



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ALEX RENNO RESENDE

EFEITOS DA MUDANÇA DE HÁBITOS DE VIDA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO, DIABETES E DISLIPIDEMIAS NA UMSF JD. DAS INDÚSTRIAS,
LOCALIZADA NA CIDADE DE JACAREI, ESTADO DE SÃO PAULO

SÃO PAULO
2020

ALEX RENNO RESENDE

EFEITOS DA MUDANÇA DE HÁBITOS DE VIDA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO, DIABETES E DISLIPIDEMIAS NA UMSF JD. DAS INDÚSTRIAS,
LOCALIZADA NA CIDADE DE JACAREI, ESTADO DE SÃO PAULO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ARIANE GRAÇAS DE CAMPOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

A hipertensão, diabetes e dislipidemia acometem um número significativo das pessoas em todo o mundo, representando uma condição deletéria para o paciente, visto que compromete sua qualidade de vida, pessoal e profissional, além de implicar de um sério prejuízo para o processo produtivo e para a saúde pública, de modo que o diagnóstico, tratamento passa a ser fundamental para mitigar estes contextos, bem como a prevenção sobressai como relevante. Essa realidade é verificada na prática clínica na UMSF Jd. das Indústrias, localizada na cidade de Jacarei, Estado de São Paulo, de modo que a proposta de intervenção apresentada neste trabalho tem como meta oportunizar uma condição que altere a realidade, ou seja que melhorem a qualidade de vida, levando informações que contribuam na prevenção e na tomada de consciência da população atendida.

Palavra-chave

Hipertensão. Dislipidemia. Diabetes. Alimentação Saudável.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Na UMSF Jd. das Indústrias, localizada na cidade de Jacarei, Estado de São Paulo há uma população significativa que apresenta hipertensão, diabetes e dislipidemia, e que precisam de mais informações acerca destas doenças, igualmente, de formas de prevenção. Considerando que hipertensão, diabetes e dislipidemia são manifestações associadas, dentre outros fatores, a hábitos de vidas saudáveis, preconiza-se a veiculação no âmbito da atenção primária de informações acerca da importância de hábitos de vida saudáveis, bem como, alteração de comportamentos como forma de prevenção e tratamento das patologias mencionadas, bem como ações práticas voltadas para a mudança de comportamentos diários, com a adoção de hábitos saudáveis, especificamente associados à dieta e ao fim do sedentarismo.

ESTUDO DA LITERATURA

A hipertensão é uma das doenças mundiais mais comuns que afetam os seres humanos e é um importante fator de risco para acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, doença vascular, doenças crônicas e doença renal. Apesar de extensa pesquisa nas últimas décadas, a etiologia da maioria dos casos de hipertensão ainda é desconhecida e o controle da pressão arterial é subótimo na população em geral. Devido à morbimortalidade e custos associados à sociedade, a prevenção e o tratamento da hipertensão é um importante desafio à saúde pública (RIVERA, MARTIN, LANDRY, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimativa de que mais de 600 milhões de pessoas seja acometida pela hipertensão, cujo crescimento pode ser de até 60% em cinco anos, com aproximadamente mais de sete milhões de óbitos anuais (OMS, 2018).

A patogênese da hipertensão essencial é multifatorial e complexa. Vários fatores modulam a pressão arterial, incluindo mediadores humorais, reatividade vascular, volume sanguíneo circulante, calibre vascular, viscosidade sanguínea, débito cardíaco, elasticidade dos vasos sanguíneos e estimulação neural. Uma possível patogênese da hipertensão essencial foi proposta, na qual múltiplos fatores, incluindo predisposição genética, ingestão excessiva de sal na dieta e tônus adrenérgico, podem interagir para produzir hipertensão. Embora a genética pareça contribuir, os mecanismos exatos subjacentes à hipertensão essencial não foram estabelecidos (JAMES, OPARIL, CARTER ET AL., 2014).

A hipertensão é difícil de diagnosticar até que ocorram complicações médicas, uma vez que os pacientes raramente apresentam sintomas específicos. Os estágios iniciais da doença. A hipertensão também é difícil de gerenciar efetivamente, assim como o tratamento consistente após o diagnóstico, devido à falta de conscientização e adesão do paciente (YANG, KANG, LEE et al., 2017).

A hipertensão é um importante fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. O tratamento adequado da hipertensão pode reduzir o risco de derrame em até 42% e o risco de doença cardíaca coronária em cerca de 14% , no entanto, vários fatores do estilo de vida estão associados a doenças cardiovasculares e hipertensão, como tabagismo, obesidade, diabetes, dislipidemia , e outros. O estilo de vida é uma questão vital no gerenciamento da hipertensão, uma vez que a terapia ideal da doença envolve a consideração da idade, sexo, raça, dieta, exercício, uso de tabaco, condições comórbidas, uso de tratamento anti-hipertensivo, conformidade e realização do controle da pressão arterial (WEE, WONG, CHIN et al., 2013). Os pesquisadores Bruno, Pucci, Rosticci et al. (2016) estudaram a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e sua associação com fatores de risco modificáveis em adultos jovens. Sexo masculino, adiposidade e hábitos alimentares foram identificados como os principais determinantes dos valores pressóricos elevados e, portanto, identificados como fatores para intervenções no estilo de vida saudável.

A diabetes tipo 2 (DM2) é uma doença que afeta mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em 2040, haverá mais de 640 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo. Há a previsão de que a prevalência da DM2 duplique nos próximos 20 anos, devido ao aumento da idade, obesidade e número de grupos étnicos de alto risco na população, com aumentos significativos na doença cardiovascular, doença renal em estágio primário, retinopatia e neuropatia. Além disso, para alcançar um bom controle metabólico na diabetes e manter a longo prazo, é necessária uma combinação de mudanças no estilo de

vida e tratamento farmacológico (MARIN-PEÑALVER et al., 2016).

Entre 2010 e 2030, os países desenvolvidos projetaram um aumento de 27% e os países em desenvolvimento um aumento de 67% nos gastos com diabetes. Essas estimativas provavelmente subestimam substancialmente os custos futuros do diabetes tipo 2, especialmente para os países em desenvolvimento, porque eles assumem gastos constantes com a saúde per capita. Como os países de renda baixa e média com baixos gastos anuais médios per capita para diabetes desenvolvem-se economicamente, a demanda e o custo per capita dos cuidados com o diabetes aumentam substancialmente, se os custos permanecerem sem controle, terá o potencial de levar à falência os sistemas de saúde e, de fato, as economias nacionais, em virtude disso, programas de prevenção e tratamento são determinantes (HERMAN, 2017).

Os principais fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 são os seguintes: idade maior que 45 anos (embora, como observado acima, o diabetes mellitus tipo 2 esteja ocorrendo com frequência crescente em indivíduos jovens); peso maior que 120% do peso corporal desejável; história familiar de diabetes tipo 2 em um parente de primeiro grau (por exemplo, pai ou irmão); história de intolerância à glicose (IGT) ou glicemia de jejum alterada (IFG); hipertensão (> 140/90 mm Hg) ou dislipidemia (nível de colesterol HDL 150 mg / dL); história de diabetes mellitus gestacional ou de parto de um bebê com peso ao nascer acima de quatro quilos e cem gramas; síndrome do ovário policístico (que resulta em resistência à insulina) (OKEEFE, 2009).

Embora a fisiopatologia da doença seja diferente entre os tipos de diabetes, a maioria das complicações, incluindo microvascular, macrovascular e neuropática, é semelhante, independentemente do tipo de diabetes. A hiperglicemia parece ser o determinante das complicações microvasculares e metabólicas. A doença macrovascular pode estar menos relacionada à glicemia. O desgaste dos telômeros pode ser um marcador associado à presença e ao número de complicações diabéticas; se é uma causa ou uma consequência de diabetes continua a ser visto (TESTA et al., 2011).

O risco cardiovascular em pessoas com diabetes está relacionado, em parte, à resistência à insulina, com as seguintes anormalidades lipídicas concomitantes: níveis elevados de partículas de colesterol pequenas e densas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL); baixos níveis de colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL) e níveis elevados de lipoproteínas remanescentes ricas em triglicérides (ROCHA, 2015).

O tratamento do diabetes é realizado de duas formas: farmacológico, por meio de medicamentos, e não farmacológico, por meio de mudança de hábitos cotidianos, adotando hábitos saudáveis, como uma dieta equilibrada e a prática de atividade física, dentre outras perspectivas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION NATIONAL DIABETES, 2011). A alteração do estilo de vida, como a dieta e o exercício físico, são os dois principais determinantes do balanço energético (MARIN-PEÑALVER et al., 2016) e são considerados como base básica no tratamento de pacientes com diabetes. O descanso adequado também é muito importante para manter os níveis de energia e o bem-estar, em que o dormir sete horas por noite é considerado essencial (GARBER, et al., 2016). Evidências sustentam uma associação de 6 a 9 horas de sono por noite com uma redução nos fatores de risco cardiometabólico, enquanto a privação de sono agrava a resistência à insulina, hipertensão, hiperglicemia e dislipidemia (CAPPUCCIO, et al., 2011).

A atividade física é um componente importante para o tratamento da diabetes, visto que tem o potencial facilitar o controle do nível de glicose no sangue. As pessoas com diabetes tipo 2 têm muita glicose no sangue, seja porque seu corpo não produz insulina suficiente para processá-lo, seja porque seu corpo não usa insulina adequadamente (resistente à insulina). Os músculos podem usar glicose sem insulina quando você está se exercitando. Em outras palavras, não importa se o paciente é resistente à insulina ou se não tem insulina suficiente: quando o organismo se exercita, os músculos recebem a glicose de que precisam e, por sua vez, o nível de glicose no sangue diminui (CAPPUCCIO, et al., 2011).

O exercício físico aumenta a sensibilidade à insulina, reduz os níveis de açúcar no sangue, reduz a gordura corporal e melhora a aptidão física. As recomendações para o exercício de resistência são: atividade física aeróbica de intensidade moderada (40-60% do VO (2) máximo ou 50 -70% da frequência cardíaca máxima) durante pelo menos 150 min/semana e/ou pelo menos 90 min/semana de exercício aeróbico vigoroso (> 60% do VO (2) máx ou > 70% da frequência cardíaca máxima). A atividade física deve ser distribuída em pelo menos 3 dias/semana e não mais que 2 dias consecutivos sem atividade física. As recomendações para o exercício resistido são: o exercício resistido deve ser realizado pelo menos 3 vezes por semana, incluindo todos os grupos musculares principais, progredindo para 3 séries de 8-10 repetições com um peso que não pode ser elevado > 8-10 vezes (KÖNIG, BERG, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV) tornaram-se a principal causa de morte, com rápido desenvolvimento econômico e mudanças adversas no estilo de vida. A dislipidemia foi claramente identificada como um importante fator de risco importante para doenças cardiovasculares, que são a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (NAJAFIPOUR, SHOKOOHI, YOUSEFZADEH et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde relatou recentemente que a dislipidemia está significativamente associada a mais da metade dos casos globais de cardiopatia isquêmica (OMS, 2012).

O uso de medicamentos hipolipemiantes, como estatina e fibrato, é importante para o tratamento da dislipidemia, principalmente em pacientes de alto risco. No entanto, as intervenções no estilo de vida também são importantes para o manejo da dislipidemia e são consideradas inicialmente após o diagnóstico, uma vez que os fatores alimentares podem influenciar os níveis lipídicos e o exercício regular melhora o perfil lipídico, enquanto o tabagismo tem um efeito prejudicial. Há uma combinação de fatores de proteção, incluindo índice de massa corporal normal (IMC), não tabagismo e consumo de álcool, dieta prudente e atividade física regular foi associada a uma prevalência significativamente menor de dislipidemia; literalmente, foi demonstrado que um número notável de indivíduos tem níveis totais de colesterol acima de 200 mg / dL, e a maioria dos afetados possui níveis superiores a 240 mg / dL, o que é considerado um nível alto que requer tratamento (SON, CHIN, WOO, 2011).

Infelizmente, indivíduos com as piores escolhas de estilo de vida têm maiores probabilidades de desenvolver hipertensão, diabetes e dislipidemia, em virtude principalmente de uma dieta inadequada, sedentarismo e hábitos como tabagismo e álcool. Estas patologias, além do cenário epidemiológico e do comprometimento da qualidade de vida do paciente, implica em um grande custo para a saúde pública em decorrência de medicamentos, internação e tratamento, de modo que a busca por intervenção preventiva e tratamento é fundamental. O estilo de vida saudável é uma questão vital no gerenciamento destas doenças.

AÇÕES

Diante da realidade identificada, que oportunizou o levantamento do problema apontado, em que se observou uma presença significativa de pacientes hipertensos, diabéticos e portadores de dislipidemia e se propõe as seguintes ações:

Diante deste cenário, o foco deste trabalho é o de atingir a população de um modo geral, partindo do princípio que as pessoas estão cada vez mais abandonando hábitos de vida saudáveis por conta da alta incidência de manifestações como a hipertensão, diabetes e dislipidemia, bem como da obesidade e sobrepeso.

Assim, o projeto de intervenção pensado é o de atingir a população atendida na UMSF Jd. das Indústrias, localizada na cidade de Jacarei, Estado de São Paulo, a partir de ações delimitadas. Primeiramente serão levadas às pessoas informações por meio de palestras para que elas possam se dar conta das consequências destas patologias e até mesmo despertar o interesse de procurar ajuda e seguir um tratamento adequado, adotando a alteração de hábitos de vida, comportamentos saudáveis como rotina cotidiano, visando à melhora da qualidade de vida de cada um, sendo que isso irá refletir numa melhora da sociedade como um todo.

Sendo assim serão criados passos para esse projeto:

- ♦ Criação de um espaço específico para atenção à saúde mental; solicitando ajuda da psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para realizar uma abordagem acolhedora dos pacientes participantes do projeto, a fim de prepará-los para enfrentar o desafio da mudança de hábitos, motivando e estimulando a perseverança e determinação e fornecendo suporte durante todo o projeto;
- ♦ Apresentação do projeto para população, a partir de distribuição de panfletos explicativos, ao final das consultas, convidando as pessoas a participar do projeto, onde qualquer pessoa que tiver interesse possa participar, obviamente que pacientes sabidamente com comorbidades, seriam o foco maior. No primeiro encontro o médico fará uma palestra explicando detalhadamente os objetivos do projeto, os benefícios a qualidade de vida e longevidade aos participantes, suporte e acompanhamento.
- ♦ A princípio serão realizadas palestras educativas mensais que, dependendo da aderência e sucesso, pode ser ampliada, em que serão discutidos acerca dos seguintes temas: necessidades alimentares, classes dos alimentos e composição corporal. Será exposta a importância da adoção de hábitos saudáveis, como: sono adequado; dieta saudável, a base de legumes, verduras, peixes, carnes magras, azeite e oleaginosas, outrossim, dentro do possível individualizar as necessidades de cada indivíduo com suporte da nutricionista do NASF, na qual irá orientar formas de preparação de dieta saudável em casa;
- ♦ Acompanhamento da Educadora Física do NASF com protocolos de atividades físicas, aeróbica e anaeróbicas, destacando a importância de 150 minutos de atividades físicas semanais, realizando 45min de atividade supervisionada no dia do encontro e estimulando a formação de grupos para a realização das atividades nos outros dias, além do abandono

- * de hábitos deletérios para a saúde, como tabagismo, álcool e drogas.
- * Criação de grupos de discussão mensais na unidade de saúde, em data diferente das do projeto com objetivo de se ter um feedback da evolução dos pacientes com acompanhamento de exames e também com objetivo de estimular os que enfrentam dificuldades em manter a nova rotina.

Esse projeto necessitará de uma equipe, a princípio formada por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde além do apoio do NASF com suporte de Psicóloga, Nutricionista e Educadora física.

O tempo de prevalência das ações será de um ano, na qual será realizada avaliação dos resultados a partir da realização de exames de rotina e exames clínicos como:

Glicemia de jejum
hemoglobina glicada
Tgo
Tgp
Gama gt
ureia
Creatinina
Lipidograma completo
Hemograma completo
testosterona total/livre
Vitamina D
Vitamina B12
Acido Úrico
Parasitológico de fezes
Sangue oculto
Urina tipo 1
Urocultura

O objetivo da realização dos exames de rotina e exames clínicos é o de comparar quadros clínicos pré e pós intervenção, de modo a verificar se as ações propostas vem obtendo resultados pretendidos, corrigindo-os a partir de outras ações para que os resultados esperados sejam alcançados.

RESULTADOS ESPERADOS

Que a população alvo possa acessar as informações e aderir de forma ampla as reuniões favorecendo a promoção de uma qualidade de vida saudável, conseqüentemente, alterar hábitos de vida, a partir da adoção de uma dieta saudável e eliminar o sedentarismo por meio de prática de atividades físicas rotineiras, bem como redução dos parâmetros de hipertensão em pacientes diagnosticados com tal manifestação, redução do índice glicêmico em pacientes diabéticos e redução da dislipidemia.

REFERÊNCIAS

BRUNO, R.M., PUCCI, G., ROSTICCI, M., et al. Association between lifestyle and systemic arterial hypertension in young adults: a national, survey-based, cross-sectional study. **High Blood Press Cardiovascul Prev.** n.23, p. 31-40, 2016.

CAPPUCCIO, F.P., et al. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Eur Heart J.** n.32, p.1484-1492, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION NATIONAL DIABETES, **Fact sheet:national estimates and general information on diabetes and prediabetes in United States**, 2011. Atlanta , Ga, Us. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and prevention, 2011.

GARBER, A.J., et al. Consensus statement by the american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm--2016 executive summary. **Endocr Pract.** n.22, p.84-113, 2016.

HERMAN, W.H. The global agenda for the prevention of type 2 diabetes. **Nutr Rev.** v.75, n.1, p. 13-18, 2017.

JAMES PA, OPARIL S, CARTER BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA.** V.3, n.5, p.507-20, 2014.

KÖNING, D., BERG, A. Physical exercise as treatment of type 2 diabetes mellitus.**Internist.** v.53, n.6, p.678-87, 2012.

MARIN-PENÁLVER, J.J., et al. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus.**Word J Diabetes.** v.7, n.17, p. 354-395, 2016.

NAJAFIPOUR H., SHOKOOHI M., YOUSEFZADEH G., et al. Prevalence of dyslipidemia and its association with other coronary artery disease risk factors among urban population in Southeast of Iran: results of the Kerman coronary artery disease risk factors study (KERCADRS). **J Diabetes metab Disord.** n.15, p. 49-55, 2016.

OKEEFE, J.H. **Fundamentos em diabetes.** 4 ed. São Paulo: Artmed, 2009.PFEIFFER, A.F.H., et al. The Treatment of Type 2 Diabetes. **Dtsch Arztebl Int.** v.111, n.5, p. 69-82, 2014.

RIVERA SL, MARTIN J, LANDRY J. Acute and chronic hypertension: what clinicians need to know for diagnosis and management. **Crit Care Nurs Clin North Am.** v.31, n.1, p. 97-108, 2019.

ROCHA, P. **Diabetes controlada.** 8 ed. São Paulo: Gente, 2015.

SON JI, CHIN SO, WOO JT. Treatment guidelines for dyslipidemia: summary of the expanded second version. **J Lipid Atheroscler.** n.1, p.45-59, 2011.

TESTA, R., et al. Leukocyte telomere length is associated with complications of type 2 diabetes mellitus. **Diabet Med.** v. 28, n.11, p.2888-94, 2011.

WEE LE, WONG J, CHIN RT, et al. Hypertension management and lifestyle changes following screening for hypertension in an Asian low socioeconomic status community: a prospective study. **Ann Acad Med Singapore**. n.42, p.451–465, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 Disponível em:<http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ > Acesso em: 20 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **The world health report 2012**—reducing risks, promoting healthy life. Chapter 4. Geneva: World Health Organization; 2012.

YANG MH, KANG SY, LEE JA, et al. The Effect of Lifestyle Changes on Blood Pressure Control among Hypertensive Patients. **Korean J. Fam Med**. v.38, n.4, p. 173–180, 2017.