

Educação de pacientes em dislipidemia: revisão sistemática

Patient education in dyslipidemia: systematic review

Dauana P. Eizerik¹, Andry Fiterman Costa² & Waldomiro Carlos Manfroi³

RESUMO – As doenças cardiovasculares, em especial a dislipidemia, possuem características que necessitam cuidados diferenciados na orientação do seu tratamento. Em relação à dislipidemia, existem diversas razões para que pacientes em tratamento não atinjam a meta terapêutica. Dentre elas podemos citar falta de adesão, polifarmácia e reações adversas. Tais motivos podem ser esclarecidos e amenizados através da orientação adequada ao paciente. A educação em saúde envolve conhecimento das necessidades de aprendizado do paciente, considerando suas dificuldades; planejamento do conteúdo e da forma de educação a ser utilizada, com a participação do paciente, para definir objetivos individuais e metas a serem alcançadas. O objetivo deste trabalho foi de revisar a literatura de forma sistemática para avaliar a eficácia da educação de pacientes no manejo da dislipidemia. Foram pesquisados artigos na base de dados Medline® (de 1966 a maio de 2007), e incluíram-se estudos com delineamento de ensaios clínicos randomizados (ECR) que avaliassem a eficácia da educação de pacientes em dislipidemia. A busca resultou em seis artigos. Todos demonstraram resultados positivos da intervenção educativa em dislipidemia. De acordo com os artigos revisados, a educação de pacientes contribui para um melhor tratamento da dislipidemia.

PALAVRAS-CHAVE – Educação de pacientes, dislipidemia, revisão.

SUMMARY – Cardiovascular diseases, as dyslipidemia, needs special attention, such different orientation in its treatment. To dyslipidemia, there are several reasons why patients didn't reach the therapeutic goal. Some reasons that can be mentioned as adhesion lack, polypharmacy and adverse reactions. Such reasons can be cleared up and softened through an adequate orientation to the patient. Education in health involves patient's knowledge, learning needs and considering its difficulties; content planning education method to be used with the patient's participation, as well as to define individual goals to be reached. The purpose of this paper was to review the literature in a systematic way in order to evaluate the patients' education effectiveness in the dyslipidemia handling. Articles were selected in the Medline® database (from 1966 to May, 2007). Study design was set as randomized controlled trials (RCT) that evaluated the Pharmaceutical Care effectiveness in dyslipidemia. The search resulted in 6 articles. All of them demonstrated positive results in the educational dyslipidemia intervention. In agreement with the review, the patients' education contributes to a better dyslipidemia treatment.

KEYWORDS – Patient education, dyslipidemia, review.

INTRODUÇÃO

De acordo com a definição constante em dicionários da língua portuguesa, educação é um processo para o desenvolvimento harmonioso das faculdades humanas: capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral, visando à sua melhor integração individual e social (HOUAISS, 2001; FERREIRA, 2007). A educação para saúde pode ser definida como um processo que melhora o conhecimento e as habilidades que influenciam as atitudes requeridas do paciente para que mantenha um comportamento adequado de saúde (STRÖMBERG, 2002).

O processo de educação pode ser descrito pela avaliação do conhecimento prévio, da cognição, das atitu-

des, da motivação e dos enganos cometidos pelos pacientes, no que se refere ao seu tratamento para a saúde. A educação de pacientes envolve identificação do que ensinar, considerando as potenciais barreiras para o aprendizado; planejamento do conteúdo da educação, com a participação do paciente, para definir objetivos individuais e escolher as melhores intervenções para alcançá-los; planejamento do modo como a educação será dispensada; e, por fim, realização de uma avaliação criteriosa do processo de educação instituído (STRÖMBERG, 2005).

Uma busca realizada no PubMed® foi possível verificar que a educação de pacientes pode ser empregada em todas as fases do tratamento e por diversos profissionais da área da saúde. Os profissionais que mais se

Recebido em 29/01/2008

¹Farmacêutica Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Área da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares – FAMED Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA

²Médico Doutorando do Programa de Pós-Graduação da Área da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares – FAMED Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA

³Professor Doutor do PPG – Cardiologia – FAMED/UFRGS/HCPA

destacam no assunto são os enfermeiros, médicos, farmacêuticos e nutricionistas. O plano de educação utilizado na maioria dos estudos contempla informações sobre a doença e seu tratamento, desde a prescrição até as medidas não-farmacológicas, facilitando o entendimento da importância da adesão ao tratamento e propiciando resultados terapêuticos positivos.

Um estudo, prospectivo e controlado, realizado durante 14 semanas em 2002, em hospital privado de Hong Kong, avaliou os benefícios do atendimento farmacêutico individualizado, na adesão terapêutica, redução da concentração de colesterol, metas de LDL (lipoproteína de baixa densidade), aplicação do NCEP ATP III (*National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*) e satisfação do paciente (LEE, CHEUNG & CHOW, 2004).

O NCEP ATP III é um programa utilizado para detecção, avaliação e tratamento da hipercolesterolemia em adultos.

Suas metas são:

- colesterol total < 200 mg/dl,
- LDL < 100 mg/dl (paciente com evidência de doença aterosclerótica ou diabetes) ou LDL < 130 mg/dl,
- HDL > 40 mg/dl,
- TG < 150 mg/dl.

O programa também sugere acompanhamento nutricional, recomenda exercícios físicos, controle de peso e plano de tratamento com mudanças no estilo de vida (NCEP ATP III, 2001).

Em um estudo multiprofissional com pacientes hipertensos, houve relato que uma boa orientação aos pacientes sobre os efeitos colaterais dos medicamentos resulta em melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo (LIP & BEEVERS, 1997).

FURMAGA, em 1990, implantou o HELP (*Heart Education Lifestyles Program*) em um centro ambulatorial afiliado da Universidade de Illinois com pacientes hiperlipidêmicos, no qual o farmacêutico participou da seleção e monitorização dos medicamentos hipolipemiantes. Sua intervenção incluiu educação dos pacientes sobre a doença, o medicamento, a dieta, o estilo de vida, o seguimento farmacoterapêutico e a discussão de casos com os médicos. A experiência sugeriu que o acompanhamento farmacêutico ajuda os pacientes a aderirem ao tratamento, modificarem seus fatores de risco e alcançarem suas metas terapêuticas (FURMAGA, 1993).

A dislipidemia é uma situação clínica que frequentemente envolve problemas relacionados a medicamentos, principalmente, quanto a efeitos adversos e adesão ao tratamento farmacológico, refletindo na qualidade de vida. Por se tratar de uma disfunção crônica, o estilo de vida das pessoas afetadas influi no seu controle e a prevenção é um mecanismo eficaz para evitar o desenvolvimento da doença.

A falta de adesão ao tratamento contribui substancialmente para a evolução da doença, morte e custos ao sistema de saúde (OSTERBERG & BLASCHKE, 2005). Desenvolver estratégias para que o paciente entenda sua situação clínica, conheça as alternativas terapêuticas e compreenda a importância do tratamento medicamentoso e das medidas não-farmacológicas possibilita alcançar o objetivo terapêutico e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Programas de educação e orientação podem ser ferramentas úteis no tratamento da dislipidemia, porém

ainda não foram testados adequadamente quanto a sua eficácia no sistema brasileiro de saúde pública.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, pesquisando-se nas bases de dados do Medline® (1966, maio de 2007). Foram incluídos nesta revisão ensaios clínicos randomizados (ECR) que avaliassem a educação de pacientes com dislipidemia.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os termos MESH (*Medical Subject Headings*), não-restritos, a fim de ampliar a busca nas bases de dados. Os termos utilizados para dislipidemia foram: “Hyperlipidemia” [MeSH] or “Hypercholesterolemia” [MeSH] or Hypertriglyceridemia [MeSH] or Hyperlipoproteinemia [MeSH].

A busca resultou em 26.214 artigos. Para a educação de pacientes foram utilizados os seguintes termos: *Patient Education Program* or “*Patient Education*” [MeSH]. A busca resultou em 52.624 artigos. Após a seleção, foi realizada a pesquisa cruzando os termos e se obteve como resultado um total de 259 artigos.

A busca limitou-se para artigos publicados nos últimos 5 anos, obtendo-se 94. Para humanos, 93 e quando restrito à idade adulta, foram encontrados 52 artigos. Para os delineamentos de Meta-análise, Protocolos Clínicos e Ensaio Clínico Randomizado (ECR) foram encontrados 8 artigos. Desses, foram selecionados apenas os artigos com enfoque na educação de pacientes em dislipidemia. (Fig. 1).

RESULTADOS

Um dos estudos selecionados foi o SCRIP (*The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacist*), conduzido entre 1998 e 2000 e que incluía 675 pacientes de alto risco para eventos cardiovasculares. O alto risco foi definido como três ou mais dos seguintes fatores: 5 ou mais medicamentos; 12 ou mais doses diárias; 4 ou mais trocas de medicamentos por ano; 3 ou mais doenças concomitantes; história de não-cumprimento terapêutico e medicamentos com necessidade de monitorização (TSUYUKI & *et al.*, 2004).

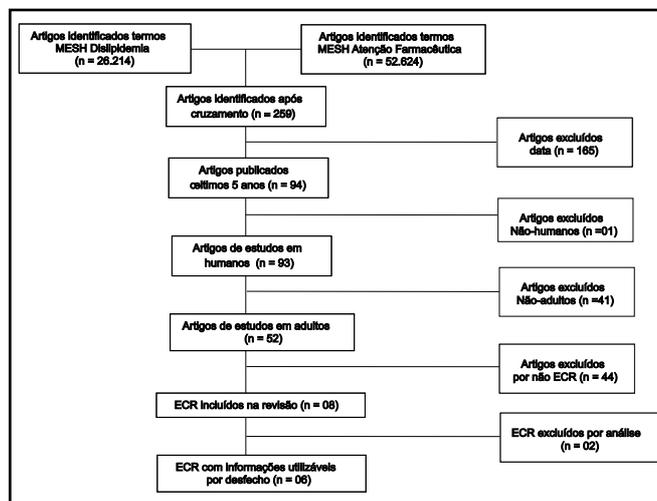


FIG. 1 - Fluxograma da seleção dos artigos identificados para estudo.

Os pacientes do grupo intervenção receberam orientações verbais e um manual escrito de fatores de risco cardiovascular, reforço de adesão terapêutica, monitorização do colesterol por aparelho portátil, consultas com médicos e seguimento farmacêutico regular da terapia com o esclarecimento de dúvidas nas semanas 2, 4, 8, 12 e 16. Os pacientes do grupo controle, atendimento usual, receberam o mesmo manual do grupo intervenção, orientações gerais e um seguimento mínimo com um telefonema na semana 8 e a consulta final, na semana 16 (TSUYUKI & *et al.*, 2004).

Nesse estudo, o desfecho primário composto de medidas representando melhora no processo de manejo do risco do colesterol (perfil lipídico em jejum, prescrição ou adição de novo medicamento hipolipemiante à terapêutica ou incremento de dose de hipolipemiante) foi alcançado em 57% dos pacientes do grupo intervenção e em 31% do grupo controle ($P < 0,001$). Os desfechos secundários incluíram os componentes individuais do desfecho primário e o impacto humanístico da intervenção farmacêutica, foram alcançados em 53% dos pacientes do grupo intervenção e em 29% do grupo controle ($P < 0,001$). Os resultados desse estudo direcionam a conclusão para impacto positivo da intervenção farmacêutica no manejo do colesterol em pacientes de alto risco cardiovascular (TSUYUKI & *et al.*, 2004).

Em uma comunidade da Filadélfia foi conduzido um estudo (CHENG, GRAZIANI & DIAMOND, 2004) que teve como objetivo verificar o efeito de um programa de educação nutricional por profissional não-nutricionista. O programa, originalmente, foi desenvolvido e validado por nutricionistas da Universidade da Carolina do Norte em pacientes de baixa escolaridade e foi fundamentado no *Dietary Risk Assessment Score*, um questionário de frequência alimentar baseado em 20 alimentos da dieta americana, ricos em gordura saturada e colesterol.

A amostra estudada foi de 175 voluntários e a intervenção, realizada por um médico de família, constituiu-se da seguinte forma: identificar problemas na alimentação e sugerir dieta seguindo um programa de alimentação saudável com visitas mensais (4) e entrega de material escrito (livro de receitas) (CHENG, GRAZIANI & DIAMOND, 2004).

O desfecho primário estudado foi o do perfil lipídico e o desfecho secundário foi o peso corporal. O colesterol total no grupo intervenção diminuiu $15,5 \pm 25,1$ mg/dl, enquanto que no grupo controle, diminuiu $2,3 \pm 22,1$ mg/dl ($P < 0,0003$). O LDL no grupo intervenção diminuiu $12,4 \pm 22,4$ mg/dl e no grupo controle, diminuiu $0,34 \pm 21,7$ mg/dl ($P < 0,0005$). As diferenças no HDL e triglicerídeos não foram estatisticamente significativas. As mudanças nos lipídeos e peso corpóreo ocorreram independentes das características basais dos pacientes (CHENG, GRAZIANI & DIAMOND, 2004).

O escore de risco dietético decresceu $5,9 \pm 6,5$ pontos nos pacientes do grupo intervenção após a participação no estudo ($P < 0,0001$). A redução de peso corporal no grupo intervenção foi de $0,91 \pm 1,82$ kg ($P < 0,01$) e no grupo controle, essa redução não foi estatisticamente significativa (CHENG, GRAZIANI & DIAMOND, 2004). Este estudo sugere a necessidade de um estudo com tempo maior de acompanhamento (CHENG, GRAZIANI & DIAMOND, 2004). O alto grau

de instrução e a grande motivação dos voluntários desse estudo dificultam a extrapolação dos resultados.

Outro estudo conduzido em 29 centros médicos (rurais e urbanos) da Holanda (VAN SLUIJS & *et al.*, 2004) contou com 771 voluntários. A intervenção foi realizada por médicos ou enfermeiros e teve por objetivo, incentivar a atividade física regular e constava de orientações sobre exercícios físicos (sessão de uma hora para treinamento individual e entrega de manual de orientação escrito) com seguimento de duas visitas e dois telefonemas.

O programa utilizado foi o *Physician-based Assessment and Counseling for Exercise* (PACE), baseado na Teoria Social Cognitiva e no Modelo Transteorético e foi originalmente desenvolvido para uso em cuidados primários (VAN SLUIJS & *et al.*, 2004).

Os desfechos estudados foram: eficácia do programa de intervenção, benefícios da atividade física (atividade e inatividade basal), barreiras para atividade física (fumantes e não-fumantes), suporte social e processo de mudança (conhecimento e comportamento). Os resultados foram medidos através de questionários (início, 12 semanas, 6 meses e um ano de seguimento) (VAN SLUIJS & *et al.*, 2004).

Quanto à eficácia, barreiras para a atividade física e processo de mudança cognitiva, os resultados proporcionaram diferenças, estatisticamente significativas, nos seguimentos de 12 semanas e 6 meses. O processo de mudança comportamental foi estatisticamente significativo em todos os períodos, embora a percepção de benefícios não tenha apresentado diferença significativa. A intervenção para promover atividade física mostrou-se efetiva a curto e médio prazo. Entretanto, esse estudo teve muitas abstenções nos questionários de suporte social (VAN SLUIJS & *et al.*, 2004).

Em estudo conduzido em três centros médicos acadêmicos americanos (BURKE & *et al.*, 2005) contou com 65 pacientes que haviam sido considerados não-aderentes à dieta com baixo teor de colesterol. Foi aplicado o questionário de consumo de colesterol e gorduras – *Connor Diet Habit Survey* (DHS) – antes e após intervenção de um enfermeiro, realizando orientações verbais individualmente para melhorar a adesão à dieta com baixo teor de colesterol. Foi avaliada a eficácia da orientação por telefone, eficácia própria (capacidade de mobilizar motivação, recursos cognitivos e cursos de ações requeridas) baseada na intervenção desenhada para melhorar a adesão à dieta de baixo teor de colesterol entre os auto-relatos de não-adesão.

A intervenção realizada foi orientação nutricional, recomendação de exercícios físicos, controle de peso e plano de tratamento com mudanças no estilo de vida. O desfecho primário estudado foi o LDL-Colesterol e os desfechos secundários foram: o consumo de gorduras saturadas e o colesterol total (BURKE & *et al.*, 2005).

Houve diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle no consumo de gorduras saturadas ($P < 0,001$) e colesterol ($P = 0,040$) com melhora da adesão à dieta no grupo intervenção, assim como, o LDL-colesterol ($P < 0,013$). Não foram observadas alterações na eficácia própria. Os autores deste estudo sugerem a necessidade de ensaios com maior tempo de seguimento (BURKE & *et al.*, 2005).

O impacto de um programa de Atenção Farmacêutica foi analisado em estudo realizado em uma farmácia comunitária de Santiago/Chile com 42 pacientes disli-

pidêmicos durante 16 semanas. O objetivo principal desse estudo foi o de desenvolver um programa de Atenção Farmacêutica para pacientes dislipidêmicos, incluindo educação para adesão terapêutica, mudança no estilo de vida, estabelecimento e cumprimento de metas terapêuticas, bem como, melhoria na qualidade de vida (PAULOS & *et al.*, 2005).

Os pacientes foram selecionados dentre os clientes da farmácia, tendo como critério de inclusão, ter acima de 18 anos, em tratamento com hipolipemiantes ou detecção de colesterol total ou triglicerídeos elevados, mediante análise de sangue capilar em aparelho portátil. Os critérios de exclusão foram pacientes com dificuldade de comunicação, gravidez ou automedicação (PAULOS & *et al.*, 2005).

O grupo intervenção foi entrevistado e orientado 5 vezes durante o estudo e recebeu material educativo especialmente desenvolvido para o estudo enquanto, o grupo controle, teve uma entrevista no início e outra no final do período. Foram comparados os níveis sanguíneos de colesterol e triglicerídeos no início e no final do estudo (PAULOS & *et al.*, 2005).

Quanto ao colesterol total, 72% do grupo intervenção alcançou o desfecho primário, reduzindo $27,1 \pm 41,1$ mg/dl, $P = 0,0266$. Enquanto 33,3% dos pacientes do grupo controle apresentou uma redução média de $1,4 \pm 37,2$ mg/dl $P = 0,6624$. Nenhum paciente teve níveis de colesterol total acima de 300 mg/dl. Para triglicerídeos, 77,3% do grupo intervenção obtiveram redução dos níveis quando comparados com os dados basais, em média de $50,5 \pm 80,3$ mg/dl ($P = 0,0169$), enquanto que 27,8 % do grupo controle obteve uma redução dos níveis; 66,7 % incrementaram de $29,6 \pm 118,5$ mg/dl ($P = 0,1435$), não significativa estatisticamente. O restante dos pacientes do grupo controle não teve mudanças nos níveis de triglicerídeos. Nenhum paciente teve níveis de triglicerídeos acima de 600mg/dl (PAULOS & *et al.*, 2005).

Em um centro médico militar dos EUA, foi realizado um estudo (LEE, GRACE & TAYLOR, 2006) com 200 pacientes que teve como intervenção, a educação individualizada dos pacientes com dispensação especial com embalagens personalizadas e seguimento farmacoterapêutico realizado por um farmacêutico clínico. Após o período de seleção dos pacientes da pesquisa que durou dois meses, deram-se seguimento as duas fases do estudo:

A fase I com duração de 6 meses, correspondeu à educação individualizada sobre medicamentos, utilizando manual padrão, dispensação de medicamentos embalados em doses diárias e cuidados de adesão com visitas a cada dois meses para todos os pacientes selecionados (LEE, GRACE & TAYLOR, 2006).

A fase II correspondeu ao seguimento e ocorreu após randomização dos indivíduos para tratamento convencional ou cuidado farmacêutico. A fase de seguimento proporcionou medicamentos para ambos os grupos, porém, só o grupo intervenção recebeu educação continuada (LEE, GRACE & TAYLOR, 2006).

O desfecho primário foi estabelecido como a adesão ao tratamento mensurado pela contagem dos comprimidos restantes na embalagem em cada visita de seguimento. Os desfechos secundários foram alterações de pressão sanguínea e LDL-Colesterol (LEE, GRACE & TAYLOR, 2006).

A média de adesão a medicamentos na fase de alo-

cação foi de $61,2 \pm 13,5\%$ e de $96,9 \pm 5,2\%$ na fase I, após 6 meses de intervenção ($P < 0,001$). Entretanto, após randomização dos indivíduos para grupo controle ou intervenção, os resultados diferem, sendo que, o grupo controle, teve média de $69,1 \pm 16,4\%$ e o grupo intervenção, de $95,5 \pm 7,7$ ($P < 0,001$). O aumento estatisticamente significativo da adesão ao tratamento, foi associado à melhora dos desfechos secundários (pressão e LDL-C) (LEE, GRACE & TAYLOR, 2006).

O modelo de dispensação de embalagens personalizadas de medicamentos com doses individualizadas, por sua complexidade, exige um preparo de alto custo o que pode ser uma das limitações do estudo e seu uso na prática clínica.

CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que a educação de pacientes dislipidêmicos, a curto e médio prazo, aumenta a adesão ao tratamento, à dieta e exercícios físicos melhorando perfil lipídico.

Entretanto, isso não se mantém em longo prazo o que sugere a necessidade de um programa de educação continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURKE, L.; DUNBAR-JACOB, J.; ORCHARD, T & SEREIK, S. Improving adherence to a cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Patient Education and Counseling* 2005; 57: 134-142.
- CHENG, C.; GRAZIANI, C & DIAMOND, J. Cholesterol-Lowering Effect of the Food For Heart Nutrition Education Program. *J. Am. Dietetic Association* 2004; 104 (12): 1868-72
- Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel iii). *JAMA* 2001; 285 (19): 2486-2497.
- FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio Eletrônico*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. Versão 3.0
- FURMAGA, E.M. Pharmacist management of a hyperlipidemia clinic. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1993; 50(1): 91-95.
- HOUAISS, A & VILLAR, M.S. *Língua Portuguesa – Dicionário*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001
- LEE, J.; GRACE, K & TAYLOR, A. Effect of a Pharmacy Care Program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol. *JAMA* 2006; 296 (21): 2563-71.
- LEE, S.S.; CHEUNG, P.Y & CHOW, M.S. Benefits of individualized counseling by the pharmacist on the treatment outcomes of hyperlipidemia in Hong Kong. *J. Clin. Pharmacol.* 2004; 44(6):632-639.
- LIP, G.Y & BEEVERS, D.G. Doctors, nurses, pharmacists and patients - the Rational Evaluation and Choice in Hypertension (REACH) survey of hypertension care delivery. *Blood Press Suppl* 1997; 1:6-10.
- OSTERBERG, L & BLASCHKE, T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353(5):487-497.
- PAULOS, C.P.; NYGREN, C.E.; CELEDON, C & CARCAMO, C.A. Impact of a pharmaceutical care program in a community pharmacy on patients with dyslipidemia. *Ann. Pharmacother.* 2005; 39(5):939-943.
- STRÖMBERG, A. Educating nurses and patients to manage heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2002;1: 33-40.
- STRÖMBERG, A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2005;7: 363-369.
- TSUYUKI, R.T.; JOHNSON, J.A.; TEO, K.K.; SIMPSON, S.H.; ACKMAN, M.L & BIGGS, R.S. & *et al.*. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch. Intern. Med.* 2002; 162(10):1149-1155.
- VAN SLUIJS, E.; VAN POPPEL, M.; TWISK J.; BRUG, J & VAN MECHELEN, W. The positive effect on determinants of physical activity of a tailored, general practice-based physical activity intervention. *Health Education Research* 2004; 20 (3): 345-356.

Endereço para correspondência

Dauana P. Eizerik

E-mail: eizerik@osite.com.br

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – 3.º andar – Ala Norte, sala 306

90035-903 - Porto Alegre – RS