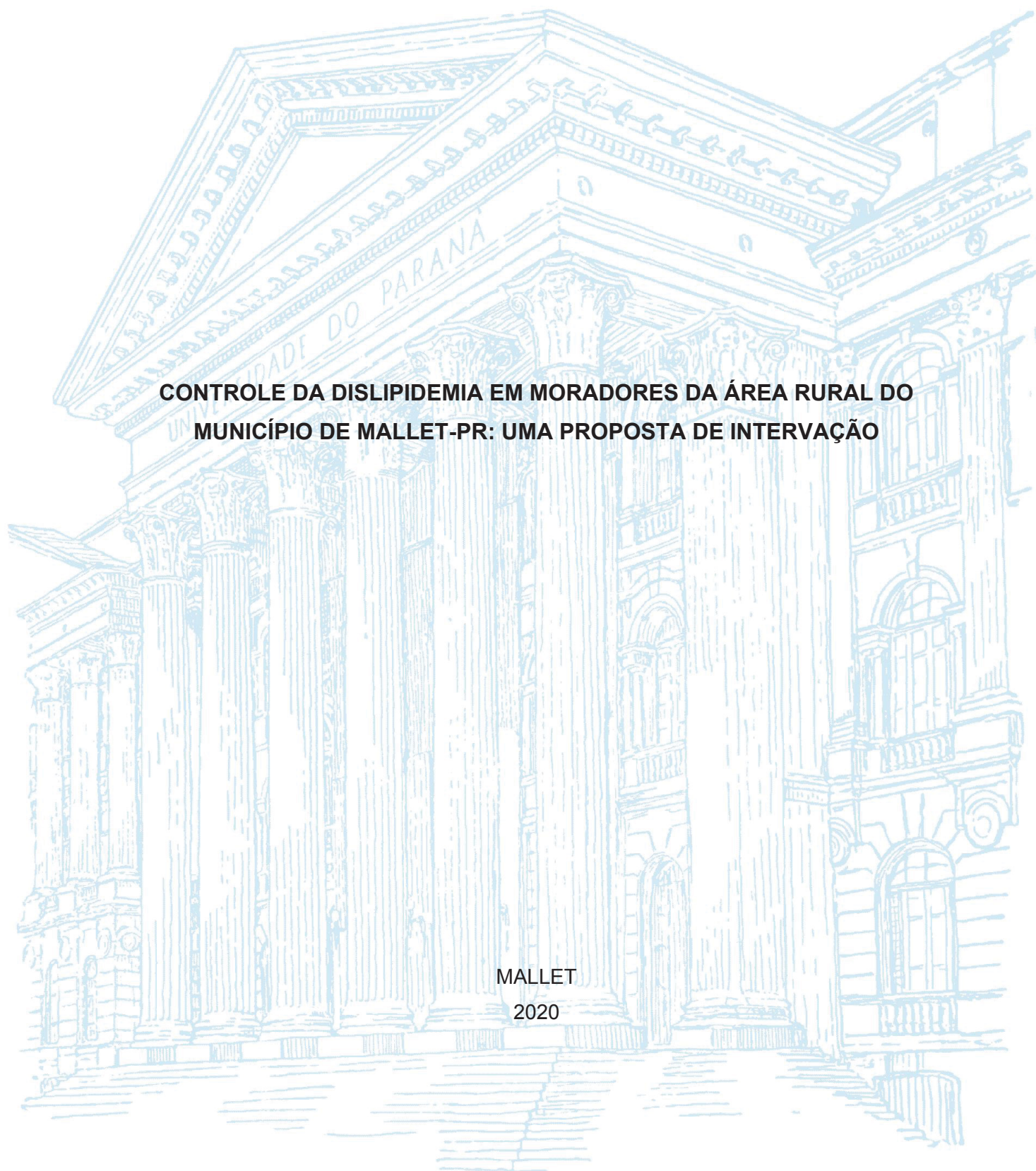
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FELIPE DO CARMO BOGARIN

**CONTROLE DA DISLIPIDEMIA EM MORADORES DA ÁREA RURAL DO
MUNICÍPIO DE MALLET-PR: UMA PROPOSTA DE INTERVAÇÃO**

MALLET

2020



FELIPE DO CARMO BOGARIN

**CONTROLE DA DISLIPIDEMIA EM MORADORES DA ÁREA RURAL DO
MUNICÍPIO DE MALLET-PR: UMA PROPOSTA DE INTERVAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção de título de grau de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Débora Chong

MALLET

2020

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....
1.1	JUSTIFICATIVA.....
2	OBJETIVOS.....
2.1	OBJETIVO GERAL.....
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....
3	MÉTODO
4	REVISÃO DE LITERATURA.....
5	IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS.....
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
	ANEXOS.....

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do tema sobre o controle da dislipidemia em moradores do interior do município de Mallet-PR é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Os problemas detectados na população foram altos níveis de colesterol encontrados nos exames de rotina, além de tratamento medicamentoso sem eficiência e controle dislipidêmico. O objetivo do plano de intervenção é normalizar os níveis de colesterol dentro das metas preconizadas, evitando complicações mais severas e também promover hábitos saudáveis na população, envolvendo uma equipe multidisciplinar no cuidado. O método utilizado foi realizar a estratificação de risco dos pacientes já diagnosticados com dislipidemia e aplicar um plano de investigação de novos casos. Os pacientes participaram de um cronograma que incluía além de consultas médicas, cuidados de enfermagem, consultas com nutricionista, grupos de atividade física com supervisão do educador físico, orientações em forma de palestras educativas e retornos programados para avaliar a adesão ao plano proposto. Os resultados encontrados foram de 263 pacientes com o diagnóstico da doença sendo que desses, 85 pacientes aderiram ao plano de intervenção. A estratificação de risco foi realizada para todos os participantes, onde encontrou-se a maior taxa de pacientes com um risco cardiovascular moderado (42 pacientes). Os pacientes de alto e médio risco tiveram prioridade no atendimento e encaminhamento para o nutricionista, com terapia medicamentosa reavaliada. Pacientes de baixo risco e que apresentavam bom controle da doença tiveram a medicação suspensa. Considerando os participantes do plano de intervenção, os objetivos propostos foram alcançados, porém, a expectativa é incluir os demais pacientes que possuem o diagnóstico de dislipidemia no plano de cuidados. Outra atividade a destacar com o desenvolvimento do projeto, foi a implementação do cuidado multidisciplinar aos pacientes, sendo assim, almeja-se que o plano de intervenção seja transformado em uma proposta de trabalho rotineira, onde todos os pacientes que necessitam de atendimento e acompanhamento sejam incluídos no plano de intervenção.

Palavras-chaves: dislipidemia, hábitos saudáveis, equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

The Intervention plan that addresses the issue of controlling dyslipidemia in residents of the interior of the municipality of Mallet-PR is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. The problems detected in the population were high levels of cholesterol found in routine examinations, in addition to drug treatment without efficiency and dyslipidemic control. The purpose of the intervention plan is to normalize cholesterol levels within the recommended goals, avoiding more severe complications and also to promote healthy habits in the population, involving a multidisciplinary team in care. The method used was to perform risk stratification of patients already diagnosed with dyslipidemia and to apply a plan to investigate new cases. Patients participated in a schedule that included, in addition to medical consultations, nursing care, consultations with a nutritionist, physical activity groups supervised by the physical educator, guidelines in the form of educational lectures and scheduled returns to assess adherence to the proposed plan. The results found were 263 patients diagnosed with the disease, of which 85 patients adhered to the intervention plan. Risk stratification was performed for all participants, where the highest rate of patients with moderate cardiovascular risk was found (42 patients). High- and medium-risk patients were given priority in the care and referral to the nutritionist, with reassessed drug therapy. Low-risk patients who had good disease control had their medication suspended. Considering the participants in the intervention plan, the proposed objectives were achieved, however, the expectation is to include the other patients who have a diagnosis of dyslipidemia in the care plan. Another activity to highlight with the development of the project, was the implementation of multidisciplinary care for patients, therefore, it is hoped that the intervention plan will be transformed into a routine work proposal, where all patients who need assistance and follow-up are included in the intervention plan.

Keywords: dyslipidemia, healthy habits, multidisciplinary team.

1.INTRODUÇÃO

O Município de Mallet, localizado no sul do estado do Paraná possui uma população de 12.973 habitantes, segundo o censo de 2010. Estima-se que em 2020 essa população chegaria a 13.663 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE), o município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dois mini postos como ponto de apoio das unidades do interior da cidade. A UBS de Rio Claro do Sul, é uma área cem por cento rural que está situada cerca de 25 quilômetros do centro da cidade, a unidade abrange os seguintes distritos: Rio Claro do Sul, Colônia Passinhos, Colônia 1, Colônia 2, Colônia 3, Colônia 4, Colônia Linha Norte, Bairro dos Limas, Serpasta e Palmital. A UBS é composta pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma farmacêutica, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal, dois agentes comunitários de saúde, uma zeladora e três motoristas, além de contar com o apoio de alguns profissionais da equipe interdisciplinar, como psicólogo e fisioterapeuta. O atendimento médico é realizado de segunda a quinta feira por meio de consultas agendadas ou de demanda espontânea. Nas terças feiras, no período da tarde, são realizadas visitas domiciliares à pacientes que não podem se deslocar até a unidade seja por comorbidades incapacitantes ou ausência de meios de transporte.

Segundo os dados obtidos através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema fornecido pelo Ministério da Saúde, a população atual cadastrada é de 1.482 pessoas, desses, 797 homens e 685 mulheres, sendo a grande maioria de descendência polonesa e ucraniana. A UBS atende pacientes com condições socioeconômicas desfavoráveis que tiram da agricultura a sua renda, sendo a plantação de fumo e erva mate os produtos mais cultivados na comunidade. Os principais hábitos prejudiciais à saúde encontrados foram: sedentarismo, tabagismo, uso indevido de medicamentos controlados e o alcoolismo, dentre as vulnerabilidades pode-se destacar a condição de higiene precária, um baixo índice de saneamento básico adequado, contando com apenas 22,7% de cobertura de esgoto no município (IBGE), coleta de lixo inapropriada, a baixa escolaridade e o

difícil acesso a locais mais distantes também prejudicam o acesso e a qualidade de vida da população.

A procura pelo serviço de saúde se dá pelos diversos setores da unidade, como consultas médicas, serviços de enfermagem, consultas odontológicas, serviço de vacinação, farmácia e orientações em geral.

Por se tratar de uma comunidade que trabalha com a agricultura majoritariamente, uma das principais queixas que motivam a população buscar o atendimento são mialgia e lombalgia, além disso, existe a sazonalidade climática, como no inverno, há consultas por quadros de resfriado comum e pneumonia. Outra queixa frequente nas consultas são casos de vômitos e diarreia.

As doenças mais comumente tratadas e acompanhadas na unidade são hipertensão arterial sistêmica com 270 pacientes, dislipidemia com 246 pacientes, doenças mentais com 59 pacientes e diabetes mellitus com 26 pacientes, dados obtidos por meio do PEC, instrumento utilizado pela equipe para registro dos atendimentos. Por se tratar das doenças mais comuns na comunidade, esses grupos recebem acompanhamento periódico, com a frequência a depender da estratificação de risco. Um dos principais agravos que demandam atendimento de urgência na unidade são ferimentos por lesões cortantes relacionadas ao trabalho com machados e motosserras, nessas ocasiões, são avaliados os casos, realizado a limpeza e sutura do ferimento e ainda, casos mais graves são encaminhados para o hospital da cidade.

A dislipidemia é uma das principais doenças na comunidade e é caracterizada pela presença de níveis elevados de lipídios no sangue. É classificada de acordo com a fração lipídica alterada em: Hipercolesterolemia isolada: aumento isolado da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) ≥ 160 mg/dL; Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicérides (TG) ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum; Hiperlipidemia mista: aumento do LDL ≥ 160 mg/dL e dos TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum; Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) baixo: redução do HDL para homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL isolada ou em associação ao aumento de LDL ou de TG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017, p. 13).

Em avaliação dos 246 pacientes com o diagnóstico de dislipidemia, o que representa 16,59% dos pacientes cadastrados na UBS, pode-se observar características em comum, a citar: sedentarismo, dieta rica com alimentos gordurosos e embutidos, tabagismo, HAS e DM. Segundo a governabilidade, a dislipidemia se caracteriza por problema de controle total pois a solução depende do maior engajamento dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas e educadores físicos. A respeito da complexidade, a dislipidemia se classifica como problema estruturado pois as causas do mau controle lipídico estão bem estabelecidas, como as soluções que visam melhorar esses parâmetros e assim consequentemente a qualidade de vida dos pacientes.

O principal objetivo buscado em relação ao controle precoce da dislipidemia na comunidade é evitar as complicações graves como já citadas, além disso ensinar práticas saudáveis sobre o autocuidado com a saúde. Para se definir os parâmetros a serem alcançados deve-se primeiro estratificar o risco cardiovascular desses pacientes dislipidêmicos. A estratificação do risco cardiovascular se baseia na avaliação dos fatores de risco, tendo como principais: 1. Sexo masculino; 2. Idade: Homens ≥ 55 anos, Mulheres ≥ 65 anos; 3. Tabagismo; 4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos, Mulheres < 65 anos; 5. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125mg/dL, ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190mg/dL em 2 horas, ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%; 7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² ou Circunferência abdominal: Homens ≥ 102 cm, Mulheres ≥ 88 cm (LINHA GUIA DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 2018, pg. 49). Para pacientes que apresentarem dislipidemia mais: 1 fator de risco serão considerados de baixo risco; 2 fatores de risco – risco moderado; ≥ 3 fatores de risco e ou lesão em órgão alvo (doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus) – alto risco.

O Plano de Intervenção possui grande possibilidade de ser bem executado e trazer os resultados esperados pela equipe, pois, trata-se de intervenções que não dependem de alta densidade tecnológica e instrumentos complexos, apenas o apoio da equipe multidisciplinar e o acompanhamento integral da equipe da UBS.

1.1. JUSTIFICATIVA

A principal consequência da dislipidemia é a aterosclerose, isto é, acúmulo de lipídios na parede das artérias, que por sua vez provoca o estreitamento do canal arterial dificultando assim a passagem de sangue pelas artérias. Tal fator em associação com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) provoca consequências que em muitos casos podem ser fatais e em outros podem causar sequelas irreversíveis, como no caso de acidente vascular cerebral isquêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017, p. 3). Por tais motivos e pela alta prevalência de dislipidemia na comunidade é de suma importância intervir precocemente e orientar os pacientes da melhor maneira possível contando com o apoio da equipe multidisciplinar.

A abordagem da dislipidemia é um tema importante para todos da comunidade e principalmente para pacientes já diagnosticados, pois o tratamento precoce e oportuno evita complicações graves e fatais como no caso do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Os pacientes ao serem indagados a respeito da dislipidemia relatam sentir dificuldade em realizar exercícios físicos, principalmente sem o apoio de um profissional capacitado.

Exercícios físicos são eficazes principalmente como coadjuvantes da dieta no tratamento da dislipidemia associada à obesidade. Devem ser adotados com frequência de 3-6 vezes/semana e prescrição média de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Atividades aeróbicas, exercícios contra resistência e de flexibilidade estão indicados (CONITEC, 2019, p. 6).

Relatam, também, sentir dificuldade em organizar sua alimentação, com o que se deve comer ou evitar, as quantidades e tipos de alimentos adequados, por isso, acredita-se que com a participação de forma ativa do nutricionista e do educador físico, a comunidade receberia um suporte mais eficiente e estaria mais motivada para realizar mudança no estilo de vida e consequentemente no perfil lipídico.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma intervenção que garanta os níveis dos lipídios dentro da faixa de normalidade, bem como, orientar práticas saudáveis, como atividades físicas regulares, plano alimentar individualizado, prevendo os objetivos e metas de cada paciente, e assim incentivando-os a hábitos de vida saudáveis e evitando desfechos e possíveis complicações da doença na população da comunidade.

Toda a equipe estará engajada em cumprir esse objetivo, o qual deve ser colocado em ação de modo mais rápido possível, pois já se conta com um número considerável de dislipidêmicos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Manter o colesterol LDL em valores menores que 130 mg/dl para pacientes de baixo risco cardiovascular, pacientes com risco moderado o LDL deverá ser menor que 100 mg/dl e pacientes com alto risco o LDL deverá ser menor que 70 mg/dl.

- Buscar alcançar valores de colesterol total menor que 190 mg/dl, colesterol HDL maior que 50 mg/dl e triglicérides menor que 150 mg/dl.

3. MÉTODO

A equipe responsável pelo enfrentamento da dislipidemia na comunidade será composta pelo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), nutricionista e educador físico, cada um terá seu objetivo específico, mas sempre atuando de maneira conjunta, visando um cuidado integral e longitudinal a esses pacientes.

O médico será responsável pela avaliação clínica, exame físico, avaliação laboratorial, estratificação de risco cardiovascular assim como orientações gerais sobre mudanças no estilo de vida e tratamento medicamentoso quando necessário. A enfermeira será responsável pelas orientações gerais do cuidado, acompanhamento do paciente, assim como a prática de atividades físicas e aferição de medidas antropométricas. O ACS deverá realizar visitas domiciliares periódicas, certificar se o paciente está em uso dos medicamentos prescritos e fornecer orientações gerais a respeito de práticas saudáveis. A nutricionista será responsável por elaborar um plano dietético conforme a necessidade e condições de cada paciente, assim como orientações gerais a respeito de práticas saudáveis e retorno periódico conforme necessário. O educador físico será responsável pelo desenvolvimento de grupos de atividades físicas com o objetivo de ensinar e acompanhar esses pacientes na prática dos exercícios. Sempre que necessário será realizado reuniões de equipe para avaliar as metas e objetivos a serem traçados no controle da dislipidemia na comunidade.

Diante das características da população, já citadas, a equipe realizará uma intervenção mais detalhada adotando o método pesquisa-ação, com o acompanhamento longitudinal ao paciente dislipidêmico e aqueles indivíduos que apresentam fatores de risco ao desenvolvimento da dislipidemia.

Todo paciente diagnosticado com dislipidemia, receberá tratamento não farmacológico, aspecto fundamental no acompanhamento do paciente que inclui medidas direcionadas não somente à redução dos níveis de lipídios séricos, mas também a outros fatores de risco cardiovascular. Toda a equipe da UBS será responsável por orientar tais medidas que se baseiam na terapia nutricional, controle do peso corporal, prática de exercício físico, redução da ingestão de bebida alcoólica e cessação do tabagismo. Com o apoio do nutricionista os pacientes receberão plano alimentar, que orientará diminuir o consumo de alimentos de origem animal, em especial carne gordurosa, vísceras, leite integral e seus derivados, embutidos, pele de aves e gema de ovos, recomendando também a substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados, dando preferência por carne magra e peixe, assim como dar preferência por alimentos cozidos, grelhados, ensopados ou assados. A prática de exercício físico também deve ser incentivada

em toda consulta. Com o apoio do educador físico serão formados grupos de exercícios físicos que terão encontros com práticas físicas três vezes na semana. O apoio psicológico será destinado a pacientes dislipidêmicos que apresentam resistência ou dificuldade no abandono do tabagismo e alcoolismo assim como distúrbio alimentar identificado na consulta médica e de enfermagem.

O tratamento farmacológico com estatinas será destinado a pacientes com risco cardiovascular moderado ou alto, assim como pacientes de baixo risco que não atingiram a meta laboratorial lipídica no período de seis meses, cabendo ao médico decidir e avaliar as melhores decisões terapêuticas.

Como forma de apoio e avaliação se as metas terapêuticas tanto não farmacológica quanto farmacológica estão sendo cumpridas, todos os pacientes dislipidêmicos receberão um plano de cuidados com metas a serem atingidas que será avaliado pela equipe periodicamente (ANEXO I), também serão realizados encontros educativos, como forma de educação em saúde para a população, utilizando de apresentações em slide, cartilhas e vídeos educativos. Os encontros serão intercalados com todos os integrantes da equipe multiprofissional, para ministrar as palestras com objetivo de orientar os riscos dos níveis altos de colesterol e os benefícios de exercícios físicos regulares e alimentação saudável, tendo como indicador a quantidade de apresentações educativas realizadas em 6 meses, sendo considerado 4 palestras: ótimo, 3 palestras: bom, 2 palestras: regular e 1 palestra: ruim. Outra ação a ser realizada será o agendamento de consulta médica com frequência a depender do risco estratificado do paciente dislipidêmico, nessas consultas será avaliado o paciente como um todo assim como o cumprimento das medidas propostas, a dificuldade em realizar as mesmas e a solicitação do lipidograma de controle. Pacientes de baixo risco será agendado retorno a cada seis meses, os de moderado risco o agendamento será a cada quatro meses e os de alto risco a cada três meses. O indicador a ser avaliado será a porcentagem de pacientes que retornam à consulta agendada, tendo como parâmetros >70%: Bom, 30-70%: Regular, <30%: Ruim, sendo realizado busca ativa a pacientes faltosos. A última ação em ser avaliada em respeito aos pacientes dislipidêmicos será certificar o uso correto e contínuo dos medicamentos prescritos, assim como a suspensão quando necessário e investigar possíveis efeitos adversos, tendo como indicador a

pergunta sobre o uso das medicações em todas as consultas médicas e de enfermagem assim como nas visitas domiciliares pelos ACS, sendo considerado satisfatório se o paciente está usando de forma correta o medicamento.

Portando o principal pilar no tratamento e acompanhamento do paciente dislipidêmico da UBS de Rio Claro do Sul será o apoio interdisciplinar, com ênfase na mudança do estilo de vida, com orientações a respeito da alimentação saudável, prática de exercício físico diário, controle clínico e laboratorial periódico além de terapia farmacológica quando necessário.

QUADRO 1 – CRONOGRAMA COM AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE DE RIO CLARO DO SUL.

Data/Hora	Objetivo	Estratégia	Duração/participantes	Recursos utilizados
Agendamento prévio	Captar os dados antropométricos e sinais vitais dos pacientes	Consulta de enfermagem	10min/paciente	Consultório de enfermagem
Visita domiciliar	Identificar pacientes que tenham fatores de risco para dislipidemia e difícil acesso a UBS	Busca ativa pelo ACS	Pacientes Medico Enfermeiro ACS	Carro da UBS
Agendamento prévio	Iniciar o atendimento dos pacientes com fatores de risco	Consulta médica inicial com avaliação clínica,	20 min/paciente	Consultório médico Exames

	para dislipidemia	solicitação de exames complementares e orientações	Médico Todo paciente com suspeita de dislipidemia	laboratoriais
Agendamento prévio	Diagnosticar dislipidemia e acompanhar pacientes já diagnosticados, estratificação do risco cardiovascular, iniciar e/ou modificar tratamento e acompanhamento com equipe multidisciplinar Agendar retorno	Consulta médica, avaliação dos exames laboratoriais, iniciar tratamento não farmacológico a todos e farmacológico em pacientes com risco cardiovascular moderado a alto Inter consulta com educador físico e nutricionista Agendamento de retorno com a planilha de plano de cuidado: Alto risco a	20 min/paciente Médico Todo paciente com diagnóstico de dislipidemia Educador físico Nutricionista	Consultório médico Folha com Plano de cuidados. Espaços ao ar livre/academia ao ar livre Consultório de nutrição

		<p>cada 3 meses</p> <p>Risco moderado a cada 4 meses</p> <p>Baixo risco a cada 3 meses</p>		
Agendamento prévio	Orientações dietéticas, elaboração de plano alimentar e agendar retorno.	Consulta com nutricionista	<p>20 min/paciente</p> <p>Nutricionista</p> <p>Todo paciente com diagnóstico de dislipidemia</p>	Consultório de nutrição
Agendamento prévio	Acompanhamento e orientações sobre a prática de exercícios físicos, elaboração de grupos de exercícios físicos	Encontros 3 vezes por semana para prática grupais de exercícios físicos	<p>50min/grupos</p> <p>Educador físico</p> <p>Todo paciente com diagnóstico de dislipidemia</p>	Espaços ao ar livre/academia ao ar livre
Visita domiciliar	Avaliar o uso do medicamento conforme prescrito Orientações gerais	Visita domiciliares com frequência a depender da estratificação de risco	<p>20min/paciente</p> <p>ACS</p> <p>Motorista</p> <p>Todo</p>	Carro da UBS

			paciente com diagnostico de dislipidemia	
Agendamento prévio	Suporte psicológico a pacientes dislipidêmicos que apresentam dificuldade no abandono do tabagismo, alcoolismo e distúrbios alimentares	Consulta com psicólogo Inclusão no grupo de tabagismo	30 min/paciente Psicólogo	Consultório de psicologia Cartilha do grupo do tabagismo
A cada 2 meses, nas terças no período da tarde	Palestras educativas com objetivo de orientar os riscos de níveis altos colesterol, os benefícios de exercícios físicos regulares e alimentação saudável	Palestras intercaladas com o médico, enfermeira, nutricionista, educador físico e psicólogo.	1h/grupo Médico Enfermeira Nutricionista Educador físico Psicólogo Todo paciente com diagnostico de dislipidemia	Sala de reuniões Cartilhas/vídeos educativos

4. REVISÃO DA LITERATURA

A dislipidemia é definida como um distúrbio que eleva os níveis plasmáticos dos lipídeos, em conjunto com a hipertensão, pode ser um dos principais agravantes para as complicações de doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares. Quando associado a obesidade esse risco aumenta, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. (CARVALHO et al., 2007).

Vários estudos mostram a relação entre doenças arterial coronariana (DAC) com altas taxas de colesterol total sérico e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), além da correlação entre DAC e baixos índices de lipoproteínas de alta densidade (HDL) (CARVALHO et al., 2007).

O risco da doença aterosclerótica depende do sinergismo de vários fatores, que são individualizados, conseqüente de cada hábito de vida, grau da doença, outras comorbidades associadas entre outros fatores. Para isso, a estratificação de risco é aplicada e através de diversos algoritmos determina-se o grau de risco cardiovascular para cada paciente. (XAVIER et al., 2013)

Além da terapia medicamentosa, outras intervenções são fundamentais para o melhor controle da dislipidemia. A adoção de hábitos saudáveis de vida, como a maior ingestão de água, alimentos ricos em fibras (frutas, verduras, leguminosas), diminuição da ingestão de alimentos gordurosos, refrigerantes, álcool e cessação do tabagismo são fatores fundamentais no tratamento. A prática de atividade física regular também é muito importante para o melhor controle da doença além de evitar as possíveis complicações e resultar em um melhor prognóstico. (SANTOS, et al., 2001).

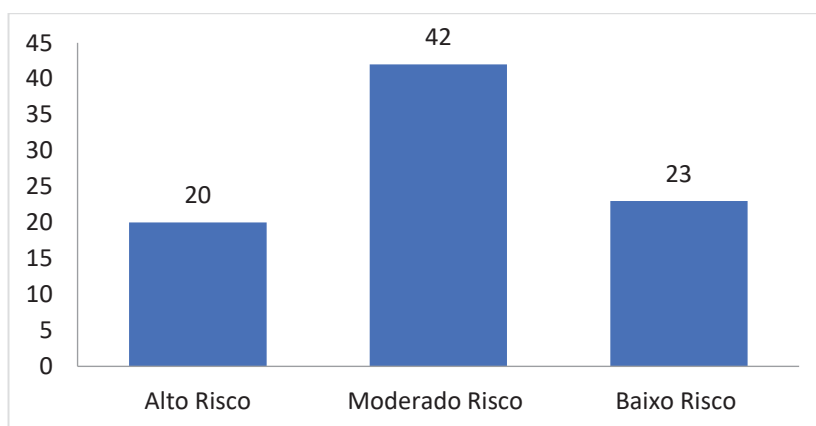
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Iniciado a programação do cronograma (QUADRO 1) na UBS de Rio Claro do Sul, pode-se identificar 17 novos casos de dislipidemia, totalizando 263 pacientes com o diagnóstico da doença na comunidade. No primeiro momento, através de

consultas médicas e de enfermagem, foram selecionados 85 pacientes com dislipidemia, o que representa 32% dos pacientes diagnosticados com a doença, nesse grupo, pode-se identificar que todos utilizavam estatinas como tratamento da dislipidemia, e que nenhum deles faziam acompanhamento com nutricionista e educador físico.

A estratificação do risco cardiovascular encontrado nos pacientes selecionados foram os seguintes: 20 indivíduos foram estratificados como alto risco, 42 como moderado risco e 23 como baixo risco, conforme demonstração no gráfico 1.

Gráfico 1 – Estratificação de risco cardiovascular dos participantes do plano de intervenção



Fonte: Felipe do Carmo Bogarin.

A primeira intervenção realizada pela equipe nesse grupo foi a realização de uma palestra educativa no qual teve o intuito de informar os pacientes a respeito da dislipidemia, seus fatores de risco, complicações, práticas saudáveis de vida e a distribuição do plano de cuidados individual, conforme o anexo 1.

Devido a pandemia de covid-19, a palestra foi realizada ao ar livre e contou com a presença de toda a equipe da UBS e também com o apoio da nutricionista que passou informações gerais a respeito de uma alimentação saudável. Outra ação desenvolvida com o apoio do educador físico foi a criação de grupos de exercícios físicos, que atualmente conta com cerca de 50% dos 85 pacientes do programa, que

então foram divididos em dois grupos, realizando encontros três vezes na semana para prática de exercícios físicos e caminhadas ao ar livre.

Conforme relatado anteriormente, nenhum dos pacientes passaram por consultas com a nutricionista, portanto, foi realizado encaminhamento prioritariamente dos pacientes com alto e moderado risco para avaliação e elaboração de plano de dieta alimentar. Durante a consulta médica, pacientes com baixo risco cardiovascular, que aderiram ao grupo de exercícios físicos e que trouxeram laboratório anterior com níveis controlados de colesterol e triglicérides, foi suspenso o uso da estatina e dada ênfase na terapia não farmacológica no controle da dislipidemia, com retorno nos próximos meses com o novo controle laboratorial sem o uso do medicamento.

Pacientes estratificados com alto e moderado risco cardiovascular, tiveram seus medicamentos em uso revistos, conforme os resultados dos exames laboratoriais, sendo que, a grande maioria dos pacientes com alto risco, estavam utilizando doses inferiores de estatinas que seriam necessárias para se obter os níveis lipídicos desejáveis.

Apesar do curto tempo transcorrido desde a introdução do cronograma de atividades e o plano de cuidados para o acompanhamento dos pacientes dislipidêmicos da UBS de Rio Claro do Sul, a equipe já pode observar ganhos positivos entre os participantes além de uma boa aceitação por parte da comunidade. O apoio realizado pela nutricionista e do educador físico estão sendo peças fundamentais no controle da dislipidemia nesses pacientes. O objetivo da equipe nos próximos meses é de captar todos os 263 pacientes já diagnosticados com dislipidemia, além de realizar o controle periodicamente dos pacientes conforme sua estratificação de risco, dar continuidade com a realização de palestras educativas bimestralmente e continuar com o apoio da equipe multiprofissional no cuidado do paciente dislipidêmico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral da realização do plano de intervenção na população da zona rural do município de Mallet é o de manter níveis dos lipídios dentro da faixa de normalidade bem como, orientar práticas saudáveis, como atividades físicas regulares, plano alimentar individualizado, prevendo os objetivos e metas de cada paciente, e assim incentivando-os a hábitos de vida saudáveis e evitando desfechos e possíveis complicações da doença na população da comunidade. Os objetivos específicos traçados foram: Manter o colesterol LDL em valores menores que 130 mg/dl para pacientes de baixo risco cardiovascular, pacientes com risco moderado o LDL deverá ser menor que 100 mg/dl, pacientes com alto risco o LDL deverá ser menor que 70 mg/dl e buscar alcançar valores de colesterol total menor que 190 mg/dl, colesterol HDL maior que 50 mg/dl e triglicérides menor que 150 mg/dl.

No primeiro momento, através da palestra educativa realizada pela a equipe da unidade em conjunto da nutricionista, foi possível orientar de forma geral a todos os pacientes com o diagnóstico de dislipidemia, a respeito da importância do exercício físico e a alimentação saudável no cuidado da dislipidemia. Como descrito anteriormente, pode-se alcançar os objetivos específicos em 85 pacientes dos 263 pacientes com o diagnóstico de dislipidemia.

Um dos principais pontos positivos no processo de intervenção a destacar foi a implementação de um cuidado compartilhado com o educador físico e a nutricionista, tendo como destaque a criação de grupos de exercícios físicos com encontros três vezes na semana e a criação de plano de dieta alimentar com alimentos específicos para cada paciente e retornos programados a depender da estratificação do risco. Além disso, outro ponto a destacar foi a revisão medicamentosa dos pacientes dislipidêmicos, sendo que em alguns casos os medicamentos hipolipemiantes foram retirados e em outros suas doses aumentadas, pois haviam pacientes que há anos estavam tomando os mesmos medicamentos, sem o acompanhamento adequado. Todos da equipe encontram-se determinados a captar os pacientes dislipidêmicos que ainda não realizaram consultas de reavaliação assim como a estratificação do risco cardiovascular.

A principal limitação encontrada em relação a implementação do cuidado ao paciente dislipidêmico atualmente se deve a pandemia de covid-19, o que tem limitado o número de consultas de acompanhamento assim como a restrição da

quantidade de pessoas por grupos de exercícios físicos e palestras educacionais. O principal potencial observado é o engajamento da comunidade nas praticas de cuidados não farmacológicos propostos no plano de intervenção.

Almeja-se que o plano de intervenção seja transformado em uma proposta de trabalho rotineira, onde todos os pacientes que necessitam de atendimento e acompanhamento para melhorar seus hábitos de vida, sejam incluídos no programa, trazendo principalmente intervenções não farmacológicas e interdisciplinares, promovendo uma vida mais saudável na comunidade de Rio Claro do Sul, no município de Mallet-PR.

REFERÊNCIAS

Faludi AA, Izar COM, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(2Supl.1):1-76

Disponível em:
<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA S.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf)>. Acesso 18 de set 2020

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010-2020.

Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/mallet/panorama>> Acesso em 22 de set 2020

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020. 88 p.: il.

Disponível em:
<https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/notatecnica_diabetes.pdf> Acesso em 05 de out 2020

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, Brasília – DF, CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS), janeiro 2019, 1-34. Disponível em:
<http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Dislipidemia_CP04_2019.pdf>. Acesso 18 de set 2020

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de hipertensão arterial / SAS. – 2. Ed. – Curitiba: SESA, 2018

Disponível em:
<<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/db5be589f90e.pdf>>. Acesso 18 de set 2020

CARVALHO, D. F., et al. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo, v. 10, n, 4, p. 91-8. 2007. Disponível em:. Acesso em: 30 dez. 2020.

SANTOS, R. D., et al. Prevenção da Aterosclerose: Dislipidemia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: . Acesso em: 28 dez. 2020

XAVIER, H.T., et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p1-22. 2013.

ANEXO I - PLANILHA

PLANOS DE CUIDADOS PARA PACIENTES DISLIPIDÊMICOS

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ ACS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: **Baixo** **Médio** **Alto**

Parâmetro	Meta	Atual	Meta pactuada	Atual	Meta pactuada	Atual	Meta pactuada
Data:							
Plano alimentar; Alimentação saudável;	Seguir plano nutricional						
IMC	18,5 e 25kg/m ²						
Circunferência abdominal	< 88 cm em mulheres < 102 cm em homens						
Atividade física;	150 min/semana						
Fumo	Não fumar						
Glicemia de jejum	< 100 mg/dl						
Colesterol total	< 190						
Colesterol LDL	< 70 - 130 mg/dl – a depender da estratificação de risco						
Colesterol HDL	> 50 mg/dl						
Triglicerídeos	< 150mg/dl						

Medicamento	Posologia	Orientações

Orientações básicas sobre alimentação:

- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos (como salsicha, linguiça, salame e mortadela), conservas, enlatados, defumados, salgados de pacote e fast food;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos, doces recheados, sobremesas e outras guloseimas por frutas in natura;
- Fracionar a alimentação em seis refeições, sendo três principais (ou maiores) e três lanches. Quanto a forma de preparo, preferir grelhados, assados ou cozidos. Legumes podem ser feitos no vapor ou crus;
- Redução da ingestão de gordura saturada e colesterol: evitar leite e derivados integrais, evitar consumo de carnes gordas, evitar consumo de pele de animais, evitar embutidos e reduzir o consumo de manteiga;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos de cores consumidos durante a semana;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verdes escuras e produtos lácteos, de preferência desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender as exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família;
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;

ORIENTAÇÕES:

Mallet, ____/____/____

Assinatura do paciente

Próxima avaliação:

Data