

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VICTOR LUIS RIBEIRO VILAS BOAS

**ORIENTAÇÃO À MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: UMA ABORDAGEM  
FUNDAMENTAL NA SÍNDROME METABÓLICA**

MONTES CLAROS – MG  
2014

VICTOR LUIS RIBEIRO VILAS BOAS

**ORIENTAÇÃO À MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: UMA ABORDAGEM  
FUNDAMENTAL NA SÍNDROME METABÓLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Daniela Coelho Zazá

MONTES CLAROS – MG  
2014

VICTOR LUIS RIBEIRO VILAS BOAS

**ORIENTAÇÃO À MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA: UMA ABORDAGEM  
FUNDAMENTAL NA SÍNDROME METABÓLICA**

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof<sup>a</sup>. Alessandra de Magalhães Campos Garcia

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho de conclusão de curso não seria viável sem a participação das orientadoras Daniela Coelho Zazá e Renata Francine Rodrigues de Oliveira. A minha inexperiência com trabalhos acadêmicos, somado a falta de tempo imposta pela elevada carga horária de um médico recém-formado, foram minimizadas pela dedicação e conhecimentos de ambas, meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para incentivar mudanças no estilo de vida de portadores da síndrome metabólica da Estratégia Saúde da Família Vila Formosa através de uma equipe multiprofissional. O diagnóstico situacional indicou que muitos usuários já apresentavam os critérios diagnósticos para a síndrome metabólica e outros tinham a presença de fatores de risco isolados. Baseando-se neste problema foram selecionados os seguintes nós críticos: rastreamento e diagnóstico inadequados; entendimento limitado do paciente sobre sua doença; intervenção multiprofissional ineficiente e; baixa aderência do paciente a mudanças no estilo de vida. Baseado nesses nós críticos foi proposto um plano de ação para motivar a participação de um grupo multiprofissional no enfrentamento destes problemas. Este grupo multidisciplinar tinha como objetivo conscientizar o paciente sobre a síndrome metabólica e propor atividades para redução do risco de complicações clínicas impostas pela doença. A implantação deste projeto passa pela mudança do processo de trabalho da equipe e pelo apoio técnico e financeiro dos gestores em saúde.

**Palavras-chave:** síndrome metabólica, mudança do estilo de vida, Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study aimed to develop an action plan to encourage changes in lifestyle of patients with metabolic syndrome Family Health Strategy Vila Formosa by a multidisciplinary team. The situational diagnostic revealed that many users had the diagnostic criteria for metabolic syndrome and others had the presence of isolated risk factors. Based on this problem the following critical nodes were selected: inadequate screening and diagnosis, limited understanding of the patient about their disease; inefficient multidisciplinary intervention; low adherence by patients to change their lifestyle. Based on these critical nodes was proposed a plan of action in order to motivate the participation of a multidisciplinary group in confronting these problems. This multidisciplinary group aimed to educate the patient about the metabolic syndrome and to propose activities to reduce the risk of clinical complications imposed by the disease. The implementation of this project involves the changing process of team work and technical and financial support of health managers.

**Keywords:** metabolic syndrome, change of lifestyle, Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Critérios diagnósticos para a síndrome metabólica .....	08
Quadro 2	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila Formosa .....	16
Quadro 3	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados	19
Quadro 4	Propostas de ações para a motivação dos atores .....	20
Quadro 5	Elaboração do plano operativo .....	21

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
1.1	Justificativa .....	09
1.2	Objetivo .....	10
1.3	Metodologia .....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
2.1	Síndrome Metabólica .....	11
2.2	Patologia e fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Metabólica .....	11
2.3	Diagnóstico da Síndrome Metabólica.....	13
2.4	Tratamento da Síndrome Metabólica.....	13
<b>3</b>	<b>PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>15</b>
3.1	Definição dos problemas .....	15
3.2	Priorização dos problemas .....	15
3.3	Explicação dos problemas selecionados.....	16
3.4	Seleção dos nós críticos .....	16
3.5	Desenho das operações .....	17
3.6	Identificação dos recursos críticos .....	19
3.7	Análise da viabilidade do plano .....	19
3.8	Elaboração do plano operativo .....	20
3.9	Gestão do plano .....	21
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) pode ser entendida como o conjunto de fatores de origem metabólica, determinados por uma associação entre a predisposição genética e os hábitos de vida, que quando presentes em um indivíduo elevam consideravelmente o risco cardiovascular.

Pode-se considerar como fator de risco metabólico a dislipidemia aterogênica (hipertrigliceridemia, altos níveis de LDL e baixos níveis de HDL), hipertensão arterial e hiperglicemia (PENALVA, 2008).

Acredita-se que a obesidade central e a resistência à insulina assumam papel fundamental na gênese da síndrome (SBC, 2005).

O diagnóstico da Síndrome Metabólica é clínico laboratorial e exige a presença de pelo menos três dos critérios diagnósticos listados no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para a síndrome metabólica

COMPONENTES	NÍVEIS
Circunferência Abdominal	
Homens	> 102 cm
Mulheres	> 88 cm
Triglicerídeos	> 150 mg/dL
HDL Colesterol	
Homens	< 40 mg/dL
Mulheres	< 50 mg/dL
Hipertensão Arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de Jejum	≥100 mg/dL

Fonte: SBC (2005)

Portanto, para o adequado diagnóstico da SM deve-se avaliar clinicamente o paciente, considerando sua história atual e pregressa, obtendo medidas antropométricas e submeter o paciente a propedêutica laboratorial mínima de glicemia de jejum, colesterol total e frações e triglicerídeos. Outros exames são importantes para a avaliação metabólica completa, apesar de não entrarem nos critérios (SBC, 2005).

A abordagem da SM deve ser feita em dois momentos, primeiro nos pacientes que ainda não possuem o diagnóstico, mas possuem fatores de risco para a doença, como a presença de hipertensão arterial, obesidade, glicemia de jejum alterada ou dislipidemia. Nestes pacientes os fatores ainda são isolados, não configurando a SM. Os mesmos devem ser orientados a promover mudanças no estilo de vida, com alterações dos hábitos alimentares e inclusão de atividade física regular. Essas mudanças são fundamentais para o controle do paciente com o diagnóstico definido de SM, caracterizando então a segunda abordagem.

O grande desafio na Atenção Primária no controle dos pacientes com SM é a correta e eficaz mudança no estilo de vida. A orientação multiprofissional é, para tanto, um integrante fundamental nesta intervenção.

A mudança de hábitos do paciente é uma intervenção muito complexa, visto que, mudar algo que é feito pela pessoa há muitos anos exige uma explicação e entendimento muito claro das consequências que estão expostas, como o maior risco de doenças cardiovasculares, e os benefícios que alcançará caso realize as mudanças adequadamente.

Na ESF Vila Formosa, onde estou inserido, é notória a prevalência dos fatores de risco para a SM na população adscrita. Em muitos foi notada a presença de fatores de risco isolados e em grande parte já temos definidos os critérios diagnósticos. Trabalhamos com uma população de 140 diabéticos e 647 hipertensos cadastrados. Ainda não temos a quantidade de pacientes obesos, porém é notório o grande número de pacientes acima do peso que é acompanhado pela equipe.

A abordagem dos pacientes com a SM ou aqueles com fatores de risco para tal doença, engloba não só o tratamento medicamentoso, mas também a mudança no estilo de vida. Esta é considerada como o principal fator de controle dos pacientes com SM, e infelizmente a de maior dificuldade de aceitação e entendimento pelos pacientes.

### **1.1. Justificativa**

A SM passa despercebida muitas vezes nas avaliações dos profissionais de saúde, os quais se preocupam com o controle do diabetes ou da hipertensão arterial, mas raramente agregam estas alterações com a obesidade abdominal e o aumento do risco cardiovascular que é gerado quando todas estão presentes.

Identificar o paciente com SM é o primeiro passo, instruí-lo sobre a sua doença e orientá-lo a respeito das mudanças no estilo de vida é o passo fundamental para alcançar o tratamento eficaz na expectativa de alterar o curso natural da doença.

Na área de abrangência da ESF Vila Formosa, em Taiobeiras – MG é evidente a prevalência da SM nos pacientes, e em nossa prática clínica ficou claro a dificuldade de abordar o paciente desde o momento da instrução até o tratamento.

Diante deste cenário, a abordagem do paciente para promover mudanças no estilo de vida deve ser realizada por toda equipe de saúde e de forma contínua. Não se consegue a adesão do paciente em uma única consulta, muito menos quando este recebe informações apenas do médico. A orientação ao paciente deve ser realizada por toda equipe e de forma constante.

## **1.2. Objetivo**

Elaborar um plano de ação para incentivar mudanças no estilo de vida de portadores de SM da Estratégia de Saúde da Família Vila Formosa por meio de uma equipe multiprofissional, visando melhorias na saúde dos mesmos.

## **1.3. Metodologia**

Foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila Formosa com objetivo de identificar os principais problemas. Dentre os problemas identificados, o elevado número de usuários com SM foi selecionado como o principal problema. Para realização do diagnóstico situacional adotou-se o método de estimativa rápida e registros existentes no local (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Baseando-se no problema selecionado, foi realizada revisão de literatura adotando os seguintes descritores: síndrome metabólica, obesidade, circunferência abdominal, hipertensão, diabetes e risco cardiovascular.

Com os dados coletados por meio do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi apresentado o plano de ação para incentivar mudanças no estilo de vida dos portadores da SM da ESF Vila Formosa.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Síndrome Metabólica**

A SM é um distúrbio com etiologia multifatorial, de origem endócrino-metabólica e consequências cardiovasculares. A patologia se fundamenta na deposição central de gorduras e na resistência à insulina que esta característica ocasiona. A SM tem associação elevada com o risco cardiovascular, elevando a mortalidade geral em 1,5 vezes e a cardiovascular em 2,5 vezes (SBC, 2005).

A evolução do estudo da SM tem como marco inicial o estudo de H. Himsworth (1939), que descobriu que a absorção da glicose era variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com a sensibilidade celular à insulina (LUNA, 2007). Além disso, as informações geradas pelo estudo de Framingham (1968), também foram de grande importância para o entendimento da SM. O estudo mostrou a relevância dos fatores de risco, ou seja, situações que conduzem o indivíduo à maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares (LUNA, 2007). No final da década de 80, G. Reaven destacou que alguns fatores de risco se agrupavam em determinados indivíduos. A essa condição foi dado o nome de Síndrome da Resistência à Insulina, pois estes indivíduos possuíam em comum baixa sensibilidade à insulina (REAVEN, 2005).

Já em 1998 a Organização Mundial de Saúde, definiu pela primeira vez, os critérios diagnósticos para a recente nomeada SM, levando em consideração a pressão arterial, dislipidemia, obesidade e microalbuminúria (ALBERTI; ZIMMET, 1998). Em 2001, o *National Institute of Health*, por meio do *National Cholesterol Education Program* (NCEP), reuniu o *3<sup>d</sup> Adult Treatment Panel* (ATP III) e sugeriu novos critérios diagnósticos para a SM, avaliando a hipertensão, a dislipidemia, a obesidade e a glicemia de jejum (diabetes mellitus), tornando assim os critérios mais práticos (AHA, 2001).

### **2.2. Patologia e fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Metabólica**

Pode-se entender o risco cardiovascular como os fatores que propiciam a formação de placas de aterosclerose. Sabe-se que as doenças cardiovasculares têm

a sua origem na formação das placas de aterosclerose, as quais se formam no endotélio das artérias e geram consequências como a redução crônica do fluxo sanguíneo, ruptura e exposição de material trombótico. Portanto, estas placas são as responsáveis pelos infartos agudos do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos, insuficiência arterial coronariana e de membros inferiores (SBC, 2005).

Como a SM contribui diretamente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), dentre os fatores de risco metabólicos estão: dislipidemia aterogênica, hipertensão arterial, hiperglicemia, estado pró-inflamatório e pró-trombótico (GRUNDY *et al.*, 2005). Ainda de acordo com esses autores não foi estabelecido uma causa única ou múltiplas causas para o desenvolvimento da SM, mas sabe-se que a obesidade abdominal e a resistência à insulina parecem ter papel fundamental na gênese desta síndrome.

Ferranti e Osganian (2007) afirmaram que a obesidade é considerada o maior fator de risco para anormalidades metabólicas e SM na população em geral e está intimamente ligada a todos os outros fatores associados a essa síndrome.

A obesidade e o sedentarismo impõe ao indivíduo possível formação de gordura central ou visceral. A formação de gordura visceral, caracterizada por adipócitos grandes, os quais possuem a característica de armazenar menos ácidos graxos livres, aumentar a taxa de lipólise e aumentar a capacidade de secretar citocinas inflamatórias, leva a alterações significativas no metabolismo dos ácidos graxos livres, hiperinsulinemia e inflamação. Esta situação descrita promove a resistência à insulina, quando dificulta a entrada de glicose nas células pela mediação da insulina, além de promover o aumento do colesterol aterogênico, com aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL – Colesterol), lipoproteína de muita baixa densidade (VLDL colesterol), colesterol total e a diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL – Colesterol) (LOPES; NETO, 2009).

A consequência do aumento da resistência à insulina é a hiperglicemia. Os altos níveis glicêmicos no sangue promovem cronicamente alterações endoteliais que propiciam a formação de placa de aterosclerose em artérias coronarianas, cerebrais, de membros inferiores e em outros locais. Assim, como os altos níveis de colesterol aterogênico e da pressão arterial (LOPES; NETO, 2009). Tal formação implica a redução crônica do fluxo sanguíneo para a área irrigada e ou eventos obstrutivos agudos. De acordo com Penalva (2008) a prevalência da SM aumenta

com o avançar da idade, alcançando o pico na sexta década de vida para homens e na oitava década de vida para mulheres.

### **2.3. Diagnóstico da Síndrome Metabólica**

O diagnóstico da SM leva em conta as características clínicas (presença dos fatores de risco) e dados laboratoriais. Dentre os critérios diagnósticos estão: a circunferência abdominal, a glicemia de jejum, os níveis pressóricos e os níveis dos lipídios. O ponto de corte da circunferência abdominal para homens varia de 94 cm a 102 cm e para mulheres varia de 80 cm a 88 cm. A glicemia de jejum tem o ponto de corte em 100mg/dL, os níveis pressóricos  $\geq 130$  mmHg para a pressão arterial sistólica e  $\geq 85$  mmHg para a diastólica. Os níveis dos lipídios são: triglicerídeos  $> 150$ mg/dL; e HDL  $> 40$ mg/dL para homens e maior que 50mg/dL para mulheres (SBC, 2005).

Os pacientes portadores de pelo menos três dos critérios acima listados são diagnosticados com SM, possuindo, portanto, importante potencial aterosclerótico e risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares (SBC, 2005).

### **2.4. Tratamento da Síndrome Metabólica**

A obesidade é um dos componentes da SM com maior expressão, acredita-se que mudanças no estilo de vida possam ser eficientes no seu controle e tratamento (ROCHA, 2012).

A realização de um plano alimentar para a redução de peso, associado a exercício físico são considerados terapias de primeira escolha para o tratamento de pacientes com síndrome metabólica. Está comprovado que esta associação provoca a redução expressiva da circunferência abdominal e da gordura visceral, melhora significativamente a sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, podendo prevenir e retardar o aparecimento de diabetes tipo 2. Há ainda, com essas duas intervenções, uma redução expressiva da pressão arterial e nos níveis de triglicérides, com aumento do HDL-colesterol (SBC, 2005, p. 09).

Os benefícios da atividade física para a saúde já estão muito bem documentados (SANTOS *et al.*, 2005). Considera-se atividade física todo e qualquer

movimento corporal que seja produzido pela contração musculoesquelética, e que gera um gasto energético no organismo (ACSM, 2009).

De acordo com Ciolac e Guimarães (2004) a atividade física diminui o risco relacionado a cada componente da SM, reduzindo a pressão arterial, elevando o HDL e melhorando o controle glicêmico, uma vez que diminui a resistência periférica à insulina.

Nos indivíduos em que as alterações do estilo de vida não forem suficientes para o controle clínico, permanecendo com alteração no peso, na circunferência abdominal e na pressão arterial, com os parâmetros laboratoriais alterados tem-se a indicação de introdução da terapia medicamentosa (ROCHA, 2012).

### **3. PLANO DE AÇÃO**

#### **3.1. Definição dos problemas**

O diagnóstico situacional da ESF Vila Formosa evidenciou vários problemas comuns às áreas carentes do Brasil como o uso abusivo de álcool, o uso de substâncias entorpecentes, promiscuidade sexual além de problemas crônicos como hipertensão, diabetes, dislipidemia, insuficiência cardíaca e pneumopatias.

O que mais chamou a atenção da equipe foi a dificuldade de tratar os pacientes, principalmente diante do cenário da saúde no município de Taiobeiras, pois 100% da população é assistida pela atenção primária, há oferta abundante de medicamentos gratuitos e atenção secundária e terciária bem estruturada e resolutiva.

Creditamos assim, a dificuldade no tratamento dos pacientes crônicos no baixo nível sócio educacional, além de resquícios de valores ultrapassados que ainda predominam no estilo de vida desses pacientes.

Foram definidos, portanto, alguns problemas comuns que impõem aos usuários possíveis pioras no estado de saúde, tais como a presença de dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes associados com a obesidade central e o aumento do risco cardiovascular. Foram considerados também o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e suas consequências; o uso abusivo de álcool; e a alta demanda da população por consultas médicas, caracterizando os “hiper-utilizadores” do serviço de saúde.

#### **3.2. Priorização dos problemas**

Após a definição dos problemas prioritários foi realizada a classificação em ordem de importância. O quadro 2 apresenta a priorização dos problemas identificados.



Quadro 2- Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila Formosa.

<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência (0-5)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento da equipe</b>
Controle Clínico do Paciente Portador de Síndrome Metabólica	Alta	5	Parcial
Uso Indiscriminado de Benzodiazepínico	Médio	3	Parcial
Redução do Risco Cardiovascular	Alta	5	Parcial
Alta Demanda da População por Consultas	Médio	2	Parcial
Alcoolismo	Alta	5	Parcial

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.3 Explicação do problema selecionado

O controle clínico do paciente portador da SM foi o problema escolhido, não só pela sua alta prevalência na população brasileira, mas também pelo aumento considerável do risco cardiovascular que os pacientes estão expostos. Na ESF Vila Formosa é notória a prevalência dos fatores de risco para a SM na população adscrita. Em muitos notamos a presença de fatores de risco isolados e em grande parte já temos os critérios diagnósticos.

Atualmente, há 140 diabéticos e 647 hipertensos cadastrados na ESF Vila Formosa. Não temos registro da quantidade de pacientes obesos assistidos, porém, em nossa prática clínica, fica evidente a prevalência de usuários que estão acima do peso.

### 3.4 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de portadores de síndrome metabólica.

- Rastreamento e diagnóstico inadequados;
- Baixo entendimento do paciente quanto a sua doença;
- Intervenção da equipe multiprofissional ineficiente;
- Baixa aderência do paciente as mudanças no estilo de vida;

### 3.5 Desenho das operações

Para a solução dos nós críticos foram estabelecidas algumas operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Vila Formosa.

#### Rastreamento e diagnóstico inadequados:

- Projeto: realizar rastreamento dos usuários do PSF, na faixa etária de 20 a 70 anos de idade, pelo período de um ano.
- Resultados: rastrear e diagnosticar o maior número possível de usuários do PSF Vila Formosa, portadores de SM.
- Produtos: realização da medida de circunferência abdominal; aferição da PA; solicitação de exames de colesterol, triglicerídeos e glicemia de jejum, daqueles pacientes com medidas alteradas e com diagnóstico definido de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica ou dislipidemia.
- Recursos:
  - Organizacional: realizar o fluxo para rastreamento do paciente, com a participação da equipe multiprofissional.
  - Cognitivo: capacitar a equipe multiprofissional a realizar a medida de circunferência abdominal e aferição da PA.
  - Político: obter apoio da Secretaria Municipal de Saúde para realização do projeto;
  - Financeiro: liberação de recursos para a realização dos exames laboratoriais.

#### Baixo entendimento do paciente quanto a sua doença

- Projeto: informar continuamente o paciente sobre a sua doença e os riscos.
- Resultados: com informação o paciente terá mais facilidade em realizar as mudanças no estilo de vida.
- Produtos: abordar o paciente em vários momentos, como em consultas, em visitas domiciliares e na unidade de saúde. Realização de grupos operativos e folhetos informativos.

- Recursos:
  - Organizacional: identificar e definir os momentos de abordar os pacientes.
  - Cognitivo: capacitar a equipe para a correta informação dos pacientes.
  - Político: procurar apoio para a confecção de folhetos informativos.
  - Financeiro: obter recursos para a confecção de material educativo.

#### Intervenção da equipe multiprofissional ineficiente

- Projeto: buscar apoio multidisciplinar para um problema multifatorial.
- Resultados: abordagem multidisciplinar dos pacientes, envolvendo equipe com médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), nutricionista, profissional de Educação Física e psicólogo.
- Produtos: realização de consultas médicas, de enfermagem, avaliação e conduta do nutricionista e realização de atividades físicas regulares orientadas pelo profissional de Educação Física. Realização de grupos de culinária, orientado pelo nutricionista, para capacitar a população a preparar o alimento de forma saudável.
- Recursos:
  - Organizacional: buscar a participação de toda equipe multidisciplinar.
  - Cognitivo: capacitar a equipe multidisciplinar para a abordagem adequada.
  - Político: disponibilização pela Secretaria de Saúde dos profissionais que não fazem parte da ESF Vila Formosa, como nutricionista e profissional de Educação Física.

#### Baixa aderência do paciente a mudanças no estilo de vida:

- Projeto: obter a aderência contínua do paciente ao projeto.
- Resultados: manter o paciente em contínua mudança do estilo de vida.
- Produtos: avaliar constantemente a realização adequada das mudanças no estilo de vida pelos participantes, registrar a presença nas atividades, nos grupos e consultas.

- Recursos:
  - Organizacional: reavaliação constante dos pacientes.
  - Cognitivo: promover educação permanente da equipe para a correta informação aos pacientes.

### 3.6 Identificação dos recursos críticos

No quadro 3 estão apresentados os possíveis recursos críticos para a execução das operações, essenciais para o desenvolvimento do projeto.

Quadro 3 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Rastreamento e diagnóstico inadequados	Cognitivo: capacitar a equipe multiprofissional a realizar a medida de circunferência abdominal e aferição da PA. Financeiro: Liberação de recursos para a realização dos exames laboratoriais.
Baixo entendimento do paciente quanto a sua doença	Cognitivo: capacitar a equipe para a correta informação dos pacientes. Financeiro: obtenção de recursos para a confecção de material educativo.
Intervenção multiprofissional ineficiente	Organizacional: buscar a participação de toda equipe multidisciplinar. Cognitivo: capacitar a equipe multidisciplinar para a abordagem adequada.
Baixa aderência do paciente a mudanças no estilo de vida	Organizacional: reavaliação constante dos pacientes.

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.7 Análise da viabilidade do plano

No quadro 4 estão apresentadas as propostas de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 4 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
<b>Rastreamento e diagnóstico inadequados</b>	<u>Cognitivo:</u> Capacitar a equipe para a realização das medidas	Cada componente da equipe	Favorável	Não é necessário  Mostrar a importância do diagnóstico
	<u>Financeiro:</u> Recursos para exames laboratoriais	Secretaria de Saúde	Indiferente	
<b>Baixo entendimento do Paciente Quanto a sua Doença</b>	<u>Cognitivo:</u> Capacitar à equipe	Equipe Multidisciplinar	Favorável	Não é necessário
	<u>Financeiro:</u> Recursos para a confecção de material educativo.	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessário
		Equipe de Saúde da Família	Favorável	Não é necessário
<b>Intervenção multiprofissional ineficiente</b>	<u>Organizacional:</u> Equipe multidisciplinar	NASF	Favorável	Não é necessário
	<u>Cognitivo:</u> Capacitar à equipe	Equipe Multidisciplinar	Favorável	Não é necessário
<b>Baixa aderência do paciente a mudanças no estilo de vida</b>	<u>Organizacional:</u> Contato constante com os pacientes.	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Não é necessário
		Pacientes	Favorável	Não é necessário

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.8 Elaboração do plano operativo

O quadro 5 apresenta o plano operativo, para isso foram designados os responsáveis e profissionais envolvidos em cada operação e estabelecido um prazo para a realização das ações.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo

<b>Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Rastreamento e diagnóstico inadequados</b>	Rastrear e diagnosticar o maior número possível de usuários portadores de SM.	Medida da circunferência abdominal, aferição da PA Exames laboratoriais	Mostrar a importância do Diagnóstico	ACS Enfermeiro Médico	Um mês para o início com duração indefinida.
<b>Baixo entendimento do paciente quanto a sua doença</b>	Paciente bem informado terá mais facilidade em realizar as mudanças no estilo de vida.	Abordagem do paciente em vários momentos, pela equipe multidisciplinar Realização de grupos operativos Folhetos informativos.		ACS Médico Enfermeiro Nutricionista Profissional de Educação Física	Concomitante ao rastreamento, prazo de duração indefinido.
<b>Intervenção multiprofissional ineficiente</b>	Abordagem multidisciplinar dos pacientes.	Consultas multidisciplinares Atividades físicas regulares orientadas		Médico Enfermeiro Nutricionista Profissional de Educação Física	Concomitante ao rastreamento, prazo de duração indefinido.
<b>Baixa aderência do paciente a mudanças no estilo de vida</b>	Manter todos os pacientes diagnosticados em uma adequada mudança no estilo de vida.	Avaliação constante da mudança no estilo de vida dos pacientes		Médico Enfermeiro Nutricionista Profissional de Educação Física	Concomitante ao rastreamento, prazo de duração indefinido

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.9 Gestão do plano

O projeto proposto passa por duas etapas de operação. A primeira é a capacitação de toda a equipe de saúde, buscando o entendimento quanto à doença, diagnóstico e sobre as orientações quanto às mudanças do estilo da vida do paciente. Tal capacitação será feita por meio de palestras, aulas e material informativo impresso.

A segunda etapa será caracterizada pela intervenção propriamente dita, neste momento, será avaliada a presença dos fatores de risco em todos os usuários que forem atendidos na ESF, na faixa etária de 20 a 70 anos, independente da

demanda solicitada. Todos os pacientes serão avaliados com a medida da pressão arterial, da circunferência abdominal, do peso, além da presença de hipertensão, diabetes e dislipidemia prévias. Aqueles pacientes que tiverem alguma dessas variáveis diagnosticadas serão submetidos a exames laboratoriais de lipidograma e glicemia de jejum.

Será definido o perfil dos pacientes atendidos na ESF Vila Formosa, diagnosticando aqueles que preenchem os critérios diagnósticos e identificando aqueles com fatores de risco. Após este primeiro momento, os pacientes passarão pela etapa de intervenção, ou seja, participarão de programas regulares de orientação à mudança de estilo de vida, com consultas da enfermagem e médica, acompanhamento domiciliar com agentes de saúde, grupos de exercícios físicos com profissionais de Educação Física e grupos de culinária com nutricionistas.

A abordagem médica e da equipe de enfermagem visa, dentro das especificações de cada área, orientar o paciente quanto a sua doença, o porquê que ela ocorre, quais os fatores responsáveis pelo seu aparecimento, os riscos que ela representa, a importância do paciente na condução do tratamento, as orientações à cerca da importância das mudanças no estilo de vida e a prescrição de medicação, se necessário.

Os agentes de saúde terão papel importante no acompanhamento dos pacientes, pois será durante as visitas domiciliares, que estes poderão avaliar se os pacientes estão seguindo as orientações fornecidas e se estão engajados no tratamento. Os agentes são importantes, pois mantem contato próximo e frequente com os usuários, o que permite acompanhamento sistemático além de abordagem franca e aberta.

Já os profissionais de Educação Física e nutricionista são peças fundamentais no projeto, pois trabalharão diretamente com as variáveis mais importantes relacionadas as mudanças do estilo de vida. A orientação e a cobrança para a realização de exercícios físicos são fundamentais, para tanto, serão propostas atividades a serem realizadas com os usuários, tais como: grupos de caminhadas, de ginástica ao ar livre, de danças a serem ofertadas em diversos horários para poder atender a todos os usuários para proporcionar à população a prática regular de exercício físico. Em relação às atividades nutricionais serão propostas aulas de culinária para ensinar os pacientes a terem dieta mais saudável,

ensinando-os a cozinhar com menos sal, menos gorduras e ensinando receitas mais saudáveis e balanceadas.

O projeto visa não só a abordagem inicial do paciente com a SM, mas também promover a avaliação constante da eficácia das intervenções. Regularmente, estes pacientes serão reavaliados quanto à presença dos fatores de riscos e diagnóstico da SM, assim, será possível conhecer a eficácia da intervenção ou em qual ponto estão ocorrendo as falhas para corrigir a tempo.



#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto de intervenção visa o controle clínico dos pacientes portadores da SM. Tal controle clínico tem o objetivo de promover ações para diminuir os fatores de riscos cardiovasculares e em longo prazo diminuir a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Os resultados esperados serão separados em momentos, primeiramente acontecerá a identificação dos pacientes portadores da SM e dos fatores de risco; após será realizado o controle clínico dos pacientes; e em seguida a promoção da manutenção do programa com a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares.

O projeto depende da mudança nos processos de trabalho da ESF, que deverá estar capacitada a identificar e orientar adequadamente os usuários. Para tanto, cada componente da equipe deverá estar engajado no projeto, realizando os exames de triagem e reservando tempo para a orientação à mudança do estilo de vida pelo pacientes.

Por propor mudanças no processo de trabalho da equipe e por buscar mudanças no estilo de vida do paciente, este projeto será contínuo, passando a ser adotado e seguido sistematicamente pela equipe.

As mudanças do estilo de vida do usuário, com adoção de dieta saudável e exercícios físicos regulares pode provocar a redução expressiva da circunferência abdominal e conseqüentemente da gordura visceral, melhorando significativamente a sensibilidade à insulina e diminuindo os níveis séricos de glicose. Pode promover também, a redução dos níveis de pressão arterial e dos níveis séricos de colesterol.

## REFERÊNCIAS

- ACSM (American College of Sports Medicine) (Position Stand). Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009.
- AHA - American Heart Association. Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults: executive summary of the 3rd report of the adult treatment panel. *JAMA*. v.285, p.2486-97, 2001.
- ALBERTI, K.G.M.M.; ZIMMET, P.Z. for the WHO Consultation: definition, diagnosis and classification of the diabetes mellitus. Part 1. *Diabet Med.*, v.15, p.539-53,1998.
- CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2010. 114p.
- CIOLAC, E.G; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.10, n.4, p.319-324, 2004.
- FERRRANTI, S.D.; OSGANIAN, S.K. Epidemiology of paediatric metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. **Diabetes and vascular disease research**, v.4, n.4, p.285-296, 2007.
- GRUNDY, S.M. *et al.* Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. **Circulation**. v.112, p.2735-2752, 2005.
- LOPES, A.C; NETO, A. **Tratado de Clínica Médica**, 1º volume, 2ª ed. São Paulo. Roca, 2009.
- LUNA, R.L. Síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.88, n.5, p.e124-e126, 2007.
- PENALVA, D.Q.F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Rev. Med.** v.87, n.4, p.245-250, 2008.
- REAVEN, G.M. The Metabolic Syndrome: Requiescatin Pace. **Clinical Chemistry**, v.51, n.6, p. 931–938, 2005.
- ROCHA, E. Síndrome metabólica: a sua existência e utilidade do diagnóstico na prática clínica. **Rev. Port. Cardiol.** V.31, n.10, p.637-639, 2012.
- SANTOS, R. *et al.* Obesidade, síndrome metabólica e atividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, da Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, v.19, n.4, p.317-28, 2005.
- SBC, I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, Supl. I, 2005.