



Cartilha para orientação e promoção da saúde de pacientes dislipidêmicos

Booklet for guidance and health promotion of dyslipidemic patients

Daniela Panzarini Gonçalves¹, Júlio César Araújo Pimenta Chaves², Julia Souza Gameiro Rondon de Barros¹, Delcio Gonçalves da Silva Junior³

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp

² Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

³ Orientador acadêmico

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

*Autor

correspondente:
Delcio Gonçalves da
Silva Jr, Hospital
Universitário Maria
Aparecida Pedrossian
– HUMAP.

E-mail do autor:
delcio.junior@ebserh.
gov.br

Resumo

Objetivo: Construção de uma cartilha de orientação ao paciente para o controle de dislipidemia, juntamente com o processo de produção e aplicação desta no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). **Métodos:** A metodologia de pesquisa utilizada foi um levantamento bibliográfico sobre as causas e tratamentos para dislipidemia, produção de uma cartilha de orientação ao paciente com imagens e gráficos desenvolvidos pelos próprios autores e validação da mesma por profissionais de saúde e orientadores do projeto para disponibilização na comunidade. **Justificativa:** A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídios (gorduras)¹ com uma prevalência de 43 à 60% na população geral, sendo seu diagnóstico e tratamento adequados majoritariamente de responsabilidade da Atenção Primária². Dessa forma, auxiliar os profissionais da saúde a aumentar a adesão dos pacientes dislipidêmicos ao tratamento é de extrema importância.

Abstract

Objective: construction of a patient guidance booklet to aid dyslipidemia control, describing its production process with subsequent application of the booklet at the University Hospital of Mato Grosso do Sul. **Methods:** The research methodology used was a bibliographic survey on the causes and treatments for dyslipidemia, production of a patient guidance booklet with images and graphics developed by the authors themselves and subsequent validation of the booklet by health professionals and project advisors to make the booklet available to the community. **Justification:** Dyslipidemia is defined as a disorder that alters serum levels of lipids (fats) (1) with a prevalence of 43 to 60% in the general population, with adequate diagnosis and treatment being mostly the responsibility of Primary Care. (2) Therefore, helping healthcare professionals increase dyslipidemic patients' adherence to treatment is extremely important.

Key-words:

*Dyslipidemia. Booklet.
Patient orientation.*

1. Introdução

A dislipidemia é definida, consoante à Sociedade Brasileira de Cardiologia², como a alteração dos lipídios no sangue, podendo ser analisada no aumento de LDL, HDL, triglicerídeos e na diminuição do HDL. Sua principal causa é o consumo exagerado e desproporcional de gorduras e açúcares, tendo em vista a necessidade e limitações desses macronutrientes em cada metabolismo. Além disso, é associada a fatores como o sedentarismo e a genética (hipercolesterolemia familiar).

Nesse sentido, trata-se de um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, as quais correspondem à principal causa de morte no mundo moderno¹⁰. A principal consequência da dislipidemia, de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose², é a própria aterosclerose que é conceituada como uma doença inflamatória crônica, a qual ocorre devido à agressão ao endotélio vascular². Essa condição leva à formação de placas ateroscleróticas nas artérias, resultando em um aumento significativo do risco de doenças cardiovasculares, como a Doença Arterial Coronariana (DAC), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doença Vascular Periférica (DVP).

O tratamento adequado das doenças dislipidêmicas depende do nível de risco de cada indivíduo², podendo ser avaliado de forma não medicamentosa, apenas com mudanças de hábitos de vida, ou de forma medicamentosa, utilizada nos casos mais complexos dessa enfermidade.

Portanto, essa abordagem deve ser feita por meio de equipes multiprofissionais, para abranger mudanças de hábitos de vida associados a tratamentos medicamentosos, se necessário. Durante o tratamento da Dislipidemia é importante que o paciente desenvolva autocuidado, que deve ser estimulado pela equipe de saúde que o acompanha, por meio do diálogo aberto e educativo visando possibilitar o esclarecimento de dúvidas sobre complicações, fatores de risco e tratamento.

condição clínica, influenciando positivamente na adesão terapêutica.⁶ Os instrumentos educativos utilizados se baseiam em reuniões individuais, palestras, visitas domiciliares e materiais educacionais escritos, como as cartilhas, as quais são o método de intervenção realizado com maior frequência e eficiência.⁷

A implementação de uma cartilha educativa voltada à saúde do paciente com alteração de colesterol facilita o processo de aprendizagem, por se tratar de um material que contém uma didática simples, oferecendo informações que direcionam o paciente à realização correta das ações de autocuidado, refletindo positivamente em sua autonomia. Somado a isso, é um material benéfico à instituição, uma vez que possibilita orientação e maior adesão ao tratamento com baixo custo, da mesma forma que diminui o tempo das consultas devido sua funcionalidade.

A cartilha representa um material educacional transladável, que exerce a função de capacitar e incentivar o paciente durante o processo de adaptação ao tratamento, e pode ser consultado a todo momento, auxiliando no seu cotidiano, sendo assim, uma estratégia benéfica aos pacientes e profissionais da saúde.⁸

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi o desenvolvimento de uma cartilha de orientação ao paciente para melhora no quadro de pacientes dislipidêmicos na atenção primária em saúde.

1.1 Revisão Bibliográfica

1.1.1 Etimologia

A palavra "dislipidemia", de acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa¹⁵, é formada por elementos de origem grega, sendo sua etimologia composta por: Dis-: Prefixo grego que significa "dificuldade", "anormalidade" ou "alteração"; Lipo-: Derivado do grego "lípos" (*λίπος*), que significa "gordura" ou "gordo; -Emia:

Sufixo de origem grega "-aima" (αἷμα), que significa "sangue".

Portanto, "dislipidemia", na origem de sua palavra, refere-se a uma condição caracterizada por níveis anormais de lipídios (gorduras) no sangue.¹³

1.1.2 Contexto Histórico

A história da dislipidemia tem suas raízes nos estudos sobre a aterosclerose e o metabolismo lipídico. Em 1913, os cientistas russos Anitschkow e Chalatov¹² conduziram experimentos pioneiros alimentando coelhos com colesterol dissolvido em óleo de girassol.

Esses estudos demonstraram que os coelhos desenvolviam aterosclerose, estabelecendo uma conexão crucial entre a ingestão de colesterol e o desenvolvimento da doença. Essa descoberta identificou o colesterol como um agente dietético essencial na aterogênese e pavimentou o caminho para futuras pesquisas.

No entanto, mesmo antes desse avanço, em 1908, Ilya Metchnikov¹², ganhador Prêmio Nobel da época, realizou trabalhos significativos nesse âmbito, evidenciando a importância de fatores dietéticos e do estilo de vida na prevenção de doenças crônicas, incluindo a aterosclerose.

Em 1929, Macheboeuf¹² isolou a lipoproteína alfa equina, conhecida hoje como HDL (lipoproteína de alta densidade). Todavia, as limitações técnicas da época dificultaram o progresso na caracterização e quantificação das lipoproteínas. A crescente evidência da importância dos lipídios no sangue incentivou mais estudos e avanços tecnológicos.

Assim, durante a Segunda Guerra Mundial, houve um avanço significativo nas metodologias de fracionamento de proteínas plasmáticas. Cohn e colaboradores desenvolveram técnicas para separar e medir lipoproteínas¹², permitindo uma análise mais detalhada das partículas lipídicas e sua associação com a aterosclerose. Esses avanços facilitaram a compreensão dos mediadores do transporte de colesterol no sangue e estabeleceram bases para estudos futuros. Nos anos 1950 e 1960, o

desenvolvimento de técnicas como a eletroforese de zona e a ultracentrifugação densimétrica permitiu a separação e caracterização das lipoproteínas¹².

Essas inovações levaram à criação de nomenclaturas e índices que são utilizados até hoje para avaliar o risco de doenças cardiovasculares. Assim, a capacidade de medir e classificar as lipoproteínas tornou-se um marco importante na pesquisa de dislipidemia e aterosclerose.

Na década de 1970, estudos epidemiológicos começaram a mostrar que níveis elevados de HDL-C estavam inversamente correlacionados com eventos de doenças cardiovasculares (DCV)¹². Isso sugeriu que o HDL-C poderia ter um papel protetor contra essas doenças, destacando a importância de monitorar e entender diferentes tipos de lipoproteínas no sangue.¹²

Na prática clínica hodierna, a gestão da dislipidemia envolve uma abordagem multifacetada, incluindo mudanças no estilo de vida, dietas específicas, e uso de medicamentos. A pesquisa contínua busca identificar biomarcadores mais precisos e desenvolver tratamentos que melhorem a funcionalidade dos lipídios, além de seus níveis, para uma prevenção mais eficaz das doenças cardiovasculares.

1.1.3 Classificação das dislipidemias

As Dislipidemias, de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose², podem ser classificadas em Dislipidemias Primárias e Dislipidemias Secundárias.

As Dislipidemias Primárias são aquelas de origem genética, sem causas aparentes externas, e podem ser classificadas de duas formas principais:

Genotipicamente:

- Monogênicas: Causadas por mutações em um único gene.
- Poligênicas: Resultantes da interação de múltiplas mutações genéticas que isoladamente não teriam grande impacto, mas em conjunto causam dislipidemia.

Fenotipicamente:

- Hipercolesterolemia isolada: Elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl).
- Hipertrigliceridemia isolada: Elevação isolada dos triglycerídeos (≥ 150 mg/dl), refletindo aumento de partículas ricas em triglycerídeos.
- Hiperlipidemia mista: Aumento dos níveis de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e triglycerídeos (≥ 150 mg/dl).
- HDL-C baixo: Redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl), isolada ou associada a aumento de LDL-C ou triglycerídeos.

Já as dislipidemias secundárias são aquelas decorrentes de outras condições médicas ou do uso de certos medicamentos. As causas comuns incluem:

- Hipotireoidismo: Aumento do LDL-C devido à redução dos receptores hepáticos para remoção dessas partículas.
- Hepatopatias: Doenças como cirrose biliar e colangite esclerosante.⁷
- Doenças Autoimunes: Lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, entre outras.
- Síndrome Nefrótica: Alterações nos níveis de lipídios plasmáticos, incluindo hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
- Uso de Medicamentos: Antirretrovirais, imunossupressores, contraceptivos, entre outros.

D) EPIDEMIOLOGIA: Segundo a Organização Mundial da Saúde¹³ as doenças cardiovasculares, causadas predominantemente pela hipercolesterolemia, são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de óbitos, representando 44% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e 31% de todas as mortes globais em 2016. No cenário brasileiro, essas doenças resultaram em 400 mil óbitos somente em 2019¹⁴, correspondendo a 48% do total de mortes no país, ou seja, as dislipidemias, têm um impacto significativo tanto no Brasil quanto no

mundo. Assim, é importante citar que a alta prevalência de dislipidemias está associada aos estilos de vida modernos, que frequentemente incluem dietas ricas em gorduras saturadas e trans, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. No âmbito nacional, consoante aos dados disponibilizados pelo Ministério da saúde, esse estilo de vida custa ao Sistema Único de Saúde (SUS), anualmente, 1,3 bilhão de reais em média¹⁴, seja com o tratamento ambulatorial, seja com o tratamento hospitalar e suas complicações. O diagnóstico de dislipidemia baseia-se na dosagem de lipídios séricos em jejum. Os valores desejados se encontram na tabela 1 abaixo²:

Tabela	CT	LDL	HDL	TG
Homens	Abaixo de 190mg/dl	Menor que 100mg/dl	Acima de 40mg/dl	Abaixo de 150mg/dl
Mulheres	Abaixo de 190mg/dl	Menor que 100mg/dl	Acima de 50mg/dl	Abaixo de 150mg/dl

Ademais, existem metas lipídicas que auxiliam no tratamento e cuidado com as dislipidemias, evidenciando o seu nível de risco. Os valores e suas referências se encontram na tabela abaixo:

Tabela 2- Metas Lipídicas de acordo com o risco cardiovascular²:

Nível de risco	Meta Primária-LDL-C (mg/dl)	Metas Secundárias (mg/dl)
MUITO ALTO	LDL-C<50	Colesterol não-HDL<80
ALTO	LDL-C<70	Colesterol não-HDL<100
INTERMEDIÁRIO	LDL-C<100	Colesterol não-HDL<130
BAIXO	Meta individualizada	Meta individualizada

E) TRATAMENTOS: O manejo da dislipidemia envolve uma combinação de abordagens medicamentosas e não medicamentosas, cada uma desempenhando um papel crucial na redução dos níveis lipídicos e na prevenção de complicações cardiovasculares

Tratamentos não medicamentosos:

1. Mudanças no estilo de vida:

- Dieta: É crucial seguir uma alimentação

saudável, reduzindo gorduras saturadas, gorduras trans, colesterol e carboidratos simples. Incluir mais fibras, gorduras insaturadas (como as encontradas em peixes, nozes e azeite de oliva) e fitoesteróis pode melhorar os níveis lipídicos no sangue.

- Exercício físico: A prática regular de atividades como caminhada, corrida, natação ou ciclismo é recomendada. Devem ser adotados com frequência de 3-6 vezes/semana e a prescrição média de 150 minutos semanais ajudam a aumentar o colesterol HDL e reduzir o LDL e os triglicerídeos².

- Perda de peso: Para pessoas com sobrepeso ou obesidade, perder peso pode melhorar significativamente o perfil lipídico. Isso pode ser alcançado com uma combinação de dieta saudável e exercícios.

- Cessação do Tabagismo: Parar de fumar é essencial, pois o tabagismo pode diminuir o colesterol HDL e aumentar o risco de doenças cardiovasculares. O tratamento inclui duas etapas: abordagem cognitivo-comportamental e, se necessário, farmacoterapia.

2. Intervenções Comportamentais:

- Educação e Aconselhamento: Programas educacionais sobre saúde e aconselhamento nutricional ajudam os pacientes a entender a importância das mudanças no estilo de vida e a adotar hábitos saudáveis a longo prazo.

- Suporte Psicossocial: Oferecer suporte emocional pode ser benéfico para ajudar os pacientes a lidar com o estresse e a ansiedade, que podem afetar negativamente a adesão ao tratamento e aos comportamentos saudáveis.

Tratamento medicamentoso:

- Estatinas: Primeiro grupo de fármacos a apresentar evidência de benefício no tratamento da dislipidemia. As estatinas reduzem os níveis de LDL e triglicerídeos, aumentam o HDL e ocupam um papel significativo na prevenção de eventos cardiovasculares. As melhores e mais contundentes evidências no que se refere à prevenção de mortalidade com o tratamento da dislipidemia são disponíveis para simvastatina e

pravastatina².

- Fibratos: Seus representantes apresentam diferentes características e mecanismos de ação, sendo necessário sua avaliação individual. Demonstraram benefícios na redução de eventos cardiovasculares maiores e coronarianos, logo, os fibratos são particularmente úteis em pacientes com hipertrigliceridemia grave, onde o risco cardiovascular é aumentado devido aos altos níveis de triglicerídeos².

- Ácido nicotínico: Também designado por vitamina PP, vitamina B3 ou niacina. Pode ser usada para modificar o perfil lipídico, aumentando a concentração plasmática de HDL². Esses medicamentos são parte importante da abordagem terapêutica para dislipidemias, sendo prescritos de acordo com as necessidades individuais do paciente e sob orientação médica para maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados ao tratamento.

2. Material e Métodos

A metodologia utilizada na produção desse trabalho acadêmico foi uma pesquisa-ação dividida em três passos fundamentais, sendo estes: a observação, a análise e a produção. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa-ação é um método de condução de pesquisa aplicada, orientada para identificação de problemas e busca de suas soluções.¹¹ Desse modo, no primeiro passo, foi observada uma demanda de aparatos para uma maior eficiência dos processos de integralidade e longitudinalidade no diagnóstico e tratamento de pacientes afetados pelo quadro de dislipidemia no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). Assim, após reuniões e discussões sobre o assunto, buscou-se o planejamento resolutivo dessa problemática, colocando em prática o segundo passo, no qual os indivíduos envolvidos na pesquisa realizaram um levantamento bibliográfico analisando-o e relacionando-o com a realidade médica do estado de Mato Grosso do Sul. Após esses dois processos, avaliou-se a necessidade da elaboração de uma cartilha para orientação e promoção da saúde de pacientes dislipidêmicos,

a qual foi feita buscando um viés prático e didático, uma vez que tem como objetivo o seu uso pela comunidade não médica. Dessa forma, a elaboração de imagens e gráficos que facilitem a compreensão foi utilizada para facilitar esse processo pedagógico.

3. Justificativa.

O boletim epidemiológico de dislipidemia dos funcionários do Banco do Brasil/CASSI⁹ observou-se que a prevalência de dislipidemia no estado de Mato Grosso do Sul, no intervalo dos anos de 2016 a 2021, correspondeu a 24,92%. Considerando a população do estado no último censo (2014) sendo de 2,62 milhões, constata-se que cerca de 650.000 indivíduos sul-mato-grossenses sofrem dessa enfermidade. Além disso, o quadro dislipidêmico se enquadra como importante fator de risco para doenças cardiovasculares, as quais tem o maior índice de mortalidade na nação brasileira, de acordo com o Cardiômetro da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁰. Esses dados indicam que a dislipidemia é uma problemática relevante e atual para a saúde pública. A partir dessas informações, a construção de uma cartilha de orientação ao paciente é de extrema relevância, visto que, a dislipidemia é uma condição que afeta grande parte da população brasileira. Todavia, é uma condição reversível com mudanças de hábitos e medicamentos podendo assim evitar piora no quadro e mitigar as mortes por problemas cardiovasculares no país, resultantes dessa patologia. Logo, uma cartilha aproximando o tratamento do paciente e trazendo luz, de forma inteligível e simples, às principais causas, consequências e mudanças de hábitos necessários para superar tal quadro, objetiva-se aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento e melhorar a qualidade de vida da população.

4. Resultados.

Através do levantamento de bibliografia e outros exemplos de cartilhas informativas similares, construímos um modelo de fácil compreensão e ampla informação sobre os alimentos ideais para controle de dislipidemia e quais devem ser evitados assim como orientações de hábitos de vida. A cartilha consiste em treze páginas sendo as duas primeiras a capa com título convidativo ao paciente e um breve sumário, e as duas últimas de agradecimentos e referências. O manual conta ainda com definições sintetizadas sobre dislipidemia (pagina 1), as principais causas (pagina 2), imagens e textos breves de linguagem simples trazendo um comparativo de hábitos saudáveis e não saudáveis (pagina 3), a imagem de como deve ser o prato de comida do paciente considerando as proporções ideais de verduras, carboidratos e proteínas (pagina 4), um quadro comparativo de quais alimentos evitar e quais preferir em um contexto de pacientes que vivem com dislipidemia (pagina 5), explicações didáticas do significado de termos médicos e laboratoriais para facilitar o entendimento dos pacientes quanto ao seu resultado de exames juntamente com um gráfico comparando o aumento do consumo de gorduras com o surgimento de arteriosclerose (pagina 9) e uma tabela com valores de referência para LDL, HDL e VLDL (pagina 7). Na cartilha consta, ainda, uma tabela em branco para o paciente preencher de acordo com seus remédios objetivando auxiliar na polifarmácia que tão rotineiramente acompanha pacientes dislipidêmicos (pagina 9) assim como referências usadas na sua criação. Cartilha em anexo.

5. Discussão.

A aderência ao tratamento não farmacológico de mudança de estilo de vida (MEV) é um dos principais desafios na atenção à saúde. Muitas vezes as informações múltiplas e extensas passadas nas consultas dificultam a retenção e até mesmo a compreensão da informação. A transmissão do que se deseja em aderência ao estilo de vida conforme a

Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose ² foi traduzido de maneira lúdica com simplificação das informações em forma de figuras e gráficos para facilitar e oferecer um material para consulta diária do paciente, de forma colorida e sintetizada para que os pacientes tenham um fácil entendimento do que se deseja no controle da dislipidemia de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia ³. No artigo de Torres “O processo de elaboração de cartilha para orientação do autocuidado no programa educativo de Diabetes” é comprovada a eficácia de uma cartilha de orientação ao paciente e, baseando-se no sucesso relatado pelo autor, acreditamos que a implantação da cartilha no HUMAP trará resultados semelhantes contribuindo para maior sucesso no controle desta doença no Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul. Quanto às perspectivas futuras, espera-se aumentar a aderência dos pacientes perante às orientações médicas e melhorar os resultados no controle da dislipidemia através de um material de fácil compreensão e próximos à realidade em que os pacientes de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, vivem. Avaliações posteriores ou futuras dessa aderência e controle poderão ser aferidas em um estudo posterior.

6. Conclusão.

Foi construída uma cartilha de orientação ao paciente de metodologia simplificada para a aderência a medidas de estilos de vida para o controle da dislipidemia baseada nas orientações das Diretrizes Brasileira De Dislipidemia para ser implementada no HUMAP.

7. Agradecimentos

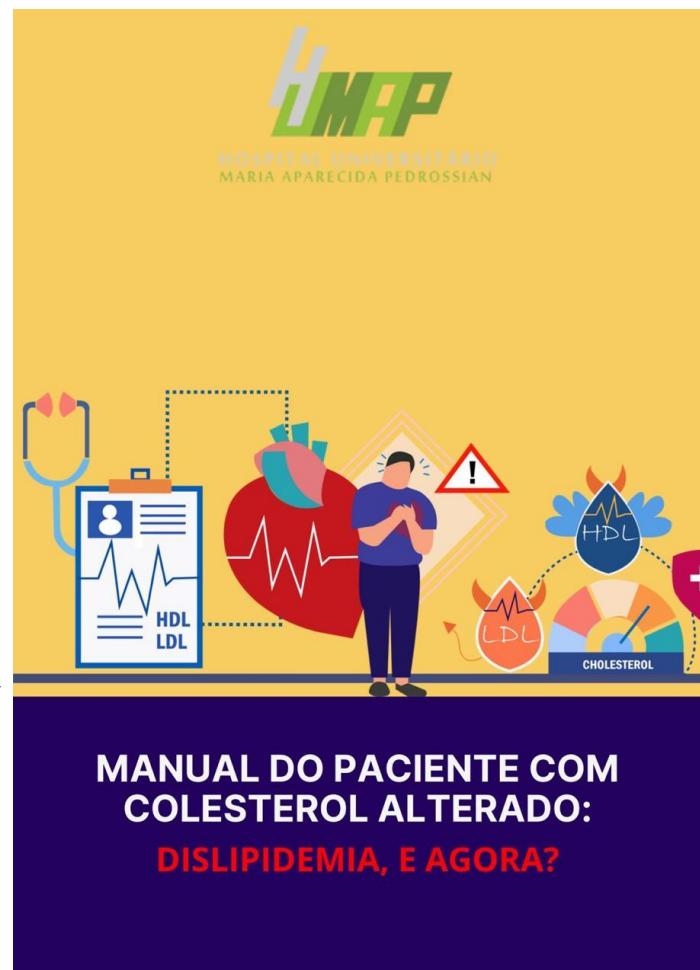
O presente trabalho foi realizado com o apoio da equipe de pesquisa do HUMAP coordenada pelo orientador do projeto, Dr. Delcio Gonçalves da Silva Junior, cujo se disponibilizou incessantemente a contribuir para o êxito da cartilha de orientação ao paciente sobre a dislipidemia.

Agradecemos também a equipe de médicos e Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde

acadêmicos do ambulatório cardiológico do Hospital Universitário da UFMS que tão prontamente aceitaram utilizar o manual nas consultas.

Ademais, a gratidão ao orientador Dr. Delcio Gonçalves da Silva Junior é imensurável, uma vez que o projeto não seria possível sem sua dedicação com o mundo da pesquisa e sua paciência infindável com nós acadêmicos.

8. Anexo



SUMÁRIO

- O QUE É DISLIPIDEMIA.....P. 01
- PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS.....P. 02
- CAUSAS DA DISLIPIDEMIA.....P. 03
- ESTILO DE VIDA.....P. 04
- SOBRE OS SEUS EXAMES.....P. 05
- CUIDADOS A MAIS.....P. 06
- VALORES DE REFERÊNCIA.....P. 07
- COMO CONTROLAR A DISLIPIDEMIA.....P. 08
- AUTORES.....P. 09
- REFERÊNCIAS.....P. 10

O **OBJETIVO** desse manual é facilitar o entendimento a respeito da dislipidemia.

DISLIPIDEMIA é o nome dado para a doença que ocorre quando os níveis de gordura no sangue estão alterados, tanto para **MAIS** (hiperlipidemia) quanto para **MENOS** (hipolipidemia).

Quais são as **CONSEQUÊNCIAS** dessas alterações?

ATEROSCLEROSE



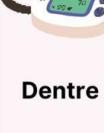
AVC (acidente vascular cerebral)



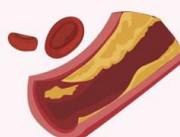
ATAQUE CARDÍACO



HIPERTENSÃO ARTERIAL



Dentre essas consequências, a **ATEROSCLEROSE** é a **PRINCIPAL**



Significa o acúmulo de gordura nas paredes das artérias, provocando seu "entupimento"

01

O QUE CAUSA A DISLIPIDEMIA?

As causas podem ser:

Primárias, quando a alteração é de origem **genética**

Secundárias, quando a doença ocorre decorrente do

estilo de vida inadequado

O QUE SERIA UM ESTILO DE VIDA INADEQUADO?



TABAGISMO



CONSUMO DE ÁLCOOL



EXCESSO DE PESO



FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA



ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

Alimentos industrializados e gordurosos



02

E O ESTILO DE VIDA ADEQUADO?

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EQUILIBRADA

Frutas, verduras, legumes, carboidratos e proteínas

Controle o sal!

A quantidade diária recomendada é menos que 5g

O que equivale a 1 colher rasa de chá

EVITE BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARRO



EVITE CONSUMIR CARNES GORDAS



MANTENHA-SE ATIVO!

Caminhadas ao livre, passeios com o cachorro, andar de bicicleta, prefira escadas a elevadores

Tente realizar 150 minutos de exercício físico por semana



COMO DEVE SER MEU PRATO?



- Metade deve ser dividida igualmente em cereais integrais e proteínas brancas (peixes e frango).



- Metade deve ser verde (frutas, legumes e saladas).



01

ALIMENTAÇÃO

PREFIRA ✓



EVITE ✗



VOCÊ JÁ VIU NO SEU EXAME?



LDL: Conhecido como colesterol "ruim". É uma proteína que transporta moléculas de colesterol do fígado para o sangue. Em excesso, essa lipoproteína faz mal ao organismo, podendo causar arterosclerose.



HDL: colesterol "bom". É uma proteína que transporta as moléculas de colesterol do sangue para o fígado. Essa lipoproteína é benéfica ao organismo, pois é responsável por tirar colesterol das placas.



TRIGLICERÍDEOS: assim como o colesterol, os triglicerídeos fazem parte das gorduras presentes na corrente sanguínea e tem função de reserva energética para o nosso organismo

Quanto mais gordura Mais placas



Quanto menos gordura menos placas



CUIDADOS A MAIS QUE DEVO TOMAR...

Controle do peso

Meça seu peso semanalmente!

A redução do peso ajuda a controlar os níveis de gordura no sangue.



Valores de Referência

Nível de risco	Meta Primária-LDL-C (mg/dl)	Metas Secundárias (mg/dl)
MUITO ALTO	LDL-C<50	Colesterol não-HDL<80
ALTO	LDL-C<70	Colesterol não-HDL<100
INTERMEDIÁRIO	LDL-C<100	Colesterol não-HDL<130
BAIXO	Meta individualizada	Meta individualizada



Como controlar?

A MUDANÇA DE HÁBITOS COMO ALIMENTAÇÃO E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DIARIAMENTE CONSEGUE ALTERAR OS NÍVEIS DE COLESTEROL NO SANGUE ATÉ MESMO SEM MEDICAMENTOS.

GUIDE DOS SEUS HÁBITOS E GUIDE DE VOCÊ!



COMO ANDA SEU TRATAMENTO?

Consulte seu médico!

Quanto tempo faz desde sua última consulta?



TABELA DE REMÉDIOS

AUTORES

- JULIA SOUZA GAMEIRO RONDON DE BARROS
 - JÚLIO CÉSAR ARAÚJO PIMENTA CHAVES
 - DANIELA PANZARINI GONÇALVES

ORIENTADOR

DR. DELCIO GONÇALVES



REFERÊNCIAS

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIA E ARTEROSCLEROSE

GUIA ALIMENTAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



9. Referências

1. Saúde Saúde [Internet]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/mercado/boletim-saude-e-economia/boletim-saude-e-economia-no-6/@download/file>.
2. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013Oct;101(4):1–20. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S010>.
3. Ministerio da Saúde [internet]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/publicações_ms/pcdt_dislipideia_prevencaoeventoscardiovascularesepancreatite_isbn_18-08-2020.pdf.
4. Prefeitura de Londrina [internet]. available from: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DAPS/LINHA_GUIA/GUIA_R%C3%81PIDO_DISLIPIDEMIA_atualizado_CORRIGIDO.pdf.
5. Unimed Campinas [internet]. Available from: <https://www.unimedcampinas.com.br/blog/cuidado-continuo/colesterol-total-entenda-o-que-e-e-qual-o-valor-normal>.
6. Pacheco AE, Antunes MJM. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. Rev Eletrônica de Gestão & Saúde. 2015;6(3):2907-18.
7. Nóbrega AJS, Resqueti VR. Intervenções educacionais para pessoas com hipertensão arterial. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva. Artmed Panamericana. 2018; 2: 39–72 13.
8. Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilha para orientação do autocuidado no programa educativo de Diabetes. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 312-316.
9. Dislipidemia boletim epidemiológico CASSI <https://aseportali7b47c5c768.blob.core.windows.net/blobaseportali7b47c5c768/wp-content/uploads/2024/06/Boletim-dislipidemia-D.pdf>.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Número de mortes anuais por doenças cardiovasculares [Internet]. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/>.
11. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. Sociedade em Debate. 2001.

- 12.Oda MN. High-density lipoprotein cholesterol. *Curr Opin Endocrinol Amp Diabetes Obes* [Internet]. Abr 2015 [citado 18 jul 2024];22(2):133-41. Disponível em:
<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000139>.
 - 13.World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>.
 - 14.De Oliveira LB, De Carvalho IB, Dourado CS, Dourado JC, Do Nascimento MO. Prevalência de dislipidemias e fatores de risco associados. *J Health Amp Biol Sci* [Internet]. 3 out 2017 [citado 18 jul 2024];5(4):320. Disponível em:
<https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i4.1306.p320-325.2017>.
 - 15.Priberam. Dislipidemia. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em:
<https://dicionario.priberam.org/dislipidemia#:~:text=Origem%20etimol%C3%B3gica%3Adis%2D%20%2B%20grego,%2C%20subst%C3%A2ncia%20gorda%20%2B%20%2Demia. Acesso em: 16 jul. 2024.>

Recebido pelo avaliador em: 03/02/2025

Aprovado em: 30/07/2025



 Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional