

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**INCENTIVO AOS HÁBITOS SAUDÁVEIS NA POPULAÇÃO IDOSA
PARA COMBATER A DISLIPIDEMIA**

**CÍNTIA SILOTO GOULART FIGUEIREDO
ORIENTADORA: RENATA JUNQUEIRA MOSTERIO**

Lucélia – SP

2015

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 2 |
| 1.1 | Identificar e apresentar o problema..... | 2 |
| 1.2 | Justificar a intervenção..... | 3 |
| 2 | OBJETIVOS | 4 |
| 2.1 | Objetivo geral..... | 4 |
| 2.2 | Objetivo específico..... | 4 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 5 |
| 3.1 | Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção..... | 5 |
| 3.2 | Cenário da intervenção..... | 5 |
| 3.3 | Estratégias e ações..... | 5 |
| 3.4 | Avaliação e monitoramento..... | 6 |
| 4 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 7 |
| 5 | CRONOGRAMA 2014/2015..... | 8 |
| | REFERÊNCIAS..... | 9 |
| | ANEXOS | 10 |
| | ANEXO A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 11 |
| | ANEXO B - QUESTIONÁRIOS..... | 12 |
| | ANEXO C – AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA..... | 13 |
| | ANEXO D - Avaliação Física (Testes de Rikli & Jones)..... | 14 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificar e apresentar o problema

A principal causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares (DCV), afetando especialmente os indivíduos com idade mais avançada. A dislipidemia é um dos principais fatores de risco para DCV, porém estudos sobre sua frequência na população brasileira ainda são insuficientes, especialmente entre idosos¹. Embora a aterosclerose seja multifatorial, a dislipidemia é determinante e tem papel direto na sua gênese e em seus consequentes riscos cardiovasculares e cerebrovasculares. O processo evolutivo da industrialização e da concentração urbana, com consequentes alterações no estilo de vida são causadores desse cenário². São fatores predisponentes de maior risco de doença aterosclerótica, o excesso de peso e o acúmulo de gordura na região abdominal - obesidade denominada do tipo central ou androgênica. Em geral, os indivíduos portadores desses fatores de risco possuem dislipidemia (hiperlipemia pós-prandial, LDL pequenas e densas, triglicérides elevados, HDL-C baixo), intolerância à glicose, estado pró-trombótico e pró-inflamatório, resistência à insulina, hipertensão arterial - condições relacionadas com a síndrome metabólica¹.

Todos os pacientes com dislipidemias devem ser incentivados a por em prática medidas higienodietéticas, não farmacológicas, relacionadas à mudança do estilo de vida, pois representam uma importante estratégia, especialmente como política populacional^{1,3}. Tais medidas devem ser amplas, compostas de intervenção dietoterápica, abandono do tabagismo e práticas de exercícios físicos, além do controle global dos fatores de risco. O Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia adota a intervenção nutricional do National Cholesterol Education Panel (NCEP) III - ATP III, que contempla a redução de LDL-C, redução de triglicérides, através da restrição de gordura saturada (< 7%), colesterol (< 200 mg/dia), carboidratos simples, aumento da oferta de gordura mono (até 20%) e poli-insaturada (até 10%). É aconselhável consumir os carboidratos complexos, especialmente frutas, grãos e vegetais. Os pacientes hipertrigliceridêmicos devem evitar o álcool. A prática regular de exercícios físicos aeróbicos, além de reduzir a pressão arterial e os triglicérides, aumenta a sensibilidade à insulina e o HDL-C, contribuindo para adequação do peso corporal. A cessação do tabagismo gera

aumento nos níveis de HDL-C, além dos benefícios sobre a trombose e os eventos coronarianos. Devem ser evitados ou consumidos em pequena quantidade os ácidos graxos trans. É recomendável atividade física ao menos moderada (gasto energético de 200 kcal/dia)³.

Ultimamente, vários estudos têm confirmado a ideia de que a redução dos níveis de colesterol causa uma redução no risco de eventos coronarianos, tanto em prevenções primárias quanto secundárias^{2,4}.

Pesquisas nacionais e internacionais que investigaram a eficácia da terapia hipolipemiante na redução dos níveis de CT, LDL-C e TG constataram que grande parte dos indivíduos não conseguiu atingir as metas lipêmicas mesmo com o uso de terapia hipolipemiante – segundo as recomendações das IV Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia. Dessa forma, parece existir um consenso de que esses resultados seriam consequências da falta de um tratamento medicamentoso mais agressivo e/ou de modificações no estilo de vida, tais como a adoção de uma dieta saudável e a prática regular de exercícios físicos¹.

A população em estudo apresenta elevado risco de desenvolver doenças cardiovasculares e alta prevalência de fatores de risco modificáveis para essas doenças, como sedentarismo e alimentação de baixa qualidade. É imprescindível a inclusão de ações que visem à mudança do estilo de vida no processo de promoção da saúde proposto pela Estratégia de Saúde da Família⁵.

Com a vivência da prática clínica no Programa de Saúde da Família (PSF) da Vila Cayres do município de Lucélia – SP, observou-se que a dislipidemia é bastante comum na população idosa, a qual comumente apresenta várias comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus e hiperuricemia.

1.2 Justificar a intervenção

O presente projeto de intervenção denominado “Programa Vida Saudável” propõe reduzir a dislipidemia na população idosa coberta pelo PSF da Vila Cayres, através de iniciativas que visem hábitos saudáveis. E consequentemente, tem o intuito de reduzir a prescrição de estatinas. Esse projeto de intervenção tem importância para a diminuição da polifarmácia, para a redução do risco cardiovascular e para melhoria da qualidade de vida entre a população idosa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Combater a dislipidemia na população idosa coberta pelo PSF da Vila Cayres do Município de Lucélia - SP.

2.2 Específico

Estimular a prática de atividade física regular e promover alimentação saudável.

3 METODOLOGIA

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A população idosa (maior ou igual a 60 anos) portadora de dislipidemia adscrita no PSF Vila Cayres, aproximadamente 465 idosos, segundo dados do SIAB.

3.2 Cenário da intervenção

Área de abrangência do PSF Vila Cayres e academia de saúde próxima ao PSF Vila Cayres, no município de Lucélia -SP.

3.3 Estratégias e ações

Os idosos serão convidados a participar do "Programa Vida Saudável" através de convocações embasadas no levantamento de prontuários, a fim de verificar quais são os idosos dislipidêmicos. Aos idosos que aderirem ao projeto, após consentimento livre esclarecido (Anexo I), um dia da semana será destinado para realização de questionários de admissão no "Programa Vida Saudável" pelo médico no PSF Vila Cayres e também para realização da avaliação cardiológica dos idosos (Anexo II e III) (cerca de trinta e dois idosos por dia). No dia seguinte, será feita a coleta dos exames laboratoriais no PSF, cujos resultados serão vistos e anotados posteriormente pelo médico nos respectivos questionários. Os questionários incluirão os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) e dosagem dos níveis de colesterol total, HDL, LDL, triglicérides, além de perguntas sobre quais e qual a quantidade de alimentos que são consumidos diariamente e os horários das refeições⁶. Será medida também a circunferência abdominal e realizada anamnese a respeito de tabagismo e sedentarismo. Concomitantemente, a educadora física fará uma vez por semana a avaliação física dos idosos no PSF Vila Cayres para verificar a aptidão física através da sequência de testes de Rikli e Jones⁷ (Anexo IV). Os dados obtidos serão arquivados e compilados por meio de planilhas e, desse modo, poderão ser consultados e comparados em termos individuais e coletivos.

Após a captação dos dados dos pacientes idosos participantes do projeto (primeiros dois meses), serão ministradas semanalmente, nas instalações do

PSF, por um ano, palestras tanto teóricas como práticas sobre alimentação saudável baseada na intervenção nutricional adotada pela NCEP - ATP III citada anteriormente (Tabela 1), com a nutricionista e com o médico para a reeducação alimentar, bem como estímulo a cessação do tabagismo. Também será implantada, prática de exercícios físicos aeróbios moderados de forma contínua (5 vezes por semana com duração de 30 minutos cada dia), na academia de saúde, desde que os idosos tenham condições para realizá-los, em acompanhamento com a educadora física⁸. Vários estudos apontam a necessidade de incentivo à melhoria da alimentação na terceira idade^{9,10}. Outros estudos indicam que o combate ao sedentarismo visa sensibilizar a terceira idade para uma vida mais ativa, através de política pública¹¹.

Tabela 1 - Recomendações dietéticas para o tratamento das hipercolesterolemias

| Nutrientes | Ingestão recomendada |
|-------------------------------|---|
| Gordura total | 25-35% do total das calorias |
| Ácidos graxos saturados | < 7% das calorias totais |
| Ácidos graxos poliinsaturados | ≤ 10% das calorias totais |
| Ácidos graxos monoinsaturados | ≤ 20 % das calorias totais |
| Carboidratos | 50-60% das calorias totais |
| Proteínas | Aproximadamente 15% das calorias totais |
| Colesterol | < 200 mg/dia |
| Fibras | 20-30 g/dia |
| Calorias | Ajustado ao peso desejável |

Fonte: Izar (2011)

3.4 Avaliação e Monitoramento

O “Programa Vida Saudável” terá duração de um ano e meio. Ao completar seis meses, serão feitos outros questionários com os parâmetros anteriormente analisados (cerca de dois meses). Assim, verificaremos a efetividade das medidas adotadas. Poderemos também detectar os idosos com má adesão ao programa e desse modo, reforçar as intervenções. A partir de então, serão reiniciadas as palestras e os exercícios físicos. Em 12 meses de projeto, faremos novos questionários para a constatação de melhorias dos parâmetros investigados.

4 RESULTADOS ESPERADOS

Acredita-se que através do “Programa Vida Saudável”, os idosos apresentarão redução nos níveis de colesterol total, LDL e triglicérides, aumento do HDL, redução do peso e do IMC⁶, bem como diminuição da circunferência abdominal. Para que o projeto seja considerado efetivo, as variáveis estudadas deverão ter sofrido queda, independentemente da porcentagem, após os 12 meses, exceto o HDL, pois se espera que tenha acréscimo, e/ou adoção de uma vida ativa pelos participantes mesmo sem alteração dos parâmetros laboratoriais. Principalmente, pretende-se estimular a população idosa para a prática de hábitos saudáveis, com melhoria da qualidade de vida nos aspectos físico, social e psicológico. A repercussão do projeto também se encontra no âmbito econômico, com a redução de gastos com internações hospitalares¹¹, assim como economia na compra de medicamentos.

5 CRONOGRAMA 2014/2015

| Atividades | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Elaboração do Projeto | X | | | | | | |
| Aprovação do Projeto | X | | | | | | |
| Estudo da Literatura | X | X | X | X | X | X | |
| Coleta de dados | X | X | X | X | | | |
| Discussão e Análise dos resultados | | | | X | X | X | |
| Revisão final e digitação | | | | | X | X | |
| Entrega do trabalho final | | | | | | X | |
| Socialização do trabalho | | | | | | X | |
| Apresentação oral do trabalho | | | | | | | X |

REFERÊNCIAS

1. Krause MP, Hallage T, Miculis CP, Gama MPR, Silva SGD. Análise do perfil lipídico de mulheres idosas em Curitiba – Paraná. *Arq Bras Cardiol.* 2008 maio; 90(5):327-332.
2. Souza LJD, Filho JTDS, Souza TFD, Reis AFF, Neto CG, Bastos DA, Côrtes VA, Chalita FEB, Teixeira, CL. Prevalence of dyslipidemia and risk factors in Campos dos Goytacazes, in the Brazilian State of Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol.* 2003 set; 81(3): 257-264.
3. Izar MCO. Dislipidemias. *Rev Bras Med.* 2011 mar; 68(3): 42-60.
4. Izar MCO, Fonseca FAH. Dislipidemias. *Rev Bras Med.* 2010 dez; 67(12): 53-66.
5. Bonard IS. Determinantes da qualidade alimentar de adultos e idosos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família (Rubião Júnior, Botucatu, SP) [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009. p.5
6. Pinto DO, Perez BC, Navarro F. Estudo de caso sobre os efeitos do exercício físico aeróbio e da alimentação nas concentrações séricas de colesterol e triglicerídeos em seres humanos. *Rev Bras Nutr Esportiva* 2009 mar/abr; 3(14): 89-94.
7. Alves RV, Mota J, Costa MC, Alves JGB. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Rev Bras Med Esporte* 2004 jan/fev; 10(1): 31-37.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010 jul; 95(1 supl.1): 1-51.
9. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do índice de alimentação saudável. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013 fev; 18(2): 377-384.
10. Bortoli C, Bonatto S, Bruscato NM, Siviero J. Ingestão dietética de gordura saturada e carboidratos em adultos e idosos com dislipidemias oriundos do projeto Veranópolis. *Rev Bras Cardiol.* 2011 jan/fev; 24(1): 33-41.
11. Benedetti TRB, Gonçalves LHT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2007 jul-set; 16(3): 387-398.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Programa Vida Saudável”, sob a responsabilidade da Dra. Cíntia Siloto Goulart Figueiredo, a qual pretende reduzir a dislipidemia na população idosa do PSF Vila Cayres – Lucélia - SP, incentivando hábitos saudáveis. A participação é voluntária e se dará por meio de questionários abordando os seguintes parâmetros pré e pós-projeto: anamnese, avaliação antropométrica, inquérito alimentar, avaliação cardiológica, avaliação física e exames laboratoriais. Após a coleta de dados para admissão ao projeto, serão feitas palestras sobre alimentação saudável e um programa de atividade física, e a partir de então, serão feitos novos questionários. Logo, haverá uma comparação, individual e coletiva, entre os questionários pré e pós-projeto. Desse modo, os resultados da pesquisa serão analisados e talvez publicados, entretanto a identidade dos participantes ficará em sigilo. O projeto estará contribuindo para a melhoria na qualidade de vida, diminuição da dislipidemia e redução do risco cardiovascular. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são acidentes ocasionais durante o programa de exercícios físicos. Caso, após consentir em participar o (a) Sr (a) desistir, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração.

Eu, _____,
declaro que li, compreendi e concordo com todas as informações contidas no texto escrito acima e desejo participar do projeto de pesquisa “Programa Vida Saudável”.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO B - QUESTIONÁRIOS

Anamnese

| | Sim | Não |
|--------------------------|-----|-----|
| Tabagismo | | |
| Atividade Física Regular | | |

Parâmetros Antropométricos

| | |
|--------------------------------|--|
| Peso | |
| Altura | |
| IMC (Índice de Massa Corpórea) | |
| Circunferência Abdominal | |

Parâmetros Laboratoriais

| | |
|------------------|--|
| Colesterol Total | |
| HDL-C | |
| LDL-C | |
| Triglicerídeos | |

Inquérito Alimentar

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Horários das refeições | | | |
| Quais alimentos ingeridos | | | |
| Quantidades dos alimentos | | | |

ANEXO C - AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

| | |
|-------------------|--|
| Anamnese | |
| Pressão Arterial | |
| Ausculta Cardíaca | |
| Ausculta Pulmonar | |
| Eletrocardiograma | |

ANEXO D - AVALIAÇÃO FÍSICA (TESTES DE RIKLI & JONES)

| | |
|---|---|
| Levantar e Sentar na Cadeira (avaliar força e resistência dos membros inferiores) | Número de execuções em 30" sem usar membros superiores |
| Flexão do antebraço (avaliar força e resistência dos membros superiores) | Número de execuções em 30" |
| Sentado e Alcançar (avaliar a flexibilidade dos membros inferiores) | Distância atingida na direção dos dedos dos pés |
| Estatura e Peso | Avaliar o IMC (Kg/m ²) |
| Sentado, Caminhar 2,44m e Voltar a Sentar (Avaliar a mobilidade física – velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico) | Avaliar o tempo decorrido entre o sinal de "partida" até ao momento em que o participante está sentado na cadeira |
| Alcançar Atrás das Costas (avaliar a flexibilidade dos membros superiores) | Distância que as mãos podem atingir atrás das costas |
| Andar 6 minutos (avaliar a resistência aeróbia percorrendo a maior distância em 6 minutos) | Número total de metros caminhados durante os seis minutos. |