



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

HERVESSON PEREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPINA GRANDE – PB
JUNHO 2016**

HERVESSON PEREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado ao Curso de Graduação
Farmácia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria do Socorro
Ramos de Queiroz.

**CAMPINA GRANDE- PB
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Hervesson Pereira.
Avaliação do perfil lipídico em usuários da Estratégia Saúde da Família [manuscrito] / Hervesson Pereira Silva. - 2016.
38 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Departamento de Farmácia".

"Co-Orientação: Prof. Dr. Harley da Silva Alves, Departamento de Farmácia".

1. Dislipidemias. 2. Lipídeos. 3. Doenças degenerativas. 4. Metabolismo. I. Título.

21. ed. CDD 616.39

HERVESSON PEREIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado ao Curso de Graduação
Farmácia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em 01/06/2016

BANCA EXAMINADORA

Maria do Socorro Ramos de Queiroz
Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Ramos de Queiroz / UEPB
Orientadora

Heronides dos Santos Pereira
Prof. Dr. Heronides dos Santos Pereira / UEPB
Examinador

Harley da Silva Alves
Prof. Dr. Harley da Silva Alves / UEPB
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por noretar minha vida.

Aos meus pais e irmãos pelo exemplo, incentivo, amor e carinho.

Aos meus amigos pela convivência, apoio e atenção nos momentos alegres e tristes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante toda esta longa caminhada. Foi Ele que me sustentou nos momentos difíceis e me fez acreditar que seria possível chegar até aqui.

Aos meus pais, José Edvaldo da Silva e Maria das Graças Pereira Silva, pela determinação e luta na minha formação e por todo incentivo dado para a realização desse sonho.

Aos meus irmãos Alisson e Herdesson que sempre acreditaram no meu potencial e me transmitiram muita força e confiança, sobretudo, pelo fato de também vivenciarem o quão árduo é a conquista de uma formação em curso superior. Agradeço também ao meu sobrinho Juan por toda ajuda prestada.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Ramos de Queiroz, o qual pude estar de maneira mais próxima durante os últimos 2 anos e 6 meses desenvolvendo algumas atividades no PET Farmácia. O meu muito obrigado pelo auxílio, ensinamentos, disponibilidade de tempo, empenho e dedicação deste trabalho.

A essa instituição de ensino, UEPB, e a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica. Professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Aos colegas de sala que compartilharam comigo todos os momentos de alegria e tristezas durante toda esta formação profissional. Agradeço também a todos os integrantes do PET Farmácia pelos bons momentos vividos.

Aos colegas de trabalho da polícia militar que me estimularam a conquistar o meu objetivo. Em especial a todos aqueles que cobriram meu horário de serviço para que eu pudesse assistir às aulas.

E ao meu filho Erick da Silva Pereira, minha maior motivação de todos os dias. Que embora não tivesse conhecimento disto, iluminou de maneira especial os meus pensamentos.

Acredite na força dos seus sonhos,
Deus é justo e não colocaria em seu coração
um desejo impossível de ser realizado.

RESUMO

Dislipidemias são modificações no metabolismo dos lipídeos que desencadeiam alterações nas concentrações das lipoproteínas plasmáticas, favorecendo o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar usuários da Estratégia Saúde da Família quanto à presença de dislipidemias e uso de estatinas, associado a variáveis demográficas. Foi realizado um estudo do tipo longitudinal, documental e analítico com abordagem quantitativa e descritiva e aconteceu no período de fevereiro a maio de 2016, em duas Estratégias Saúde da Família, no distrito de Galante em Campina Grande-PB. O uso de estatinas, bem como as variáveis demográficas (gênero, faixa etária), foram obtidas por questionário. A definição da presença ou ausência de dislipidemia foi definida pelos marcadores bioquímicos obtidos por meio de coleta sanguínea após 12 horas de jejum. Os dados foram analisados com medidas de frequência e percentual, além do teste de qui-quadrado (X^2) de Pearson ($p < 0,05$). Constatou-se que dentre os 182 usuários, 102 eram dislipidêmicos e a minoria não usava estatinas. As mulheres apresentaram valores significativamente maiores de colesterol total (218,0 mg/dL), colesterol HDL (58,7 mg/dL) e colesterol LDL (125,9 mg/dL) em relação aos homens (194,8 mg/dL; 51,8 mg/dL; 110,6 mg/dL, respectivamente). Não houve diferenças significativas quanto à faixa etária, gênero, presença de doença crônica não transmissível e presença de dislipidemias ($p=0,59$), no entanto, relacionando o uso ou não de estatinas e dislipidemia foi obtido ($p=0,04$). Com a evidência das dislipidemias, os profissionais deverão planejar estratégias de educação e saúde para melhor orientar os usuários, uma vez que, este fator de risco para doenças cardiovasculares pode ser controlado garantindo assim uma melhor sobrevida.

Palavras-chave: Dislipidemias. Doenças crônicas degenerativas. Estilo de vida.

ABSTRACT

Dyslipidemias are changes in the metabolism of lipids that trigger changes in the concentrations of plasma lipoproteins, favoring the development of chronic degenerative diseases. Thus, this study aimed to characterize users of the Family Health Strategy for the presence of dyslipidemia and statin use, associated with demographic variables. It was conducted a longitudinal, documental and analytical study with quantitative and descriptive approach and it took place from February to May 2016, in two Health Strategy Families, in district of Campina Grande-PB Galante. Statin use and demographic variables (gender, age), were obtained by questionnaire. The definition of the presence or absence of dyslipidemia was defined by biochemical markers obtained by collecting blood after 12 hours of fasting. The data were analyzed with frequency measurements and percentage in addition to the *Pearson's (χ^2) chi-square test* ($p < 0.05$). It was found that among the 182 members, 102 were dyslipidemic and the minority did not use statins. Women had significantly higher total cholesterol (218.0 mg / dL), HDL cholesterol (58.7 mg / dL) and LDL cholesterol (125.9 mg / dL) compared to men (194.8 mg / dL ; 51.8 mg / dL, 110.6 mg / dL, respectively). There were no significant differences in age, gender, presence of non-transmissible chronic disease and the presence of dyslipidemia ($p = 0.59$), however, relating the use or nonuse of statins and dyslipidemia was obtained ($p = 0.04$) . With the evidence of dyslipidemias, professionals will plan education and health strategies to better target users, since this risk factor for cardiovascular disease can be controlled thus ensuring a better survival.

Keywords: Dyslipidemia. Chronic degenerative diseases. Lifestyle.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Dislipidemias secundárias resultantes de doenças.....	15
QUADRO 2	Dislipidemias secundárias resultante do uso de medicamentos.....	16

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Associação da faixa etária, presença de HAS e DM e do uso de estatinas com a dislipidemia.....	21
TABELA 2	Comparação das variáveis sanguíneas por gênero.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASI	Atividade Simpatomimética Intrínseca
CETP	Inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CT	Colesterol Total
CYP 450	Citocromo P450
DM	Diabetes Mellitus
DAC	Doença Arterial Coronariana
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de alta densidade
HDL- c	Colesterol da lipoproteína de alta densidade
IC	Intervalo de Confiança
IDL	Lipoproteínas de densidade intermediária
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
LDL-c	Colesterol da lipoproteína de baixa densidade
MTP	Inibidor da Microsomal Transfer Protein
PCSK9	Inibidores do Proprotein convertase subtilisin kexin type 9
PROSPER	Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk
TG	Triglicerídeos
V DBDPA	V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose
VLDL	Lipoproteína de Muito Baixa Densidade
SPSS	Statistical Package for Social Sciences for Windows
LP-x	Lipoproteína X

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	Generalidades sobre as dislipidemias.....	15
3.2	Tratamento das dislipidemias.....	17
3.3	Dislipidemias em grupos especiais idosos.....	18
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	20
4.1	Tipo de pesquisa e local de realização.....	20
4.2	Amostragem.....	20
4.3	Critérios de inclusão e critérios de exclusão.....	20
4.4	Instrumentos e coleta de dados.....	20
4.5	Aspectos éticos.....	21
4.6	Análises estatísticas.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26

REFERÊNCIAS

ANEXOS

ANEXO A - Termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE.

ANEXO B - Termo de compromisso do pesquisador.

ANEXO C - Termo de Autorização Institucional.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados.

APÊNDICE B - Comprovante de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética

1 INTRODUÇÃO

O estilo de vida da população resulta em importantes fatores de riscos (FR) cardiovasculares, uma vez que estas doenças são consideradas as principais causas de mortalidade no mundo (FALCÃO, 2011). Por apresentarem estreita associação com esta condição, as dislipidemias são o objeto de estudo de muitas pesquisas, sendo necessário compreender as alterações no metabolismo lipídico desencadeadas, bem como as possibilidades de tratamento (GLIER et al., 2014).

As dislipidemias caracterizam-se por alterações no metabolismo dos lipídeos, as quais se definem por uma elevação na concentração de lipoproteínas aterogênicas (LDL-C) e de triglicerídeos (TGs) e uma diminuição nos níveis plasmáticos da lipoproteína de alta densidade (HDL-C). Podem ser classificadas como primárias (genética, alterações neuroendócrinas e distúrbios metabólicos) ou secundárias (diabetes mellitus, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, dieta desequilibrada) (CARDOSO, 2011; FALCÃO, 2011; FERREIRA, 2011).

De acordo com a V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (V DBDPA), somente um marcador bioquímico alterado (LDL-C, TG, ou HDL-C) permite a classificação do indivíduo como dislipidêmico. No entanto, conforme a associação ou não dessas modificações nas concentrações séricas, pode-se definir os tipos existentes de dislipidemias. Caso haja somente a elevação do LDL-C (≥ 160 mg/dl), considera-se como hipercolesterolemia isolada. Se houver aumento isolado dos TGs (≥ 150 mg/dL), têm-se uma hipertrigliceridemia isolada. No entanto, se forem detectados valores elevados de LDL-C (≥ 160 mg/dL) e TGs (≥ 150 mg/dl), classifica-se como hiperlipidemia mista. E se apresentar uma redução do HDL-C (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-C ou de TG, define-se como HDL-C baixo (SBC, 2013).

Ao representar um problema de saúde pública, os casos de dislipidemias devem ser tratados por meio de programas de prevenção e de educação, sendo que a terapêutica desta doença deve iniciar com mudanças no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis, manutenção ou aquisição de massa corporal adequada, exercícios físicos regulares, redução do tabagismo e bem estar emocional. Dentro deste contexto, é enfatizada a prática de exercícios físicos como fator essencial na prevenção e tratamento das dislipidemias (CAMBRI et al., 2006).

Sendo assim o presente trabalho teve como objetivo avaliar a presença de dislipidemias em usuários da Estratégia Saúde da Família e correlacioná-la com idade, gênero e uso de estatinas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a presença de dislipidemias em usuários da Estratégia Saúde da Família e correlacioná-la com idade, gênero, tipos de doenças crônicas e uso de estatinas.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os tipos de dislipidemias;
- Identificar o tipo de tratamento realizado para o controle das dislipidemias.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Generalidades sobre as dislipidemias

As dislipidemias são um quadro clínico caracterizado por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas no sangue, determinado por fatores genéticos e ambientais. Evidências acumuladas ao longo de várias décadas, inclusive epidemiológicas, animais, metabólicas e clínicas, demonstraram que níveis elevados de Colesterol Total CT, LDL-C e TG estão correlacionados com maior incidência de hiperlipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Doença Arterial Coronariana (DAC). Essas doenças ocorrem em consequência da formação de placas lipídicas (ateromas) que se depositam na parede arterial, podendo obstruir a luz dos vasos sanguíneos (FRANCA; ALVES, 2006).

De acordo com a V DBDPA, o perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do CT, HDL-C, LDL-C e TG após jejum de 12 a 14 horas. O LDL-C pode ser calculado pela equação de Friedewald ($LDL-C = CT - HDL-c - TG/5$), onde TG/5 representa o colesterol ligado à VLDL-C, o qual também pode ser mensurado diretamente no plasma (SBC, 2013).

A determinação do perfil lipídico deve ser feita em indivíduos com dieta habitual, estado metabólico e peso estável por pelo menos duas semanas antes da realização do exame. Além disso, deve-se evitar a ingestão de álcool e a prática de atividade física rigorosa nas 72 e 24 horas, respectivamente, que antecedem a coleta de sangue (SBC, 2007).

As dislipidemias se classificam quanto à etiologia em:

→ **Dislipidemias primárias** ou sem causa aparente podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente por meio de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, as dislipidemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão. A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores de CT, LDL-C, TG e HDL-C e compreende quatro tipos principais bem definidos:

- hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dL);

- hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (≥ 150 mg/dL) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, Lipoproteína de densidade intermediária (IDL) e quilomícrons. Como observado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, nestas situações, o valor do colesterol não-HDL pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica;
- hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL). Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs ≥ 400 mg/dL, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT ≥ 200 mg/dL;
- HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG (SBC, 2013).

→ **Dislipidemias secundárias:** diversas situações clínicas e alguns medicamentos podem alterar o metabolismo de uma ou mais lipoproteínas, ocasionando dislipidemias, ou influenciar a manifestação e agravamento das dislipidemias primárias. As dislipidemias secundárias resultantes de doenças encontram-se no Quadro 1.

QUADRO 1: Dislipidemias secundárias resultantes de doenças.

DOENÇA	ALTERAÇÕES LABORATORIAIS
Hipotireoidismo	\uparrow LDL-C, \uparrow TG e \downarrow HDL-C
Síndrome Nefrótica	\uparrow LDL-C e \uparrow TG
Insuficiência Renal Crônica	\uparrow CT, \uparrow TG e \downarrow HDL-C
Diabetes Mellitus	\uparrow CT, \uparrow TG e \downarrow HDL-C
Hipercortisolismo	\uparrow TG e \uparrow LDL-C
Icterícia Obstrutiva	\uparrow acentuado do CT (LP-X, LDL-C, HDL-C)
Anorexia Nervosa	\uparrow LDL-C
Etilismo/Infecção Pelo HIV	\uparrow LDL-C, \uparrow TG e \downarrow HDL-C

Fonte: PAULA; MACHADO, 2007.

O Quadro 2 faz referência ao tipo de dislipidemias resultante do uso de medicamentos.

CLASSE FARMACOLÓGICA	ALTERAÇÕES LABORATORIAIS LIPÍDICAS
Diuréticos	↑ TG e ↓ HDL-C
Betabloqueadores Destituídos de ASI*	↑ TG e ↓ HDL-C
Anticoncepcionais	↑ TG
Corticosteroides	↑ CT e ↑ TG
Anabolizantes	↑ CT e ↓ HDL-C

QUADRO 2: Dislipidemias secundárias resultante do uso de medicamentos.

Fonte: PAULA; MACHADO, 2007.

*ASI: Atividade Simpatomimética Intrínseca

3.2 Tratamento das dislipidemias

Tratamento não medicamentoso

Os níveis séricos de colesterol e TG se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e de excessiva quantidade de calorias. Por isso, a seleção adequada destes itens poderá contribuir de maneira eficaz no controle das dislipidemias. É fundamental que as preferências alimentares sejam respeitadas, que a alimentação tenha a composição adequada e que o paladar seja agradável. O indivíduo deverá se informar acerca de como selecionar os alimentos, da quantidade a ser consumida e do modo de preparo, bem como das possíveis substituições dos alimentos (SBC, 2013).

É importante que a terapia nutricional seja adotada e que haja adesão à dieta, às correções no estilo de vida, perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. Portanto, a utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental (SBC, 2013).

Tratamento medicamentoso

Nas últimas duas décadas, avanços notáveis foram obtidos com o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais crescentes para redução da hipercolesterolemia, permitindo a obtenção das metas terapêuticas, especialmente do LDL-C. Além das estatinas, resinas e ezetimiba, novas classes têm sido investigadas: são os Inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol (CETP), Inibidor da Microsomal Transfer Protein (MTP), Inibidores do Proprotein convertase subtilisin kexin type 9 (PCSK9), Inibidores da síntese de apolipoproteína B (SBC, 2013).

3.3 Dislipidemias em grupos especiais: idosos

Nos idosos raramente são encontradas grandes elevações, de caráter genético, entretanto se observam discretas ou moderadas elevações de CT, TG e LDL-C. São mais frequentes as dislipidemias secundárias a hipotireoidismo (principalmente nas mulheres), Diabetes Mellitus (DM), intolerância à glicose, síndrome nefrótica, obesidade, alcoolismo ou uso de medicamentos, como diuréticos tiazídicos e bloqueadores beta-adrenérgicos não seletivos (SBC, 2013).

Em relação ao tratamento, deve-se considerar que o bom estado geral e mental do paciente idoso, as suas condições socioeconômicas, o apoio familiar, as comorbidades presentes e o uso de outros fármacos irão influenciar na adesão e na manutenção da terapêutica. Orientação não farmacológica deve obedecer aos mesmos princípios da indicada para adultos jovens, observando-se mais cuidadosamente as necessidades de aportes calórico, protéico e vitamínico e as condições físicas para a prática de exercícios. Devem-se reiterar o abandono do hábito de fumar e da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. Após 90 dias, não havendo resposta, fármacos devem ser indicados, tomando-se como precaução de: (1) iniciar sempre com doses mais baixas e aumentar, se necessário, progressivamente; (2) analisar a relação custo-benefício; e (3) verificar a existência de condições socioeconômicas para a manutenção do tratamento em longo prazo e a realização de exames clínicos e laboratoriais periódicos (SBC, 2013).

Para a hipercolesterolemia, as estatinas são a primeira escolha. A tolerância é boa, não há maior incidência de efeitos indesejáveis, embora dores musculares,

câimbras e fraqueza, por vezes confundidas com doença osteomuscular, possam ocorrer mesmo com doses baixas (LONG et al.; 2011). Evidências da análise de subgrupos de estudos de prevenção primária e secundária e o Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER), especialmente delineado para idosos com ou sem manifestação prévia de aterosclerose, demonstraram os benefícios do tratamento para essa faixa etária: redução de eventos coronarianos, acidente vascular encefálico e preservação de funções cognitivas (SHEPHERD et al.; 2002).

Eventualmente as resinas são utilizadas, mas os efeitos adversos são mais frequentes. Na hipertrigliceridemia, empregam-se os fibratos (se não houver calculose biliar e insuficiência renal). Fibratos e estatinas podem ser associados se houver dislipidemia mista. O emprego do ácido nicotínico é restrito devido à indução de hiperglicemia e hiperuricemia (SBC, 2013).

Nas dislipidemias secundárias, o cuidado fundamental é o tratamento da doença desencadeante e a substituição ou retirada de medicamentos indutores. Devemos lembrar que os idosos, em geral, utilizam outros fármacos metabolizados no CYP 450 com possibilidade de interação com os hipolipemiantes, alterando sua concentração sérica (SBC, 2013).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa e local de realização

O estudo foi do tipo longitudinal, documental e analítico com abordagem quantitativa e descritiva e aconteceu no período fevereiro a maio de 2016, em duas Estratégias Saúde da Família, no distrito de Galante em Campina Grande-PB.

4.2 Amostragem

A amostra foi constituída aleatoriamente por 182 usuários de ambos os gêneros, de idade entre 40 a 82 anos que eram assistidos em duas Estratégias Saúde da Família (Galante I e II). Inicialmente os participantes foram submetidos à coleta de sangue seguido da aplicação de um questionário que facilitou a obtenção de dados necessários para atender os objetivos desta pesquisa.

As variáveis independentes analisadas foram: faixa etária, uso de estatinas e tipo de dislipidemias. A variável dependente foi à realização de dosagens de CT, HDL-C, LDL-C e TGs em um laboratório particular da cidade.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Fizeram parte da pesquisa 102 usuários da Estratégia Saúde da Família Galante I e II portadores de dislipidemias e que concordaram em participar do estudo e foram excluídos aqueles que discordarem da pesquisa e que apresentarem os níveis de CT, HDL-C, LDL-C e TGs dentro dos padrões de normalidade.

4.4 Instrumentos e coleta de dados

Os dados pessoais dos participantes e os resultados dos exames laboratoriais foram registrados num formulário (APÊNDICE A). Os parâmetros bioquímicos registrados foram: CT, HDL-C, LDL-C e TGs e a avaliação seguiu os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007; SBC, 2013). A coleta de amostras de sangue aconteceu após um período de 10-12 horas de jejum, entre 7:00 e 8:00 h

da manhã e os exames foram realizados em um laboratório Marluce Vasconcelos, na Cidade de Campina Grande – PB.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB sob o número 554589616.0.0000.5187 (APÊNDICE B) e após a aprovação os participantes foram submetidos à coleta de alíquotas de sangue para determinação do CT, HDL-C, LDL-C e TGs. Todos os participantes foram informados a cerca dos objetivos, da metodologia e dos possíveis desconfortos e/ou benefícios que a pesquisa poderia resultar. Após explicações sobre o estudo e concordando com o protocolo do mesmo, os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (ANEXO A). Também foram apresentados um Termo de Compromisso do Pesquisador (ANEXO B) e um Termo de Autorização Institucional (ANEXO C), assinado pela gerente da unidade de saúde que possibilitou a realização do estudo. Desta forma, este trabalho está de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4.6 Análises estatísticas

As variáveis numéricas são apresentadas sob a forma de média e desvio padrão e as variáveis categóricas por meio da distribuição de frequências. Foi utilizado o teste t-Student não pareado para comparar as variáveis sanguíneas entre os gêneros feminino e masculino. Para verificar a associação das variáveis demográficas, prevalência de HAS, diabetes e uso de estatinas com presença de dislipidemia, foi utilizado o teste de qui-quadrado (X^2) de Pearson. Quando a frequência esperada no teste de qui-quadrado foi inferior a cinco, foi utilizada a correção de Yattes.

Em todas as análises foi considerado um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância estatística de $p < 0,05$. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 182 indivíduos (62% mulheres) adultos e idosos. A média etária dos adultos foi de 48,2 anos (\pm 8,9; 27 – 59 anos) e dos idosos 70,0 anos (\pm 7,2; 60 – 88 anos). Dos participantes, 102 eram dislipidêmicos (61 mulheres e 41 homens), a maioria não fazia uso de estatina (90,9%), sendo essa associação significativa ($p=0,04$) (TABELA 1).

Tabela 1. Associação da faixa etária, presença de HAS e DM e do uso de estatinas com a dislipidemia.

Variáveis	Dislipidemias				<i>p</i>
	Sim		Não		
	n	%	N	%	
Gênero					0,59
Feminino	61	54,5	51	45,5	
Masculino	41	58,6	29	41,4	
Grupo Etário					0,76
< 50 anos	14	46,7	16	53,3	
50 a 59 anos	24	66,7	12	33,3	
60 a 69 anos	36	59,0	25	41,0	
70 a 79 anos	21	52,5	19	47,5	
80 anos ou mais	7	46,7	8	53,3	
HAS					0,29
Sim	93	54,7	77	45,3	
Não	9	75,0	3	25,0	
Diabetes					0,31
Sim	27	62,8	16	37,2	
Não	75	54,0	64	46,0	
Uso de Estatinas					0,04*
Sim	10	90,9	1	9,1	
Não	92	53,8	79	46,2	

Fonte: Dados da pesquisa

HAS= hipertensão arterial sistêmica; *p*= nível de significância; *= associação estatisticamente significativa (Teste X² de Pearson ou X² de Yattes).

A maior procura das mulheres por serviços de saúde demonstrada neste estudo não corresponde à predisposição a dislipidemia e sim ao cuidado efetivo com a saúde em relação aos homens, que só buscam muitas vezes atendimento médico, quando a doença está instalada. Segundo Zaituni e colaboradores (2006) as mulheres geralmente têm melhor percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam assistência médica com mais intensidade em relação aos homens, o que justifica a probabilidade de ter dislipidemia diagnosticada. Travassos et al., (2002) relataram que as mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens, que, por sua vez, são mais severas e de maior letalidade. Também comentaram que elas procuram os serviços preventivos com maior frequência e usam mais medicamentos do que os homens.

A utilização das estatinas foi confirmada apenas por 10 mulheres e 1 homem. Este grupo farmacológico são drogas usadas no tratamento das dislipidemias, com estudos comprovando sua ação na redução da mortalidade por doença cardiovascular. Seus benefícios são independentes de gênero ou idade, sendo usados tanto na prevenção primária quanto na secundária de doença cardiovascular (GAMA et al., 2005). No entanto, apesar de serem recursos que devem ser utilizados pelo paciente, pois em alguns casos somente a mudança no estilo de vida não é o suficiente, inúmeras barreiras aparecem frente à adesão ao tratamento. Entre estas podem ser destacados os efeitos colaterais, o valor da medicação e a falta de informação (SANTOS, 2013).

Também foi possível observar neste estudo que houve um aumento de dislipidemia na faixa etária de 50-59 e redução com o aumento da idade, dado semelhante ao estudo de Souza et al., (2003) que confirmaram o aumento na ocorrência de dislipidemia com a idade, sendo a maior prevalência na faixa de 50 a 59 anos, havendo decréscimo nas faixas etárias superiores.

Magalhães (2004) relatou que em idosos com idade acima de 65 anos o controle dos FR para as doenças cardiovasculares, em particular a dislipidemia é importante, porque qualquer redução do risco tem significativa repercussão na sua morbimortalidade. É preciso considerar a idade do paciente, o perfil de longevidade familiar, a presença de risco comum nessa faixa etária e de doenças cardiovasculares, o estado físico geral, as doenças crônicas associadas e as interações medicamentosas.

Dados comprobatórios também foram divulgados por Moraes, Checchio e Freitas (2013) que realizaram um trabalho sobre dislipidemias avaliando a sua prevalência por gênero e comparada a partir de dados sociodemográficos, sendo observado que independente do gênero a ocorrência de dislipidemia aumentou com a idade e reduziu com o aumento do número de anos investidos em educação formal.

A amostra foi composta por portadores de HAS e DM. No entanto, não foi observada associação destas doenças com a presença de dislipidemias ($p > 0,05$) Segundo estudos populacionais, a prevalência de doenças crônicas é maior quanto mais elevada for à faixa etária e, quando associadas às dislipidemias, o risco de presença de DAC é aumentado (AMADO; ARRUDA, 2004).

Na Tabela 2 estão apresentados os valores médios das variáveis sanguíneas de acordo com o gênero. As mulheres apresentaram valores significativamente maiores de colesterol total (218,0 mg/dL), HDL-C (58,7 mg/dL) e LDL-C (125,9 mg/dL) em relação aos homens (194,8 mg/dL; 51,8 mg/dL; 110,6 mg/dL, respectivamente).

Tabela 2. Comparação das variáveis sanguíneas por gênero.

Variáveis	Sexo				
	Feminino		Masculino		P
	Média	DP	Média	DP	
Colesterol Total (mg/dL)	218,0	45,3	194,8	37,9	<0,0001*
Colesterol-HDL (mg/dL)	58,7	13,2	51,8	12,2	<0,0001*
Colesterol-LDL (mg/dL)	125,9	38,5	110,6	35,3	0,008*
Triglicerídeos (mg/dL)	161,4	68,6	162,8	74,3	0,897

DP = desvio padrão; HDL = lipoproteína de alta densidade; LDL = lipoproteína de baixa densidade; mg/dL = miligrama/decilitro; p = nível de significância; * = diferença estatisticamente significativa (Teste t-Student não pareado).

Moriguchi e Vieira (2006) demonstraram que segundo estudos de Framingham, a hipercolesterolemia nos idosos é mais prevalente em mulheres do que em homens, fato que corrobora com os achados neste estudo. Isto ocorre porque elas apresentaram em sua maioria idade de 50 anos. Por elas encontrar-se

em período de menopausa é orientado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) que além da dietoterapia seja realizada à consulta ao especialista antes de iniciar a terapêutica com estrógeno a fim de verificar a necessidade de reposição hormonal (SBC, 2008). Estes medicamentos diminuem o LDL-c em até 25% e aumentam o HDL-c em até 25%, no entanto, podem resultar na elevação de TG (SBD, 2006; ORSATTI et al., 2008).

Segundo Feitosa Filho et al., (2009) o risco de DAC aumenta de modo significativo e progressivo acima de valores desejáveis de CT e LDL-C. Para o HDL-C, a relação de risco é inversa, ou seja, quanto mais elevado seu valor, menor o risco para estes eventos. Foi relatado também que as evidências atuais indicam que a hipertrigliceridemia aumenta o risco de DAC quando associados a HDL-C diminuídos e/ou LDL-C aumentado.

Diante dos resultados obtidos, as alterações evidenciadas nas frações lipídicas caracterizam as dislipidemias em 5 grupos: Hipertrigliceridemia, Hipercolesterolemia, redução de HDL-C e as associações de Hipertrigliceridemia e Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia com redução de HDL-C.

Sugere-se, portanto o aprofundamento de estudos dessa natureza por um período mais longo a fim de otimizar o controle das dislipidemias através do manejo correto dos medicamentos e, principalmente, de intervenções não medicamentosas, bem como tornar visível este perfil, o que propiciará que políticas públicas, direcionadas a esta população, sejam implementadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra por ser composta de adultos e idosos com faixa etária elevada pode ter favorecido a presença das dislipidemias. Diante dos dados obtidos neste estudo e sabendo que as dislipidemias correspondem a FR modificáveis para DAC e doenças cardiovasculares a equipe multidisciplinar presente nas Estratégias Saúde da Família deverá realizar atividades de educação e saúde incentivando a adoção de alimentação saudável e a prática de atividade física. Portanto, diante do aumento da expectativa de vida da população brasileira, prevenir ou tratar as dislipidemias é um desafio especial para os profissionais de saúde, por isso é importante programas que incentivem ações voltadas para o auto cuidado, através dos quais os FR para as complicações cardiovasculares serão reduzidos e conseqüentemente a longevidade será vivida com melhor qualidade, autoestima e sensação de bem estar.

REFERÊNCIAS

- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v.19, n.2, p.94-99, 2004.
- CAMBRI, L. T.; SOUZA, M.; MANNRICH, G.; CRUZ, R. O.; GEVAERD, M. S. Perfil lipídico, dislipidemias e exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 100-106, 2006.
- CARDOSO, A. P. Z.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; SOUZA, L.; CESARINO, E. J. Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-436, 2011.
- FALCÃO, R. A. Avaliação do uso de estatinas em pacientes dislipidêmicos. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campina Grande – PB, 2011.
- FERREIRA, N. L.; RODRIGUES, M. T. G.; ABREU, M. N. S.; LOPES, A. C. S. Fatores nutricionais associados às dislipidemias em usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Acta Médica Portuguesa**. v. 24, n. S2, p. 457-466, 2011.
- FRANCA, E. de; ALVES, J. G. B. Dislipidemia entre Crianças e Adolescentes de Pernambuco. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. n. 6, v. 87, p. 722-727, 2006.
- GAMA, M. P. R.; PELLEGRINELLO, S.; ALONSO, S. S. Q.; COELHO, J. F.; MARTINS, C. F. L.; BIAGINI, G. L. K. Rabdomiólise Devido ao Uso de Estatina em Altas Doses: Relato de Caso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v. 49, n. 4, 2005.
- GLIER, C.; É REUTER, B. M.; SANTOS P. R. dos.; CORBELLINI, V. A.; POHL, H. H; RECKZIEGE, M. B. Presença de dislipidemia e uso de estatinas em trabalhadores da agroindústria e produtores rurais: estudo preliminar. **Revista Jovens Pesquisadores**. v. 4, n. 3, p. 28-37, 2014. p. 10.
- LONG, S. B.; BLAHA, M. J.; BLUMENTHAL, R. S.; MICHOS, E. D. Clinical utility of rosuvastatin and other statins for cardiovascular risk reduction among the elderly. **Clinical Interventions in Aging**. n. 6, p. 27-35, 2011.
- MAGALHÃES, M. E. C. Novas perspectivas no tratamento das dislipidemias. **Revista da Socerj**, v. 17, n. 2, p. 105-111, abr/jun. 2004.
- MORAES, S. A.; CHECCHIO, M. V.; FREITAS, I. C. M. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP: resultados do Projeto EPIDCV. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v. 57, n. 9, p. 691-701, 2013.

FEITOSA FILHO, G. S.; SEYDELL, T. de M.; RODRIGUES, A. C.; MARANHÃO, R. C.; RAMIRES, J. A. F. Transferências lipídicas para HDL em diabéticos tipo 2: Associações com Microalbuminúria, Estatina e Insulina. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. n. 2, v. 92, p. 100-106, 2009.

MORIGUCHI, E. H.; VIEIRA, J. L. C. Dislipidemia em idosos. **Revista de Envelhecimento e Saúde**. v. 12, n. 4, 2006.

ORSATTI, F. L.; NAHAS, E. A. P.; MAESTÁ, N.; PADOANI, N. P.; ORSATTI, C. L. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30 n. 4, p. 182-189, 2008.

PAULA; I. D. de; MACHADO, J. de C. Dislipidemias. In: VANNUCCHI, H.; MARCHINI, J. S. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 2007. p. 205-220.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 88, S. I, p. 4-18, abr, 2007.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. n. 91, s.1, p. 1-23, 2008.

SANTOS, M. C. B. Adesão ao tratamento com estatinas. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2013.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 100, S. I, 36p, out, 2013.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006, 152 p.

SHEPHERD, J.; BLAUW, G. J.; MURPHY, M. B.; BOLLEN, E. L.; BUCKLEY, B. M.; COBBE, S. M.; FORD, I.; GAW, A.; HYLAND, M.; JUKEMA, J. W.; KAMPER, A. M.; MACFARLANE, P. W.; MEINDERS, A. E.; NORRIE, J.; PACKARD, C. J.; PERRY, I. J.; STOTT, D. J.; SWEENEY, B. J.; TWOMEY, C.; WESTENDORP, R. G. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. **Lancet**. n. 360 n. 23, s. 9346, p.1623-1630, 2002.

SOUZA, L. J.; SOUTO FILHO, J. T. D.; SOUZA, T. F.; REIS, A. F. F.; GICOVATE NETO, C.; BASTOS, D. A.; CÔRTEZ, V. A.; CHALITA, F. E. B.; TEIXEIRA, C. L. Prevalência de dislipidemia e fatores de risco em Campo do Goytacazes – RJ. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 81, n. 3, p.249-56, 2003.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

ZAITUNE, M. P. do A.; BARROS, M. B. de A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho como objetivo geral Avaliar a presença e os tipos de dislipidemias em usuários da Estratégia Saúde da Família. Portanto estou ciente que:

- O estudo se faz necessário para esclarecer as dúvidas referentes as dislipidemias;
- A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento terapêutico e será sem custo algum para mim;
- Preciso responder a um formulário para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa;
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

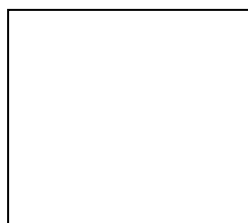
- Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos números **(83) 33212852 ou (83) 88569666**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador (a)

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



ANEXO B - Termo de compromisso do pesquisador.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autora e orientanda da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,”** esclarecemos que obtivemos todas as informações necessárias para a realização dessa pesquisa. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 416/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Autor (a) da Pesquisa

Orientando



**PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, desenvolvido pela docente Maria do Socorro Ramos de Queiroz, na Unidade Mista de Galante.

Campina Grande, ____/____2016.

Raquel Brito de F. Melo Lula
Coordenadora de Educação na Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

PROJETO: “AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

PEQUISADORA: Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

Nº: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
Gênero _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Diabético há quantos anos? _____ Apresenta Hipertensão Arterial? () sim () não

Medicamentos que faz uso com a respectiva posologia:

Resultado dos exames:

Colesterol total	
LDL-C	
HDL-C	
Triglicerídeos	

OBSERVAÇÕES: _____

APÊNDICE B - Comprovante de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Marconi do Ó Catão.

R:019.

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Área temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com co-patrocínio do Governo Brasileiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ.

CAAE: 554589616.0.0000.5187

Entrega da versão física no CEP: 17/03/2016

Previsão legal de publicação de parecer: Até o dia 17/04/2016

Data da relatoria: 23/03/2016

Data de Devolução do parecerista ao CEP-UEPB: 29/03/2016

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Apresentação do Projeto: Projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para análise e parecer com fins de desenvolver a pesquisa no Departamento de Farmácia.

Objetivo Geral da Pesquisa: Tem como objetivo geral: Avaliar a presença e os tipos de dislipidemias em usuários da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisadora não fez menção a riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um estudo será do tipo longitudinal, documental e analítico com abordagem quantitativa e descritiva e acontecerá no período abril a junho de 2016, em duas Estratégias Saúde da Família, no distrito de Galante em Campina Grande-PB. A amostra será constituída aleatoriamente por usuários

de ambos os gêneros, de idade entre 40 a 82 anos que são assistidos em duas Estratégias Saúde da Família (Galante I e II). Inicialmente os participantes responderão a um questionário através do qual serão interrogados a respeito de dados necessários para atender aos objetivos do projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários e obrigatórios foram apresentados.

Recomendações: *É importante que todos os documentos sejam anexados na Plataforma Brasil, sob pena de haver pendências no projeto em sua versão eletrônica ao se constatar a ausência dos mesmos. Outrossim, o projeto não se encaixa em temática especial: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com co-patrocínio do Governo Brasileiro; Se assim o for, por favor, esclarecer ao CEP/UEPB, bem como a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, para onde deverá ser apresentado os documentos que comprovem o patrocínio fora do Brasil conforme cita a pesquisadora em sua Folha de Rosto gerada na Plataforma Brasil.*

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto Não apresenta pendências que possam descontinuar seu desenvolvimento.