

***Abordagem da Dislipidemia em
Medicina Geral e Familiar – Avaliação
de Atitudes e Conhecimentos no
Sentido da Capacitação***



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina

Ana Rafael de Matos Valadas

Orientador: Rui Portugal

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Ano Lectivo 2015/2016

Resumo

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, envolvendo directa e indirectamente elevados custos económicos. A hipercolesterolemia, um dos principais factores de risco modificáveis de doença aterosclerótica, afecta aproximadamente metade da população com idade entre os 18 e os 75 anos, tornando-se assim premente definir estratégias no sentido de diminuir as falhas na detecção precoce e tratamento adequado das dislipidemias. Com este objectivo, foi elaborado um inquérito para avaliar a abordagem das dislipidemias pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, com foco em vários parâmetros: as características do médico; os obstáculos ao alcance dos objectivos; a utilidade das ferramentas de apoio; as atitudes na aplicação das Normas de Orientação Clínica (NOCs) na prática; e a modificação dos estilos de vida. Pretende-se que o inquérito seja testado para futura aplicação nos vários ACES do país, para elaborar diferentes estratégias com o objectivo de melhorar os *outcomes* em saúde dos doentes com dislipidemia, como por exemplo elaborar guias práticos, algoritmos intuitivos e formações direccionadas aos principais pontos em falha em cada USF/UCSP, no sentido de proporcionar à nossa população os melhores cuidados que existem a cada momento, numa abordagem construtiva ao encontro de um constante crescimento dos profissionais de saúde e da própria comunidade.

Abstract

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Portugal, involving direct and indirect high economic costs. Hypercholesterolemia, one of the major modifiable risk factors for atherosclerotic disease, affects approximately half of the population aged between 18 and 75 years, it becomes urgent to define strategies to reduce gaps in early detection and treatment of dyslipidemias. For this purpose, a survey was designed to assess the approach of dyslipidemias by Family Medicine doctors, focused on several parameters: physician characteristics; obstacles to achieve the objectives; the usefulness of supporting tools; attitudes in applying the guidelines in clinical practice; and the modification of lifestyles. The survey is intended to be tested for future application in several ACES, to develop different strategies in order to improve the outcomes in health of patients with dyslipidaemia, such as drawing up practical guides, intuitive algorithms and delivering trainings directed to the main points in failure in each USF/UCSP, to give people the best healthcare, in a constructive approach to meet a steady growth of the health professionals and the community.

Índice

Índice	3
1. Enquadramento.....	4
2. Objectivo	6
3. Construção do Questionário	7
3.1. Características do médico	7
3.1.1. Anos de profissão, número de doentes e formação pós-graduada.....	7
3.1.2. Unidade onde exerce funções.....	9
3.2. Obstáculos ao alcance dos objectivos.....	9
3.3. Utilidade das ferramentas de apoio.....	10
3.4. As Normas na prática clínica	10
3.5. Conhecimentos, atitudes e crenças	11
3.5.1. A influência das atitudes e crenças	11
3.5.2. A Teoria da Acção Racional e a confiança na prevenção e tratamento.....	12
3.6. Prescrição de exercício físico	13
3.7. Utilização de casos clínicos em ferramentas de auditoria	15
4. Organização do Questionário.....	16
5. Testar o Questionário.....	17
6. Conclusão	17
7. Bibliografia	19
8. Agradecimentos	20
9. Anexos	21
9.1. Anexo I – Questionário elaborado	21

Este documento não foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

1. Enquadramento

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal ¹, desde que os dados relativos aos óbitos por sexo começaram a ser tratados em 1970, sendo assim uma importante origem de morbilidade e perda de potenciais anos de vida na população portuguesa, envolvendo directa e indirectamente elevados custos económicos.

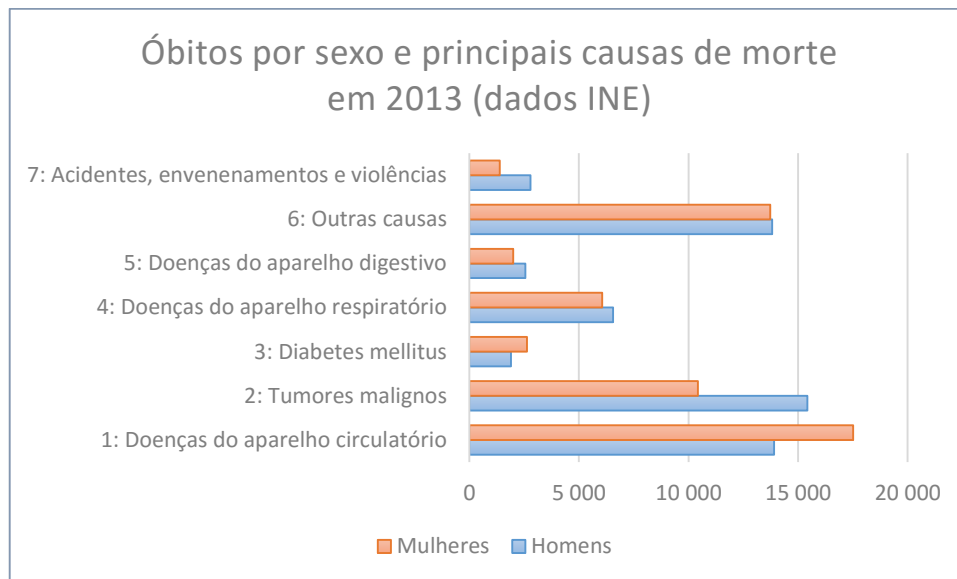


Figura 1: Óbitos por sexo e principais causas de morte em 2013 - Gráfico elaborado a partir dos dados do Instituto Nacional de Estatística. ¹

A prevenção dos factores de risco de doença aterosclerótica tem sido uma das preocupações das sociedades científicas e das autoridades de saúde, bem expressa na Carta Europeia para a Saúde do Coração, que a Sociedade Europeia de Cardiologia e a Rede Europeia do Coração apresentaram no Parlamento Europeu em Junho de 2007. ² De entre os factores de risco modificáveis, a dislipidemia em geral e a hipercolesterolemia em particular têm uma relação com a doença aterosclerótica bem demonstrada epidemiologicamente em numerosos estudos, e o seu controlo uma correspondente redução das doenças cardiovasculares. ³

As dislipidemias são alterações metabólicas das lipoproteínas decorrentes de perturbações funcionais em qualquer fase do metabolismo lipídico e que levam a alterações nos seus níveis séricos, manifestando-se pela elevação da concentração do colesterol sérico total (CT), do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (c-LDL) e/ou

dos triglicéridos, e/ou pela diminuição do colesterol de lipoproteína de alta intensidade (c-HDL).⁴ A elevação do CT e do c-LDL tem recebido particular atenção, visto que pode ser modificado pela associação da alteração de estilos de vida com a terapia farmacológica.⁵

Em 2010 foi publicado o estudo HIPOCRATES, que teve como objectivo definir a prevalência e caracterização da hipercolesterolemia em Portugal. Neste estudo epidemiológico transversal efectuado numa amostra representativa da população portuguesa de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 75 anos, verificou-se que o nível médio do colesterol total foi de 191 ± 38 mg/dl, com uma prevalência de hipercolesterolemia (colesterol total >190 mg/dl) de 56%, e o valor médio dos triglicéridos foi de 169 ± 93 mg/dl, sendo este valor superior a 150 mg/dl em 53% dos casos.³ Neste estudo foi também relatado que a dislipidemia tem uma maior prevalência acima dos 50 anos, pelo que é expectável que a prevalência aumente ainda mais na população portuguesa, concordante com o aumento da esperança média de vida e com o gradual envelhecimento da população.

Idade (anos)	Colesterol Total (>190 mg/dl)	Colesterol LDL (>115 mg/dl)	Colesterol HDL (40 mg/dl nos H, 45 mg/dl nas M)	Triglicéridos (>150 mg/dl)
<40	47%	35%	59%	47%
40-49	58%	46%	60%	53%
50-59	67%	48%	48%	59%
60-74	64%	42%	53%	59%
p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001

Figura 2: Prevalência dos componentes da dislipidemia por classe etária.³

Torna-se assim premente canalizar recursos e definir estratégias, no sentido de se apostar na detecção precoce da dislipidemia e no seu tratamento adequado, que são fundamentais para uma correcta prevenção e controlo da progressão da doença. A abordagem dos doentes com dislipidemia é um problema multifactorial, que envolve não só os profissionais de saúde mas também os próprios doentes e o sistema de saúde.⁶ Os cuidados de saúde primários, que têm um contacto próximo e holístico com a comunidade, tornam-se assim num importante elemento para concretizar esta missão. Porém, este seguimento pode ter algumas falhas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pela falta de compreensão e de actualização do conhecimento relativos às *guidelines*, a falta de ferramentas intuitivas para consulta na tomada de decisão, o tempo

limitado das consultas e a reduzida formação prática em intervenções para a modificação dos comportamentos dos doentes. Além disto, foi demonstrado que as atitudes dos médicos relativamente à abordagem do doente com dislipidemia são um determinante mais importante do que o conhecimento clínico dos mesmos.⁶ É, por isso, de capital importância haver uma monitorização da abordagem diagnóstica, terapêutica e de seguimento e dos *outcomes* em saúde relativos à dislipidemia nas diferentes USF/UCSP, visto que a dislipidemia é um factor passível de ser modificado quer através de alterações comportamentais (dieta, exercício físico, cessação tabágica, entre outros), quer através de terapêutica farmacológica, reduzindo assim a morbilidade e mortalidade cardiovascular.⁵ Com o objetivo de diminuir a variação da prática clínica e apoiar o profissional de saúde, têm sido publicadas Normas de Orientação Clínica (NOCs) pela Direcção-Geral de Saúde (DGS). No entanto, alguns estudos demonstraram lacunas no conhecimento e aplicação prática dessas orientações: apenas uma em cada quatro pessoas que necessitam de terapia antilipidémica a recebe e só uma pequena percentagem das que a recebem está bem controlada.⁷

2. Objectivo

No sentido de complementar os processos de auditoria interna das USF/UCSP, o presente estudo foi conduzido com o objectivo de elaborar um inquérito para compreender quais os principais pontos a melhorar na abordagem dos médicos relativamente aos doentes com dislipidemia, para elaborar diferentes estratégias no futuro com o objectivo de melhorar os *outcomes* em saúde destes doentes, como por exemplo elaborar guias práticos, algoritmos intuitivos e formações direccionadas aos principais pontos em falha em cada USF/UCSP.

3. Construção do Questionário

Para a construção da ferramenta proposta, foi feita uma revisão bibliográfica no sentido de fazer uma selecção dos tópicos mais importantes a serem avaliados neste âmbito, para ir ao encontro dos objectivos propostos. Deste modo, foram seleccionados os seguintes temas, que serão desenvolvidos em pormenor de seguida:

- 3.1. Características do médico
- 3.2. Obstáculos ao alcance dos objectivos
- 3.3. Utilidade das ferramentas de apoio
- 3.4. As Normas na prática clínica
- 3.5. Conhecimentos, atitudes e crenças
- 3.6. Prescrição de exercício físico
- 3.7. Utilização de casos clínicos em ferramentas de auditoria

3.1. Características do médico

3.1.1. Anos de profissão, número de doentes e formação pós-graduada

Num estudo português, desenvolvido junto dos médicos de família do ACeS de Santo Tirso/Trofa em 2012, foi estudada a relação entre a percentagem média de respostas de acordo com as recomendações clínicas, relativamente ao rastreio das dislipidemias, e as variáveis demográficas dos médicos inquiridos, pelo que se verificou que os médicos mais jovens (26,1%) apresentaram uma média de respostas correctas significativamente superior à obtida pelos médicos mais velhos (18,6%) ($p=0,007$). Foram também verificadas diferenças estatisticamente significativas na percentagem média de respostas de acordo com as NOC no grupo de questões relativas ao rastreio e à monitorização das dislipidemias, nos médicos com menos anos de experiência e naqueles que tinham mais anos de experiência ($p=0,022$ e $0,048$, respetivamente).⁸

Numa revisão sistemática, publicada em 2005 e que tinha como objectivo estudar a relação entre a experiência clínica e a qualidade dos cuidados de saúde, foi demonstrado que a abordagem clínica de acordo com as *guidelines* estava relacionada com os anos de exercício da profissão e com o volume de doentes inversamente, o que estava de acordo com outros estudos na área que sugeriam uma relação inversa entre os anos de exercício e a qualidade dos cuidados prestados.⁹ Noutro estudo, de 2008, foi relatado que os médicos de família que exerciam há 10 anos ou menos foram os que mais significativamente fizeram decisões clínicas de acordo com as recomendações das *guidelines* no sentido de tratar os doentes com risco cardiovascular do que os médicos que exerciam há mais de 10 anos.¹⁰ Uma das possíveis explicações para este panorama é o facto de poder ser difícil, para os médicos na profissão há mais tempo, ultrapassar a inércia da prática clínica anterior. Neste estudo foi também demonstrado que os médicos de família que estimaram ver um pequeno número de doentes com hipertensão e dislipidemia ($\leq 25\%$) foram os que mais significativamente fizeram decisões clínicas de acordo com as recomendações das *guidelines* no sentido de tratar os doentes com risco cardiovascular, do que os médicos que estimavam ter mais doentes com esta patologia.

Além disto, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação feita entre os profissionais que tiveram formação pós-graduada específica em dislipidemias e aqueles que não mencionaram qualquer tipo de formação nesta área.

8

Estes factos constituem um alerta real para a necessidade constante que os médicos têm de rever conceitos e actualizar os seus conhecimentos frequentemente, dado não só os avanços científicos na área da prevenção cardiovascular mas também dada a prevalência crescente de doentes com dislipidemia que tem vindo a verificar-se. Tendo isto em conta, decidi questionar no inquérito o número de anos de profissão e a existência ou não de formação pós-graduada, no sentido de estudar se esta última seria uma mais-valia na formação dos médicos inquiridos. Decidi não questionar acerca do número de doentes com dislipidemia que seguiam regularmente, visto ser uma informação que pode ser adquirida através dos sistemas informáticos de cada Unidade.

3.1.2. Unidade onde exerce funções

Tendo em conta que um dos objectivos para este projecto é aplicar acções de formação direccionadas aos principais pontos a melhorar na abordagem dos médicos de cada uma das unidades do ACES, torna-se necessário entender a quais unidades é que correspondem as respostas analisadas, de modo a adaptar estas formações o mais possível à realidade de cada centro de saúde.

3.2. Obstáculos ao alcance dos objectivos

Num estudo de 2008, aplicado a médicos internistas e médicos de família dos Estados Unidos da América, o custo da medicação (87.7%), a adesão à terapêutica (74.1%), o tempo adequado ao aconselhamento (55.7%), as ferramentas para educação do doente (47,1%) e o conhecimento e as *skills* necessárias para recomendar alterações na dieta (47.8%) foram citadas como barreiras significativas na abordagem aos doentes com dislipidemia.¹⁰

No estudo português desenvolvido junto dos médicos de família do ACeS de Santo Tirso/Trofa, as barreiras significativas citadas foram: a adesão à terapêutica (88.7%), o custo da medicação (88.6%) os efeitos secundários da medicação (81.8%), a compreensão do doente quanto aos objectivos do tratamento (65.9%) e a presença de comorbilidade (61.3%).⁸

A percepção do tempo e dos recursos disponíveis pelos médicos levam a que estes estejam menos disponíveis para tratar agressivamente os doentes com agentes farmacológicos, por não sentirem que têm o tempo necessário para aconselhar os doentes dos benefícios e riscos do tratamento, assim como para explicar a posologia e aplicar estratégias para aumentar a adesão à terapêutica.

Torna-se assim imperativo procurar saber activamente e com regularidade quais as maiores dificuldades dos médicos na abordagem de cada patologia, no sentido de definir estratégias em conjunto para colmatar as possíveis falhas, o que se traduzirá em melhores *outcomes* em saúde no futuro.

3.3. Utilidade das ferramentas de apoio

Num estudo nacional americano de 2006 foi demonstrado que as calculadoras de risco cardiovascular a 10 anos eram sempre ou muito frequentemente utilizadas por apenas 17% dos médicos de família, apesar das *guidelines* recomendarem o seu uso.¹¹ Foi também relatado noutro estudo de 2004, que estudou 300 médicos de família, que 95% dos médicos estavam informados acerca das novas *guidelines*, mas menos de 50% sabiam identificar correctamente doentes de baixo e alto risco cardiovascular.¹²

Tendo em conta estas dificuldades, seria interessante entender a utilidade de novas ferramentas de apoio à decisão clínica, nomeadamente algoritmos e esquemas mais adaptados à prática clínica, tendo em conta o tempo escasso de consulta e a necessidade de orientação mais imediata. Foi por isso questionado no inquérito qual a utilidade das NOCs e qual a utilidade que teria um algoritmo clínico que esquematizasse as próprias NOCs, no sentido de providenciar o melhor cuidado aos doentes seguidos.

3.4. As Normas na prática clínica

Segundo 53,5% dos médicos inquiridos no estudo português acima referido, em Santo Tirso, o rastreio do perfil lipídico deveria ser realizado nas mulheres antes dos 18 anos, enquanto 27,9% afirmaram realizar o mesmo nas mulheres com mais de 40 anos. Por outro lado, 50% dos médicos efetuariam o rastreio nos homens com idade inferior a 18 anos, enquanto 20,5% referiram rastrear os homens com idade superior a 40 anos.⁸ Ou seja, a maioria dos médicos inquiridos realizaria o rastreio do perfil lipídico nas mulheres e nos homens com idades inferiores aos 18 anos de idade, o que não está em conformidade com as orientações clínicas actuais que apontam os 40 anos para os homens e os 50 anos ou a menopausa para as mulheres. Noutro estudo foi também referido que quase todos os médicos de família reportaram que costumam prescrever a avaliação do perfil lipídico frequentemente a utentes mesmo sem risco cardiovascular para doença coronária.¹¹ Noutro estudo, publicado em 2006 no *Journal of the American Board of Family Medicine*, 69% dos médicos reportaram iniciar a avaliação do perfil lipídico nos jovens adultos (entre os 18 e os 34 anos) do sexo masculino, enquanto 62% reportaram iniciar a avaliação em mulheres da mesma idade. Estes factos poderão ser atribuídos a

uma eventual confusão com as recomendações no âmbito da Saúde Infantil, em que está determinado fazer a deteção precoce de dislipidemia nas crianças com risco familiar.

Relativamente à reavaliação de um doente com diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos: 45,5% dos médicos avaliados em Santo Tirso referiram realizar a mesma após 3 meses nos doentes com valores do perfil lipídico alterados; 54,5% dos inquiridos afirmaram reavaliar duas vezes por ano os seus doentes, com valores do perfil lipídico controlados; 68,2% mencionaram realizar a reavaliação dos doentes após 3 a 6 meses de tratamento.⁸ Noutro estudo americano, a frequência de visitas ao médico de família por ano foi praticamente uniforme para os doentes bem controlados (média de 2.2 visitas por ano) e para os não-controlados (média de 4.2 visitas por ano).¹¹

Na questão referente ao tempo de terapêutica farmacológica necessário para diminuir ou normalizar o perfil lipídico, 53,5% dos médicos referiram 3 a 6 meses.⁸

Muitos outros aspectos das *guidelines*, como o uso de uma abordagem sistemática e multidisciplinar da dislipidemia, a avaliação actualizada do uso da calculadora de risco cardiovascular a 10 anos para a decisão clínica em doentes com dislipidemia, e o uso de terapêutica combinada em doentes que não chegam aos seus objectivos de c-LDL ainda não tinham sido usados em inquéritos auto-relatados da prática clínica.¹¹ Tendo em conta que a visão destes pontos poderia ser útil no *design* de inquéritos deste tipo, no sentido de melhorar a abordagem dos doentes com dislipidemia nos cuidados de saúde primários, estas temáticas foram incluídas na ferramenta elaborada.

3.5. Conhecimentos, atitudes e crenças

3.5.1. A influência das atitudes e crenças

Foi demonstrado por diversos estudos que as atitudes dos médicos relativamente ao tratamento da dislipidemia são um determinante dos *outcomes* do doente mais importante do que o conhecimento clínico dos mesmos. Num estudo desenvolvido em 2003, com o intuito de elaborar um inquérito que demonstrasse a importância das atitudes e crenças dos médicos no tratamento da dislipidemia, foi relatado que os médicos que duvidavam da eficácia das estatinas ou da sua eficiência em grupos particulares de doentes tendiam a não tratar a dislipidemia como indicado nas *guidelines*. Além disso,

alguns médicos acreditavam que os seus doentes viam o aumento da dose das estatinas negativamente, evitando fazê-lo para não transmitir a ideia de que o tratamento ou o doente tinham de alguma forma falhado, não querendo desmotivá-lo.¹³ Assim, estes profissionais de saúde tomavam decisões baseadas nas suas percepções da parte psicológica do doente relativamente ao processo de tratamento, pelo que tendiam a prescrever tratamentos alternativos, como encorajar a mudança da dieta ou a prática de exercício ou a adição de agentes hipolipemiantes, ao invés de aumentar a dose da estatina em doentes não controlados, como sugerido nas *guidelines*.

Foi também relatado noutro estudo que alguns médicos achavam suficiente que o doente com dislipidemia chegasse “suficiente perto do objectivo”, ou seja que tivesse 10 a 20 pontos menos de c-LDL do que o valor recomendado pelas normas, e, portanto, eram menos agressivos no tratamento. Esta crença poderá ser potenciada pela condição crónica e assintomática da doença, pelo que não vêem necessidade de chegar ao objectivo terapêutico rápido.⁶

Tendo estes factores em conta, as perguntas do inquérito foram elaboradas de modo a serem questões direccionadas à própria prática do médico, ou seja o que este faz, como por exemplo: “I.13 Quando os objectivos terapêuticos não são alcançados com uma estatina na dose máxima recomendada/tolerada, adiciono frequentemente à medicação uma estatina mais potente.”, ao invés de questionar “Existe evidência de que quando os objectivos terapêuticos não são alcançados com uma estatina na dose máxima recomendada/tolerada, deve ser adicionada à medicação uma estatina mais potente”, como é feito na ferramenta de auditoria interna anexa às NOCs actuais. Assim, poderá ser avaliada a verdadeira prática clínica, muito além dos conhecimentos que detêm ou das crenças de cada um.

3.5.2. A Teoria da Acção Racional e a confiança na prevenção e tratamento

A Teoria da Acção Racional, publicada em 1980 por Fishbein & Ajzen, demonstrou a hipótese de que as atitudes individuais no sentido de determinados comportamentos, assim como as normas e regras sociais do ambiente em que a pessoa vive, moldavam a intenção individual da pessoa comportar-se de determinada forma.¹⁴ Ou seja, se os doentes com dislipidemia, por exemplo, acreditarem que mudar o seu estilo

de vida e medicarem-se com estatinas lhes trarão benefícios, tenderão a ser favoráveis a estas mudanças no seu quotidiano. Neste sentido é importante que os médicos assistentes tenham a inteligência emocional e a confiança necessárias no sentido de conseguir influenciar os seus doentes na sua tomada de decisão, pelo que também podem ser planeadas formações para capacitar os médicos de família nestas *soft skills*.

3.6. Prescrição de exercício físico

O aconselhamento relativamente à prática de exercício pelos médicos de família tem aumentado a participação dos doentes em actividades físicas. Quando questionados, os doentes admitem que gostariam que o seu médico de família lhes prescrevesse exercício e que estariam mais interessados em praticar exercício se fossem aconselhados por este.¹⁵ De facto, existem revisões da Cochrane que estabeleceram que o aconselhamento por profissionais de saúde e o suporte contínuo para a prática de exercício físico encoraja os doentes a aumentarem a sua actividade física a curto e médio prazo.¹⁶ O eurobarómetro 72.3, publicado em 2010, indica que 55% da população portuguesa é inactiva. A promoção de exercício físico representa assim uma prioridade ao nível da saúde pública, sendo necessário intervir em várias frentes: individual, familiar, cuidados de saúde, comunitária e governamental.¹⁷

Um dos temas abordados na reunião anual da *American College of Sports Medicine* de Junho de 2011 foi precisamente o aconselhamento sobre exercício físico pelos médicos. O autor desta comunicação referiu que existe evidência de que cerca de dois terços das pessoas estariam dispostas a serem mais fisicamente activas se os seus médicos realizassem um aconselhamento nesse sentido. Nesta mesma comunicação foram transmitidos os resultados de um estudo que revelou que os estudantes de Medicina com hábitos saudáveis e que praticam exercício físico de forma regular estão mais propensos a prescreverem exercício físico na sua prática clínica futura.

As barreiras à prescrição de exercício físico, que podem explicar as diferenças observadas no aconselhamento para a mudança de comportamentos em saúde, incluem: a falta de tempo, a falta de formação e qualificação, a inexistência de materiais/protocolos de aconselhamento e a falta de confiança na alteração de comportamentos. Além disso, há também as barreiras associadas aos próprios doentes, das quais se destacam: a falta de

tempo (“levanto-me cedo e chego a casa tarde e cansado”), custos elevados (vestuário e calçado adequados), medo de lesões, reduzida auto-confiança e falta de um local adequado perto da sua residência.¹⁷ É de capital importância que os médicos avaliem as fontes de suporte social, identifiquem correctamente as possíveis barreiras para a prática de exercício físico e ajudem as pessoas a encontrar caminhos para ultrapassar essas barreiras na sua área de residência.

A prescrição de exercício físico considera-se, mesmo, uma verdadeira prescrição, semelhante a outras terapêuticas, com as suas indicações e efeitos secundários.¹⁷ Para que isto aconteça, é também importante que os médicos recebam formação nesta área. O projecto *Physician-based Assessment and Counseling for Exercise* (PACE) é um programa de aconselhamento de exercício físico baseado em sessões médicas nos cuidados de saúde primários, que deve ser estudado e pensar a sua gradual inclusão em Portugal.

É também de salientar a diferença existente no currículo das Escolas Médicas em Portugal nesta área, pelo que se destaca a unidade curricular de Prescrição de Exercício Físico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em que são lecionadas as *guidelines* de quantidade, intensidade e os vários tipos de exercício indicados para as patologias mais prevalentes em Portugal, pelo que os estudantes têm uma aula inteiramente dedicada à prescrição de exercício físico no contexto de dislipidemia. Deve-se, assim, tentar migrar estes conteúdos programáticos para o currículo das restantes Escolas Médicas, no sentido de uniformizar a formação dos médicos de família do futuro nesta área.

Tendo em conta o peso que uma vida activa pode ter na prevenção e no controlo da dislipidemia, assim como noutros factores de risco cardiovascular, é importante saber se os médicos de família sabem prescrever exercício físico, se conhecem quais os locais mais indicados à população na área onde exercem (por exemplo serviços da Junta de Freguesia associada ao centro de saúde), perceber quais as principais dificuldades dos médicos e utentes para adoptar uma vida mais saudável e planear acções de formação integradas para actualizar tanto os médicos como a própria população.

3.7. Utilização de casos clínicos em ferramentas de auditoria

Num estudo de validação prospectiva de três métodos para medir a qualidade dos sistemas de saúde, foi desenvolvida uma série de casos clínicos para examinar o padrão da abordagem clínica nos doentes com risco cardiovascular pelos médicos dos cuidados de saúde primários. Inicialmente, foi feita uma revisão da literatura científica para examinar lacunas conhecidas e suspeitadas entre a prática clínica dos médicos e as *guidelines* baseadas na evidência, no sentido de desenvolver um inquérito direcionado a essa avaliação. Baseando-se na evidência existente, desenvolveram um conjunto de casos clínicos, sendo que esta abordagem nos inquéritos revelou-se ser um método eficaz e custo-eficiente para mensurar a tomada de decisão clínica destes médicos.¹⁸ Noutro estudo, que trabalhou a hipótese de se elaborarem inquéritos com casos clínicos no sentido de avaliar a variação entre médicos na prática clínica, foi também demonstrada a vantagem da introdução de casos clínicos neste tipo de inquéritos, pois produzem melhores indicadores de qualidade sobre os cuidados prestados do que a revisão dos registos médicos, quando o objectivo é avaliar o diagnóstico diferencial, a selecção de doentes para avaliação lipídica e as decisões terapêuticas.¹⁹

As questões J, K e L constituem casos clínicos retirados destes estudos, para melhor complementar a ferramenta elaborada.

4. Organização do Questionário

Após toda a revisão bibliográfica feita no âmbito da dislipidemia, acima, foi então elaborado um inquérito – *vide* Anexo 1.

O instrumento elaborado baseia-se num questionário de autopreenchimento, criado para avaliar a tomada de decisão dos profissionais de saúde na prática clínica relativamente à abordagem dos doentes com dislipidemia, elaborado com base nas fontes atrás referidas (*vide* Construção do Inquérito) e nas Normas de Orientação Clínica da Direcção-Geral de Saúde. O conteúdo do questionário inclui aspectos fundamentais a todos os profissionais de saúde, nomeadamente a monitorização da abordagem diagnóstica, terapêutica, de seguimento e dos *outcomes* em saúde relativos à dislipidemia.

O inquérito foi dividido em quatro partes – A primeira constituída por 7 questões de enquadramento do médico, com o objectivo de obter dados biográficos dos profissionais de saúde, assim como a existência de formação pós-graduada específica na área das dislipidemias, de modo a poder fazer uma avaliação fidedigna dos dados posteriormente; A segunda por 10 perguntas de escolha múltipla, ordenadas de “A” a “H”, constituídas por diversas alíneas; A terceira por 1 questão com 27 afirmações relacionadas com a prática clínica habitual, baseadas nas NOCs e na análise das atitudes e prática dos médicos, e não simplesmente nos seus conhecimentos acerca da evidência científica, classificadas com Sim ou Não; E a quarta e última parte, constituída por 3 casos clínicos, ordenados de “J” a “L”.

Tendo em conta que a opinião de médicos que se deparam com a realidade desta patologia diariamente é de capital importância para construir uma ferramenta de qualidade, pretende-se que o inquérito seja testado no futuro por médicos que exercem a especialidade de Medicina Geral e Familiar.

5. Testar o Questionário

Para passar à fase de teste do questionário, foi pedida autorização à Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte e à Presidente do Conselho Clínico e da Saúde do referido ACES para que o inquérito fosse testado na UCSP Sete Rios, com uma amostra simples de conveniência constituída por 20 médicos especialistas de MGF que consentissem participar. Até à data da apresentação deste documento ainda não tinha sido enviada qualquer resposta no sentido da autorização.

Após a fase de teste, pretende-se aplicar o inquérito em todas as USF/UCSP pertencentes ao ACES Lisboa Norte, para posteriormente tratar os dados e traduzir os resultados em formações integradas dirigidas às dificuldades demonstradas em cada USF/UCSP.

6. Conclusão

Estudos recentes demonstraram que os médicos têm um conhecimento satisfatório das *guidelines*, ainda com algumas lacunas de conhecimento e aplicação, e que as atitudes desempenham um papel mais importante nos padrões de prática clínica. No entanto, as atitudes de cada médico podem ser potencialmente modificadas para estimular a adopção de comportamentos específicos no contexto do tratamento ou melhorar a comunicação médico-doente sobre a dislipidemia.⁶ Além disto, é também importante ter em conta que a atitude do médico relativamente à doença e tratamento é apenas uma parte de um problema multifactorial, que inclui também o doente e o serviço de saúde.

Estratégias educacionais inovadoras, para colmatar as principais barreiras referidas pelos médicos na abordagem aos doentes com dislipidemia, podem facilitar a implementação de recomendações baseadas nas *guidelines*.¹⁰ É, assim, importante que os médicos se foquem nas barreiras que os próprios podem tentar influenciar para serem ultrapassadas, como elaborar protocolos de avaliação e tratamento nos seus consultórios e usar a calculadora de risco cardiovascular a 10 anos regularmente para as suas tomadas de decisão.¹¹

A razão mais importante dada pelos médicos para a recusa do preenchimento deste tipo de inquéritos é a falta de interesse no tema. Por isto, é mais provável que os médicos de família que completam o inquérito tenham mais interesse e/ou mais conhecimento na área das dislipidemias, o que pode gerar o enviesamento nos resultados. Além disso, estes inquéritos são auto-relatados, o que pode gerar discrepâncias entre o que os médicos reportam relativamente à sua prática clínica e a sua conduta real. ¹¹

Os médicos de família encontram-se numa posição privilegiada para tentar mudar o comportamento das pessoas, não só pelo acompanhamento longitudinal e continuado da população, mas também pelo conhecimento do meio familiar, ambiental e comunitário que rodeia os indivíduos. O incentivo à mudança dos estilos de vida, nomeadamente a prescrição de exercício físico, deve ser visto como um processo com a finalidade de obter os maiores benefícios com os menores riscos, devendo contar com um plano escrito/esquematizado com os objectivos a alcançar: não basta indicar que se deve fazer exercício ou perder peso. À semelhança do que se faz com qualquer outra medicação, é necessário especificar os aspectos quantitativos e qualitativos destas mudanças de hábitos. Ser um mero agente de saúde que dá autorização e ordens no que concerne às mudanças de estilo de vida e ao início de uma nova terapêutica, a utentes cada vez mais envelhecidos que muitas vezes já estão sujeitos a poli-medicação por multi-patologia, certamente não trará qualquer benefício para a pessoa. Ser conselheiro, avaliar e ajudar o indivíduo, negociando o plano para atingir os objectivos necessários em cada caso, é sem dúvida a melhor abordagem.

É, por isso, necessário que sejamos a cada dia que passa os promotores da mudança, no sentido de conseguirmos proporcionar à nossa população os melhores cuidados que existem no momento. Identificar fragilidades e propor soluções é crucial para que a comunidade médica corresponda às necessidades da população. Pretende-se, portanto, que este estudo seja uma porta aberta para a implementação de uma abordagem construtiva nos cuidados de saúde primários, no sentido de um constante crescimento dos profissionais de saúde e da própria comunidade.

7. Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estatística. *Óbitos por Sexo e principais causas de morte*. (2013).
2. Cardiologia, S. P. de. Carta Europeia para a Saúde do Coração. *J. Público* 12/02/2009, (2009).
3. Perdigão, C., Duarte, J. S. & Santos, A. Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal . Estudo HIPÓCRATES. *Rev. Factores Risco* 17, 12–19 (2010).
4. Woods, T. a, Decker, G. L. & Pedersen, P. L. Antihyperlipidemic drugs - in vitro effect on the function and structure of rat liver mitochondria. *J. Mol. Cell. Cardiol.* 9, 807–822 (1977).
5. Cífková, R., Vaverková, H., Filipovský, J. & Aschermann, M. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor Vasa* 56, e169–e189 (2014).
6. Foley, K. A., Vasey, J., Alexander, C. M. & Markson, L. E. Development and Validation of the Hyperlipidemia: Attitudes and Beliefs in Treatment (HABIT) Survey for Physicians. *J. Gen. Intern. Med.* 18, 984–990 (2003).
7. Norte, A. R. de S. do N. C. de F. e T. da R. *Dislipidemias - Manual de Boas Práticas*. (2006).
8. Valongo, Â. D ISLIPIDEMIAS: Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde do ACeS Santo Tirso/ Trofa. 33 (2012).
9. Choudhry, N. K., Fletcher, R. H. & Soumerai, S. B. Improving Patient Care Systematic Review : The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Am. Coll. Physicians* 142, 260–273 (2005).
10. Doroodchi, H. *et al.* Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam. Pract.* 9:42, (2008).
11. Eaton, C. B. *et al.* Family Physician’s Knowledge, Beliefs, and Self-reported Practice Patterns Regarding Hyperlipidemia: A National Research Network (NRN) Survey. *J. Am. Board Fam. Med.* 19, No.1, 46–53 (2006).
12. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 111, 499–510 (2005).
13. Brett, A. Psychological effects of the diagnosis and treatment of hypercholesterolemia: lessons from case studies. *Am. J. Med.* 91, (1991).
14. Fishbein & Ajzen. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. (1980).
15. Crookham, J. A Guide to Exercise Prescription. *Prim. Care - Clin. Off. Pract.* 40, 801–820 (2013).

16. Foster, C., Hillsdon, M., Thorogood, M. & Kaur, A. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 1–90 (2014). doi:10.1002/14651858.CD003180.pub2.Interventions
17. Carneiro, D. Prescrição de exercício físico: a sua inclusão na consulta. *Rev. Port. Clínica Geral* 27, 470–479 (2011).
18. Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R. & Lee, M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: A prospective validation of 3 methods of measuring quality. *Jama* 283, 1715–1722 (2000).
19. Veloski, J., Tai, S., Evans, A. & Nash, D. Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. *Am. J. Med. Qual.* 20, 151–157 (2005).

8. Agradecimentos

Ao Dr. Rui Portugal, pelo apoio que ofereceu ao longo da realização do trabalho, assim como pelo conhecimento e vasta experiência na área que me motivaram a fazer um projecto na área da Saúde Pública.

Ao Dr. Gonçalo Figueiredo, que me ajudou na escolha do tema deste trabalho e facilitou contactos no ACES Lisboa Norte para a realização da temática escolhida.

À minha família e amigos, pelo apoio e pela paciência em todos os projectos em que estive envolvida até hoje.

À Associação Nacional de Estudantes de Medicina, à Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, à *International Federation of Medical Students' Associations* e à *European Medical Students Association*, pela experiência e pelas *soft skills* que me deram enquanto dirigente associativa, pela mudança de visão e objectivos que me proporcionaram, pela vontade de fazer mais e melhor pela comunidade que será sempre a minha motivação.

A todas as pessoas que me inspiraram no meu percurso académico, pelo exemplo de trabalho, dedicação e honestidade que me motiva a mudar o mundo.

9. Anexos

9.1. Anexo I – Questionário elaborado



Questionário

Abordagem da Dislipidemia pelos Médicos do ACeS Lisboa Norte

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo uma importante origem de morbilidade e perda de potenciais anos de vida na população portuguesa. A dislipidemia é um factor de risco de doença cardiovascular bem estabelecido, sendo uma doença bastante prevalente entre a população portuguesa, pelo que a sua detecção precoce e tratamento adequado são fundamentais para uma correcta prevenção e controlo da progressão da doença.

Uma aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa propõe-se a realizar um estudo no âmbito do seu Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina, em que se procura elaborar uma ferramenta para identificar a abordagem relativa à Dislipidemia pelos médicos do ACeS Lisboa Norte, que diariamente se deparam com a realidade desta patologia.

O inquérito resume-se a um questionário de autopreenchimento elaborado e adaptado com base em estudos e recomendações nacionais e internacionais neste âmbito.

O questionário está dividido em quatro partes – A primeira constituída por 7 questões de enquadramento; A segunda por 10 perguntas de escolha múltipla, ordenadas de “A” a “H”, constituídas por diversas alíneas; A terceira por 1 questão com 27 afirmações relacionadas com a prática clínica habitual, classificadas com Sim ou Não; E a quarta e última parte, constituída por 3 casos clínicos, ordenados de “J” a “L”.

Relativamente à identificação, preencha apenas o espaço referente aos anos de exercício da profissão e o espaço relativo à formação pós-graduada específica em dislipidemias. Poderá deixar as suas sugestões directamente nas perguntas do questionário que entender e/ou na última página deste documento.

Não se pretende que preencha o inquérito, mas sim que tente responder a este e, à medida que for avançando nas perguntas, faça uma avaliação breve das perguntas, podendo, por exemplo, sugerir a mudança de certas perguntas por estarem pouco claras ou sugerir novas perguntas a serem aplicadas a esta ferramenta.

A sua colaboração neste trabalho é de capital importância para construir uma ferramenta de qualidade, para no futuro elaborarmos diferentes estratégias com o objectivo de melhorar os *outcomes* em saúde dos doentes com dislipidemia, como por exemplo elaborar guias práticos, algoritmos intuitivos e formações direccionadas aos principais pontos a melhorar em cada USF/UCSP.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Ana Valadas

Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FMUL

Questionário

Abordagem da Dislipidemia pelos Médicos do ACeS Lisboa Norte

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Anos de exercício da profissão: _____ Interno: Sim Não Ano de Internato: ____

Unidade onde exerce funções:

UCSP Alvalade USCP Benfica UCSP Lumiar UCSP Charneca

UCSP Sete Rios

USF do Parque USF Rodrigues Miguéis USF Carnide Quer USF Gerações

USF Luz USF das Conchas USF Tílias e US Telheiras/SCM Lisboa

Recebeu algum tipo de formação pós-graduada específica em dislipidemias? Sim Não

Se respondeu “sim” à pergunta anterior, por favor, especifique o tipo de formação e sua duração:

A. Quando um doente tem diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos e os valores do mesmo se encontram alterados, reavalio o doente:

- Após 2 meses Após 3 meses Após 6 meses Após 1 ano Após 2 anos

B. Quando um doente tem diagnóstico de alterações do metabolismo dos lípidos e os valores do mesmo se encontram controlados, reavalio o doente:

- Após 2 meses Após 3 meses Após 6 meses Após 1 ano Após 2 anos

C. Quando um doente não tem dislipidemia e tem risco cardiovascular baixo, repito a determinação do perfil lipídico:

- Após 6 meses Após 1 ano Após 2 anos Após 3 anos Após 5 anos

D. Após quanto tempo do início do tratamento, em média, consegue diminuir ou normalizar o perfil lipídico do doente dislipidêmico:

Até 6 meses 6-12 meses > 12 meses Não consegue

E. Das seguintes afirmações, indique quais os obstáculos que dificultam o alcance dos objectivos no tratamento da dislipidemia, utilizando a seguinte escala:

1 – Não é barreira

3 – Barreira importante

2 – Barreira pouco importante

4 – Barreira muito importante

	1	2	3	4
Custo da medicação				
Adesão à medicação				
Efeitos adversos da medicação				
Tempo adequado para aconselhamento				
Capacidade para educar o paciente				
Conhecimento e capacidade para recomendar mudanças na dieta				
Adesão às modificações do estilo de vida				
Presença de co-morbilidades				

F. Quão confiante se sente relativamente à sua capacidade para prevenir e tratar doentes com dislipidemia? (circunde apenas um, na escala de 1 a 10)

Nada Confiante

Moderamente confiante

Muito confiante

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G. Quão úteis considera as Normas de Orientação Clínica (NOC) da Direcção Geral de Saúde (DGS) para providenciar o melhor cuidado aos seus doentes? (circunde apenas um)

Nada Útil

Moderamente útil

Extremamente útil

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

H. Em comparação com as NOC, quão útil considera um algoritmo clínico que esquematiza a NOC para providenciar o melhor cuidado aos seus doentes? (circunde apenas um)

Menos Útil

Igualmente útil

Mais útil

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I. Nas afirmações abaixo, assinale de acordo com a sua prática clínica habitual, assinalando Sim (S) ou Não (N):

	S	N
1. Aconselho os meus doentes com dislipidemia relativamente à dieta que devem adoptar, elaborando um plano de alimentação e sugerindo o que deve ou não ser ingerido pelo doente.		
2. Ao iniciar o tratamento da dislipidemia com dieta e exercício, normalmente acho que estou a atrasar o início de um tratamento mais eficaz.		
3. Relativamente à alteração dos estilos de vida, faço uma prescrição de exercício físico semelhante ao que faço com qualquer medicação.		
4. Nas minhas consultas, diminuir a c-LDL é habitualmente de importância secundária comparativamente a outras condições de doença que os doentes têm.		
5. Reconheço que os objectivos terapêuticos relativos aos valores c-LDL definidos nas NOC devem ser vistos como sugestões e não como objectivos definitivos para todos os doentes.		
6. Reconheço que uma c-LDL de 120 está suficientemente perto do objectivo terapêutico para prevenir problemas cardíacos futuros em doentes com Doença Coronária.		
7. Nos doentes com Diabetes tipo 1 ou tipo 2 com um ou mais factores de risco, o objectivo terapêutico que pretendo é uma c-LDL inferior a 70 mg/dL.		
8. Nos doentes com risco cardiovascular moderado, o objectivo terapêutico primário que pretendo obter é um controlo analítico de Colesterol Total inferior a 190 mg/dL e c-LDL inferior a 115 mg/dL, através da alteração dos estilos de vida.		
9. Nos doentes assintomáticos com risco global cardiovascular alto, o objectivo terapêutico primário que pretendo obter é um controlo analítico de c-LDL inferior a 100 mg/dl.		
10. Referencio para consulta em centro de tratamento especializado os doentes com suspeita de dislipidemia familiar ou outra patologia genética do metabolismo das lipoproteínas.		
11. Nos doentes com risco cardiovascular alto ou muito alto, mercedores de tratamento farmacológico, o tratamento inicial que privilegio é a Sinvastatina 40 mg.		
12. Para prescrever terapêutica antidislipidémica, , utilizo sempre ou muito frequentemente um quadro de equivalência terapêutica das diferentes estatinas com a redução percentual de c-LDL que se pretende.		
13. Quando os objectivos terapêuticos não são alcançados com uma estatina na dose máxima recomendada/tolerada, adiciono frequentemente à medicação uma estatina mais potente.		
14. Quando os objectivos terapêuticos não são alcançados com uma estatina mais potente, não costumo adicionar à medicação Ezetimiba, Resina Permutadora de Iões ou Niacina.		
15. Nos doentes com Síndrome Coronário Agudo prescrevo uma terapêutica intensiva, com fibratos, tendo em conta a presença de comorbilidades e a terapêutica concomitante.		

16. Aquando da escolha de um fármaco antilipidémico, tenho em conta a expressão das alterações laboratoriais da dislipidemia, o efeito farmacológico a prosseguir, a facilidade de administração, o perfil de efeitos adversos, o perfil de segurança a longo prazo, os efeitos nos objectivos vasculares e a mortalidade total e a relação custo-eficácia (efectividade).		
17. Aquando da escolha do tratamento, tenho também como objectivo terapêutico aumentar as c-HDL, tendo em conta que este aumento pela terapêutica farmacológica previne a doença cardiovascular.		
18. Para o diagnóstico de dislipidemia prescrevo análises, ao sangue e em jejum, do Colesterol Total, c-HDL, c-LDL e Triglicéridos.		
19. Faço o rastreio de dislipidemia a doentes sem factores de risco cardiovascular com menos de 40 anos.		
20. Faço a determinação laboratorial do perfil lipídico a doentes do sexo feminino sem factores de risco cardiovascular com mais de 50 anos ou na pós-menopausa.		
21. Faço a determinação laboratorial do perfil lipídico a doentes do sexo masculino sem factores de risco cardiovascular com mais de 40 anos.		
22. Aquando de uma primeira determinação laboratorial do perfil lipídico com perfil dislipidémico, inicio imediatamente terapêutica para conseguir uma diminuição do risco cardiovascular o quanto antes.		
23. Na avaliação lipídica, considero o c-LDL como o principal parâmetro para caracterizar a dislipidemia.		
24. Para um benefício clínico adicional, para além do CT e do c-LDL prescrevo também a determinação da Apolipoproteína B (ApoB).		
25. Aquando do estudo do perfil lipídico dos doentes em geral, prescrevo a determinação da Lipoproteína (a) [Lp(a)].		
26. Faço a determinação laboratorial do perfil lipídico em todos os doentes com Diabetes Mellitus, independentemente da idade.		
27. Nos doentes com hábitos tabágicos, prescrevo a determinação laboratorial do perfil lipídico para avaliar o risco cardiovascular.		

J. Mulher de 45 anos, assintomática, TA 145/90 mm.Hg, IMC 28 kg/m², LDL 125 mg/dL, HDL 55 mg/dL, TG 200 mg/dL, e glicemia em jejum normal, qual a recomendação que daria em termos de farmacoterapia para a dislipidemia? (Sublinhe apenas uma opção)

- A- Atorvastatina 10mg à noite
- B- Ezetimibe 10 mg/dia
- C- Niacina 500 mg 2x/dia
- D- Não prescrevia terapêutica farmacológica específica para a dislipidemia

K. Homem de 50 anos, assintomático, não fumador, sem história familiar de Doença Coronária Prematura, TA 170/94 mm.Hg, IMC 26 kg/m², colesterol total 210 mg/dL, c-LDL 130 mg/dL, c-HDL 36 mg/dL, triglicéridos 256 mg/dl e glicemia em jejum 140 mg/dL, qual o valor de c-LDL que pretende obter? (Sublinhe apenas uma opção)

- A- c-LDL < 130 mg/dL
- B- c-LDL < 100 mg/dL
- C- c-LDL < 70 mg/Dl

L. Mulher de 45 anos, assintomática, TA 145/90 mm.Hg, IMC 28 kg/m², LDL 125 mg/dL, HDL 55 mg/dL, TG 200 mg/dL e glicemia em jejum normal, qual a recomendação dietética que faria?
(Sublinhe apenas uma opção)

- A- Redução dos lípidos saturados
- B- Redução dos lípidos monoinsaturados
- C- Redução dos lípidos polinsaturados
- D- Nenhuma redução de lípidos específicos, desde que a ingestão total não exceda os 30%

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

