UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Gheysa Fernanda da Silva Haas

Proposta de intervenção para reduzir a prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe da Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II

Florianópolis, Março de 2016

Gheysa Fernanda da Silva Haas

Proposta de intervenção para reduzir a prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe da Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Murielk Motta Lino
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Gheysa Fernanda da Silva Haas

Proposta de intervenção para reduzir a prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe da Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Murielk Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A síndrome metabólica é definida como um grupo de fatores de risco que diretamente contribuem para o desenvolvimento de doença cardiovascular, sendo fatores definidores a resistência à insulina, obesidade centralizada, hipertensão, níveis baixos de HDL-colesterol e altos de triglicerídeos. É atualmente um dos maiores desafios de saúde pública, pois aumenta em duas vezes a probabilidade de morte, três vezes a de ataque cardíaco e derrame, e cinco vezes o risco de desenvolver diabetes tipo II. A população apresenta-se cada vez mais obesa e sedentária contribuindo para o desequilíbrio do balanço energético e alterações dos mecanismos neuroendócrinos. Seu tratamento deve ter como objetivo alteração dos hábitos alimentares e incorporação de atividade física regular. A modificação do estilo de vida propicia melhora em todos os aspectos da síndrome metabólica, associando-se à redução de mortalidade. O estudo tem por objetivos reduzir a alta prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe de Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II. As atividades de intervenção propostas serão realizadas semalmente junto ao grupo Hiperdia, com anotações das medidas antropométricas. Os pacientes identificados como portadores de síndrome metabólica serão convidados a participarem das ações e então terão seu seguimento ambulatorial com realização de exames laboratoriais e prescrição medicamentosa. A equipe de Estratégia de Saúde da Família estará toda envolvida e atuará de forma integrada com o apoio de nutricionista, psicológico, fisioterapeuta e educador físico, visando a adesão à dieta e ao exercício e a consequente redução dos critérios da SM e dos riscos cardiovasculares. Os principais resultados esperados após a implementação do presente Projeto de Intervenção estão relacionados à melhoria da qualidade de atenção a saúde e bem estar aos pacientes com síndrome metabólica, promovendo mais conforto, saúde e qualdiade de vida para os que estão em tratamento de doenças crônicas atendidos pela equipe.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Síndrome Metabólica, Projeto de Intervenção

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13

4 METODOLOGIA 17

5 RESULTADOS ESPERADOS 19

REFERÊNCIAS 21

1 Introdução

A Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II atende em sua área de abrangência um quantitativo de 800 famílias, sendo 2608 pessoas no total. Destas, 1253 são do sexo masculino e 1355 do sexo feminino. Em relação a faixa etária, são 565 pessoas com menos de 20 anos (crianças e jovens), 1567 entre 20 e 59 anos (adultos) e 476 acima de 60 anos (idosos).

São alfabetizadas 96% da população acima de 15 anos, 20% tem cobertura por plano de saúde. A maioria das casas é feita de tijolo (83%), seguido da madeira (16%). Com relação ao abastecimento de água, 90% é feito pela rede pública, sendo o restante através de poço ou nascente, 80% não tratam a água no domicílio. Energia elétrica chega a quase 100% das famílias.

A coleta pública representa 90% do destino do lixo, sendo o restante queimado ou enterrado e uma pequena parcela permanece a céu aberto. Contam com sistema de esgoto 75% da população. A cobertura vacinal atinge 87,5%. A principais causas de óbito são as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratórios e as neoplasias. As causas externa tem grande importância na mortalidade.

Em relação a organização e movimentos sociais existentes, há o conselho de saúde e lideranças locais (igreja através da pastoral). Conforme levantamento realizado com as Agentes Comunitárias de Saúde, no bairro há uma escola estadual e outra municipal, uma unidade básica de saúde, igrejas de vários credos, praça com aparelhos de ginástica e campo de futebol para lazer. Existe pequena área de risco social onde vivem famílias de mais baixa renda.

Há uma grande demanda pelos serviços de saúde da unidade, sendo atendidas consultas programadas, de demanda espontânea e urgências/emergências. As cinco queixas mais frequentes que levaram a população a procurar atendimento foram DM, HAS, lombalgia, cefaléia e rastreamento de câncer de colo uterino. A doença mais comum é a hipertensão arterial sistêmica, com prevalência de 13,5%, seguida do diabetes mellitus com 3,3%. Estes paciente são acompanhadas através do Hiperdia, palestras educativas e consultas programadas.

A HAS e o DM, que são os agravos mais encontrados na unidade, associados a obesidade central (circunferência abdominal em homens > 102cm e em mulheres > 88cm), triglicerídeos 150 mg/dl e HDL colesterol em homens 40 mg/dl e nas mulheres 50 mg/dl compõem a Síndrome Metabólica - SM. A SM aumenta a mortalidade cardiovascular em 2,5 vezes, que é a principal causadora de óbitos e alocação de recursos públicos em hospitalizações.

A intervenção visa a redução dos fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome, como alimentação inadequada e o sedentarismo, que promovem a deposição central de

gordura, dislipidemia, resistência insulínica e aumento dos níveis pressóricos.

A alimentação adequada deve permitir a manutenção do balanço energético e do peso saudável, reduzir a ingestão de calorias sob a forma de gorduras, mudar o consumo de gorduras saturadas para gorduras insaturadas, reduzir o consumo de gorduras trans (hidrogenada); aumentar a ingestão de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais, reduzir a ingestão de açúcar livre; reduzir a ingestão de sal (sódio) sob todas as formas. O exercício físico reduz a pressão arterial, eleva o HDL-colesterol e melhora o controle glicêmico.

Com duração mínima de 30 minutos, preferencialmente diário, incluindo exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular, o exercício físico previne a SM. A melhora de hábitos de vida deve contemplar também a redução do tempo de lazer passivo. O tratamento medicamentoso tem como objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular e renal, além de prevenir o agravamento metabólico.

Compreende-se que a Atenção Básica de Saúde é espaço privilegiado para se ter sucesso em ações de saúde voltadas para mudança de hábitos de vida, pois é possível aos profissionais de saúde estarem perto da comunidade, conhecer a realidade em que as pessoas estão inseridas, sua cultura, alimentação, condições de moradia e de vida. Dessa forma, pretende-se que o presente projeto possa melhorar as condições de saúde da população, com ações voltadas à realidade do dia a dia, palpáveis e possíveis de intervenção no âmbito da saúde da família.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir a alta prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe de Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer plano alimentar e acompanhar os resultados obtidos pelos usuários acometidos de síndrome metabólica, por meio de consultas periódicas;

- Propor e estimular a prática regular de atividade física orientado por educador físico;

- Estimular aderência ao tratamento medicamentoso por meio do acompanhamento clínico nas consultas periódicas.

3 Revisão da Literatura

A síndrome metabólica (SM), inicialmente denominada de Síndrome X, foi descrita pela primeira vez em 1988 por Reaven, fundamentada na existência de uma forte associação entre fatores de risco cardiovascular e de alterações metabólicas que estariam envolvidas na gênese da doença arterial coronária. A resistência à insulina foi considerada a alteração metabólica primária e as demais seriam dela decorrentes (REAVEN, 1988).

Atualmente a SM é um dos maiores desafios de saúde pública, pois aumenta em duas vezes a probabilidade de morte, três vezes a de ataque cardíaco e derrame, e cinco vezes o risco de desenvolver diabetes tipo II (IDF, 2005).

Em 2001, o National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATPIII) definiu-se como SM a presença simultânea de pelo menos três dos seguintes fatores de risco metabólicos presentes em um único paciente: circunferência da cintura para homens > 102 cm e para mulheres > 88 cm; triglicérides > 150 mg/dL; colesterol HDL para homens < 40 mg/dL e para mulheres < 50 mg/dL; pressão sanguínea $> 130/85$ mmHg; e glicemia de jejum > 110 mg/dL (NCEP, 2001).

Estudos em diferentes populações, como a mexicana, a norte-americana e a asiática, revelam prevalências elevadas da SM, dependendo do critério utilizado e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% em homens e de 10,7% a 40,5% em mulheres (BRINGUENTTI et al., 2009).

De acordo com a OMS, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada com as doenças crónicas não-transmissíveis são a elevação dos níveis tensionais, a dislipidemia aterogênica, a ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, o excesso de peso ou obesidade, a inatividade física e o tabagismo (WHO, 2006). Em decorrência das novas características do estilo de vida, a população apresenta-se cada vez mais obesa e sedentária contribuindo para o desequilíbrio do balanço energético e alterações dos mecanismos neuroendócrinos relacionados ao controle do peso corporal e aumentando dessa forma a prevalência da SM, que também está relacionada com baixa escolaridade, desigualdade social, isolamento social, tensão psicossocial, padrões dietéticos, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo. Herança genética, idade, estado pró-inflamatório e mudanças hormonais também podem ter efeito determinante (LIDFELDT et al., 2005).

São objetivos da investigação clínica e laboratorial confirmar o diagnóstico da síndrome metabólica e identificar fatores de risco cardiovascular associados. Para tanto, realiza-se história clínica (idade, tabagismo, prática de atividade física, história pregressa de hipertensão, diabetes, diabetes gestacional, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos, doença hepática gordurosa não-alcoólica, hiperuricemia, história familiar de hipertensão, diabetes e doença cardiovascular, uso de medicamentos hiperglicemiantes; exame físico (medida da circunferência abdominal, níveis de

pressão arterial, exame da pele para pesquisa de acantose nigricans, exame cardiovascular (ABC, 2005).

Além destes, deverá estar descrito no exame físico destes pacientes o peso e a estatura e o cálculo do índice de massa corporal, utilizando-se a fórmula: IMC = Peso/Altura2. Exames laboratoriais necessários para o diagnóstico são a glicemia de jejum, dosagem do HDL-colesterol e dos triglicerídeos. Outros exames laboratoriais adicionais poderão ser realizados para melhor avaliação do risco cardiovascular global, tais como: colesterol total, LDL-colesterol, creatinina, ácido úrico, microalbuminúria, proteína C reativa, Teste de Tolerancia Oral a Glicose (TOTG) e eletrocardiograma (ABC, 2005).

As diretrizes e consensos atuais sobre a conduta em indivíduos com SM enfatizam que a modificação do estilo de vida através da perda de peso, prática regular de atividade física e mudanças na dieta alimentar são as terapias de primeira escolha. Porém, naqueles indivíduos em que as mudanças no estilo de vida não são suficientes ou naqueles que não considerados de alto risco para o desenvolvimento de DCV, o tratamento medicamentoso da SM ou de seus componentes de forma individualizada deve ser realizado. A prevenção primária deve incluir a pratica de atividade física e dieta adequada. É estabelecido que o condicionamento físico aumenta a sensibilidade à insulina, diminui os níveis de triglicérides, diminui a pressão arterial e aumenta os níveis de HDL-colesterol, independente do índice de massa corporal. Os profissionais de saúde devem atuar junto a seus pacientes no sentido de ajudar na escolha individualizada do nível de atividade física mais adequado e que, sobretudo, será realmente adotado em longo prazo. Caminhadas ou corridas leves diárias vão determinar perda considerável de gordura abdominal (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2006).

A dieta deve estar direcionada para a perda de peso e da gordura visceral, com o objetivo de normalização dos níveis da pressão arterial, da correção das dislipidemias, da hiperglicemia e conseqüentemente a redução do risco cardiovascular. A dieta do tipo Mediterrâneo mostrou-se capaz de reduzir eventos cardiovasculares e a dieta DASH mostrou-se eficaz na redução da pressão arterial.As evidências favorecem as dietas ricas em fibras, que prioriza o consumo de frutas, verduras e grãos; e pobres em gorduras saturadas e colesterol e com reduzida quantidade de açúcares simples (ROSS et al., 2000).

O Finish Diabetes Prevention Study selecionou parentes de pacientes com DM2 com idade entre 40 e 65 anos, diagnóstico de tolerância à glicose diminuída e IMC maior ou igual a 25. Foram randomizados nos grupos controle e intervenção 522 indivíduos cujas características basais eram semelhantes. O tempo médio de seguimento foi de 3,2 anos. O grupo controle recebeu informação verbal e por escrito anualmente, enquanto o grupo intervenção recebeu orientação frequente de nutricionista e preparador físico para atingir as metas de redução de peso em pelo menos 5%, dieta restrita em calorias totais e gorduras, e prática de exercício moderado de no mínimo 30 minutos por dia. No grupo intervenção foram observadas as maiores mudanças na dieta e no nível de atividade física e as maiores

oerdas de peso. A incidência acumulada de DM2 foi 58% menor no grupo de intervenção do que no grupo controle, e o número de indivíduos a serem tratados com as mudanças no estilo de vida para se evitar um caso de DM2 foi de 22 por ano (PITSAVOS et al., 2006).

Estudo realizado com 52 hipertensos portadores de SM submetidos a um programa de controle de peso, foram divididos em 3 grupos: controle (n=14), dieta (n=20) e dieta + exercício (n=18), com seguimento de 36 meses, obteve resutados favoráveis a final desse período com redução significativa do peso, IMC, PAS e PAD em ambos os grupos de intervenção, sendo que os níveis de PAS e PAD foram menores no grupo dieta + exercício. Houve ainda uma diminuição dos níveis de TG, do colesterol total e LDL-c e aumento do HDL-c em ambos os grupos, quando comparados ao grupo controle (CHRIST et al., 2004).

Um programa de modificação do estilo de vida desenvolvido num período de 4 semanas com 29 mulheres com SM moradoras de um área rural da Coréia foram randomizadas para: grupo controle (n=13) e grupo intervenção (n=16). O grupo controle recebeu apenas material educativo sobre a SM, já o grupo intervenção participou de 3 sessões semanais com duração de 2 horas cada, onde era realizada checagem de peso e da PA, orientação nutricional (dieta) e prática de exercício físico por 60 minutos. As participantes do grupo intervenção apresentaram redução significativa do peso corporal, do IMC, da circunferência abdominal e dos níveis de TG quando comparadas com o grupo controle. Além disso, após as 4 semanas houve aumento do HDL-c, diminuição da PAS, da glicemia de jejum e do LDL-c em ambos os grupos quando comparados com os valores iniciais (OH et al., 2008).

Portadores de SM, com e sem DCV, submetidos a um programa de exercício por 12 meses que consistia em realizar 2 sessões semanais de exercício supervisionado com 40 minutos de duração cada. Paralelamente os indivíduos foram orientados a realizar mais de 1 ou 2 sessões semanais de exercício aeróbico além das sessões supervisionadas. Ao final de 12 meses os participantes apresentaram diminuição do peso, do IMC, do colesterol total, LDL-c, TG, aumento dos níveis de HDL-c e da capacidade funcional. Ao final do programa de exercício físico 20% dos pacientes sem DCV e 31% com DCV não foram mais classificados como portadores de SM, demonstrando os benefícios do exercício físico na prevenção primária e secundária das DCV em portadores de SM (GAYDA et al., 2008).

4 Metodologia

Trata-se de um Projeto de Intervenção pautado na experiência prévia da pesquisadora, reconhecimento dos fatores vivenciados na comunidade e revisão de literatura com base em periódicos nacionais e internacionais. As fontes de consulta têm em foco a definição da Síndrome Metabólica - SM e os benefícios do exercício físico e da dieta para sua prevenção e controle. O estudo e ações decorrentes visam reduzir a alta prevalência da síndrome metabólica entre usuários atendidos pela equipe de Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II.

As atividades de intervenção propostas serão realizadas semalmente junto ao grupo Hiperdia, com anotações das medidas antropométricas. Os pacientes identificados como portadores de SM serão convidados a participarem das ações e então terão seu seguimento ambulatorial com realização de exames laboratoriais e prescrição medicamentosa. A equipe de Estratégia de Saúde da Família - ESF estará toda envolvida e atuará de forma integrada com o apoio de nutricionista, psicológico, fisioterapeuta e educador físico, visando a adesão à dieta e ao exercício e a consequente redução dos critérios da SM e dos riscos cardiovasculares.

Assim, as ações definidas são:

1 - Estabelecer plano alimentar e acompanhar os resultados obtidos pelos usuários acometidos de síndrome metabólica, por meio de consultas periódicas: o acompanhamento será feito por meio das consultas clínicas alternadas entre os profissionais de saúde, onde serão tiradas dúvidas e orientado conforme individualidade de cada paciente.

2 - Propor e estimular a prática regular de atividade física orientado por educador físico: será sugerido uma atividade física para a prática regular individualizada para cada paciente, conforme suas necessidades e possibilidades.

3 - Estimular aderência ao tratamento medicamentoso por meio do acompanhamento clínico nas consultas periódicas: uma das principais causas de agudização das doenças relacionadas à SM é a pouca ou não aderência ao tratamento prescrito. Dessa forma, será feito uma orientação reforçada durante as consultas clínicas, explicando a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. Além disso, compreende-se o acompanhamento clínico propiciado pelas consultas frequentes estimula a adesão.

5 Resultados Esperados

Os principais resultados esperados após a implementação do presente Projeto de Intervenção estão relacionados à melhoria da qualidade de atenção a saúde e bem estar aos pacientes com SM, promovendo mais conforto, saúde e qualdiade de vida para os que estão em tratamento de doenças crônicas atendidos pela equipe de Unidade de Saúde da Família Vitória Régia II.

Como um dos pricipais resultados quantitativos esperados, estima-se uma perda de peso corporal de em média 7,5 %, que estará associada às seguintes condições:

- redução da circunferência da cintura nos pacientes;
- redução dos índices de pressão arterial e dos níveis de glicemia em jejum;
- diminuição dos níveis séricos de triglicerídeos, colesterol total, LDLc;
- aumento dos níveis de HDLc.

Além disso, espera-se aos poucos obter como resultado encontrar uma comunidade mais saudável, com pessoas portadoras de SM mas que se propõem ao autocuidado a partir de mudança nos fatores de risco e a diminuição da agudização das doenças crônicas prévias.

Ademais, espera-se a diminuição dos custos de saúde como um todo e uma equipe de saúde da família que se propõe a trabalhar em equipe em prol da prevenção e promoção de saúde. É o que se espera ao delinear a presente proposta.

Referências

ABC, A. B. de C. Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol.*, v. 84, n. 1, p. 1–28, 2005. Citado na página 14.

ALBERTI, K. G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. Metabolic syndrome – a new worldwide definition.: A consensus statement from the international diabetes federation. *Diabet Med.*, v. 23, n. 5, p. 469–480, 2006. Citado na página 14.

BRINGUENTTI, I. et al. Prevalência de síndrome metabólica e características associadas em uma população ambulatorial no rio de janeiro. *Nutrição Brasil.*, v. 8, n. 3, p. 309–315, 2009. Citado na página 13.

CHRIST, M. et al. Effects of a weight program with and without aerobic exercise in the metabolic syndrome. *Internacional Journal of Cardiology*, v. 97, p. 115–122, 2004. Citado na página 15.

GAYDA, M. et al. Long-term cardiac rehabilitation and exercisetraining programs improve metabolic parametersin metabolic syndrome patients with andwithout coronary heart disease. *Nutrition, Metabolism Cardiovascular Diseases*, v. 18, p. 142–151, 2008. Citado na página 15.

IDF, I. D. F. Definición mundial de consenso para el síndrome metabólico. *Pan Am J Public Health*, v. 18, n. 6, p. 451–454, 2005. Citado na página 13.

LIDFELDT, J. et al. Sociodemographic and psychosocial factors are associated with features of the metabolic syndrome: The women's health in the lund Área (whila) study. *Obes Metab*, v. 84, n. 1, p. 1–28, 2005. Citado na página 13.

NCEP, E. S. of The Third Report of T. N. C. E. P. Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel iii). *JAMA*, v. 258, n. 19, p. 2486–2497, 2001. Citado na página 13.

OH, E. G. et al. A randomized controlled trial or therapeutic lifestyle modification in rural women with metabolic syndrome: a pilot study. *Metabolism Clinical and Experimental*, v. 57, p. 255–261, 2008. Citado na página 15.

PITSAVOS, C. et al. Diet, exercise and the metabolic syndrome. *Rev. Diabetic Study*, v. 3, p. 118–126, 2006. Citado na página 15.

REAVEN, G. M. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, v. 37, n. 12, p. 1595–1607, 1988. Citado na página 13.

ROSS, R. et al. Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exerciseinduced weight loss in men. *Ann Intern Med*, v. 133, p. 92–103, 2000. Citado na página 14.

WHO, W. H. O. *Global strategy on diet, physical activity and health.* 2006. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 24 Fev. 2016. Citado na página 13.