

Intervenção multidisciplinar em pacientes com síndrome metabólica de um hospital universitário de Petrolina-PE: vivências de um projeto de extensão

Leonardo Majdalani Sacramento e Nascimento¹
Armida Portela D'Albuquerque Lima²
Izabelle Silva de Araujo³
Paula Andreatta Maduro⁴

¹ Especialista em Terapia Analítico Comportamental-UNIJORGE – Psicólogo hospitalar: HU- UNIVASF/EBSERH. E-mail: leonardo.sacramento@ebserh.gov.br.

Agradecemos ao HU-UNIVASF/EBSERH pelo espaço de ensino, pesquisa e extensão, aos bolsistas e voluntários e aos pacientes participantes do projeto.

RESUMO

A Síndrome Metabólica (SM) é descrita como um conjunto de desordens metabólicas e fatores de risco cardiovascular, decorrentes da obesidade. O HU-UNIVASF/EBSERH, como hospital de referência do Vale do São Francisco, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, identificou nos usuários do ambulatório uma necessidade de intervenção em pacientes que apresentam SM. Foi criado um Projeto de Extensão por uma equipe multidisciplinar de colaboradores do hospital incluindo médicos, fisioterapeuta, profissional de educação física, psicólogo, nutricionista, farmacêutica e biomédica, além de alunos bolsistas e voluntários com o objetivo de promover uma mudança de estilo de vida (MEV) a pacientes encaminhados a partir da avaliação médica. A MEV baseia-se em intervenção a 20 usuários, com periodicidade semestral, divididos em dois grupos de 10, submetidos a atividades físicas, acompanhamento, nutricional e psicológico semanal. Espera-se com este projeto contribuir para a promoção de hábitos saudáveis e melhora da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Síndrome metabólica; Mudança de estilo de vida; Atividade extensionista.

Interdisciplinary intervention in patients with metabolic syndrome of a university hospital of Petrolina-PE: experiences of an extension project

ABSTRACT

Metabolic Syndrome (MS) is described as a set of metabolic disorders and cardiovascular risk factors due to obesity. HU-UNIVASF / EBSEH, as a reference hospital in the São Francisco Valley, which exclusively serves the Unified Health System, has identified in the ambulatory users a need for intervention in patients with MS. An Extension Project was created by a multidisciplinary team of hospital staff including doctor, physiotherapist, physical education professional, psychologist, nutritionist, pharmaceutical and biomedical, as well as fellows and volunteers with the goal of promoting a lifestyle change (MEV) to patients referred from the medical evaluation. The MEV is based on intervention to 20 users, with a semiannual periodicity, divided in two groups of 10, submitted to physical activities, weekly follow-up, nutritional and psychological. It is hoped that this project will contribute to the promotion of healthy habits and improvement of the

² Mestre em Psicologia Clínica/ UNICAP-PE. Psicóloga do HU-UNIVASF/EBSERH. Email:armida.lima@ebserh.gov.br.

³ Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas/Univasf. Nutricionista HU-UNIVASF/EBSERH. E-mail: izabelle.araujo@ebserh.gov.br.

⁴ Mestre em Ciências do Movimento Humano/UFRGS. Profissional de Educação Física HU-UNIVASF. E-mail: paula.maduro@ebserh.gov.br.

quality of life of this population.

Keywords: Metabolic syndrome; Change of lifestyle; Extensive activity.

INTRODUÇÃO

Segundo Penalva (2008) a síndrome metabólica (SM) pode ser definida como um grupo de fatores de risco inter-relacionados, que contribuem para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 e/ou doença cardiovascular. São fatores de risco metabólicos: dislipidemia aterogênica (hipertrigliceridemia, níveis elevados de apolipoproteína B, partículas de LDL-colesterol pequenas e densas e níveis baixos de HDL-colesterol), hipertensão arterial, hiperglicemia e um estado pró- inflamatório e pró-trombótico.

A SM está associada aos fatores de risco identificados nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral (MALTA et al., 2014).

No Brasil 15% dos indivíduos adultos incluem as práticas de atividade física ao seu lazer. Em relação a alimentação 18,2% da população ingerem cinco porções de frutas e hortaliças durante a semana, no entanto 34% tem incluindo na sua dieta semanal predominantemente gorduras trans e saturadas, assim como 28% consomem refrigerantes (BRASIL,2011). Esses fatores refletiram no aumento, dentro dos últimos 35 anos, nos casos de obesidade no sexo masculino, que se elevaram de 2,8% para 12,4% e no feminino de 8,0% para 16,9% (MALTA et al., 2014).

Destaca-se a citação da Organização Mundial da Saúde em relação aos principais fatores de risco: As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool). Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009, p. 44).

Na região nordeste foi observado um aumento da prevalência dos fatores de risco potenciais que estão relacionados a SM entre os anos de 2006 a 2012, como pode ser observado no Quadro abaixo:

Indicadores de Fatores de Risco - Nordeste 2006 a 2012							
Fatores de risco/ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diabetes Melitus	8,9%	9,5%	10,0%	10,1%	9,6%	10,3%	10,7%
Hipertensão	22,3%	22,9%	23,5%	24,6%	23,4%	23,2%	23,9%
Obesidade	11,4%	12,3%	13,2%	13,8%	14,7%	15,5%	16,7%

Quadro 1.
Indicadores de fatores de Risco – Nordeste 2006 a 2012. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde.

O excesso de peso é o principal fator de risco para o desenvolvimento da SM. A obesidade contribui para hipertensão, níveis elevados de colesterol total, baixos níveis de HDL-colesterol e hiperglicemia, que por si próprios estão associados a um risco elevado de doença cardiovascular (BRASIL, 2011). É possível notar o crescimento progressivo da prevalência da obesidade na região nordeste, com o crescimento de 11,4% para 16,7% (BRASIL, 2011).

O Diabetes Prevention Program demonstrou que a perda de peso foi o fator mais importante na redução da incidência de DM. Aponta que para cada quilograma de peso perdido, o risco de DM cai em 16%. Além do que, a redução de peso corporal se associa à melhora da pressão arterial, do perfil lipídico e da glicemia.

Para a prevenção e tratamento da SM, Grundy et al. (2005) destacam que a perda ponderal e a prática regular de exercícios físicos têm sido aconselhadas.

Várias definições já foram propostas para SM, de acordo com as suas particularidades, são elas: Adult Treatment Panel III (ATP III), International Diabetes Federation (IDF) e Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO, 2000).

Abaixo apresentamos o quadro elaborado por Godoy Matos; Moreira; Guedes (2003) sobre os critérios diagnósticos de cada proposta para a SM.

<p>Critério da ATP III</p> <p>Presença de 3 ou mais doses dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade abdominal: cintura > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres • Hipertrigliceridemia \geq 150 mg/dL • Colesterol HDL baixo: < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres • Pressão arterial elevada: \geq 130/85 mmHg • Glicemia de jejum elevada: \geq 110 mg/dL*
<p>Critérios IDF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade central, definida conforme aspectos éticos**, associadas a, pelo menos, 2 dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Triglicérides \geq 150mg/dL (ou tratamento específico para dislipidemia) ○ Colesterol HDL baixo: \leq 40 mg/dL em homens e \leq 50 mg/dL em mulheres ○ Pressão arterial elevada: \geq 130/85 mmHg (ou tratamento específico para hipertensão) ○ Glicemia de jejum elevada: \geq 100 mg/dL
<p>Critérios da OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de diabetes <i>mellitus</i>, intolerância glicídica ou resistência insulínica associada a 2 ou mais dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pressão arterial elevada: \geq 160/90 mmHg ○ Hiperlipidemia: triglicérides \geq 150 mg/dL e/ou colesterol HDL < 35 mg/dL em homens e < 39 mg/dL em mulheres ○ Obesidade central: relação cintura/quadril > 0,90 em homens e > 0,85 em mulheres e/ou IMC > 30 kg/m² ○ Microalbuminúria: excreção urinária de albumina \geq 20 μg/min ou relação albumina/creatinina \geq 20 mg/g

Quadro 2. Critérios diagnósticos para síndrome metabólica. Fonte: Godoy Matos; Moreira e Guedes (2013, p. 886).

*Após as mudanças propostas pela American Diabetes Association (ADA), a maioria dos autores considera o ponto de corte como 100 mg/dL.

**Em homens: > 94 cm em europeus; > 90 cm em sul-americanos, africanos, chineses e sul-asiáticos; > 85 cm em japoneses. Em mulheres: > 80 cm em europeias; > 80 cm em sul-americanas, africanas, chinesas e sul-asiáticas; > 90 cm em japonesas.

Para este estudo adotamos a classificação proposta pela IDF (2005) que se baseia na presença de gordura visceral (estimada pela medida da cintura), que é o fator essencial e determinante de todos os outros componentes da SM. A IDF estratifica os valores por etnias, fortalecendo o conceito de que as diferentes populações mundiais apresentam diferentes proporções corporais.

Observando o progressivo aumento nos casos de obesidade na região nordeste e considerando que o HU-UNIVASF/EBSERH recebe pacientes de 53 municípios com quadro clínico agudizado de AVC, diabetes melitus e hipertensão, notou-se a necessidade de um grupo de prevenção a nível secundário para esses usuarios, selecionados no ambulatório do HU- UNIVASF/EBSERH. Baseado nos princípios do SUS de promoção à saúde e prevenção de doenças, este projeto multiprofissional visa oferecer mecanismos de melhoria da qualidade de vida por meio de promoção de hábitos saudáveis, através da prática de exercícios físicos, reeducação alimentar, acompanhamento psicológico e farmacológico. Ou seja, participar do primeiro passo do tratamento da SM, que são as mudanças no estilo de vida (MEV). Essas mudanças abordam a orientação nutricional e o exercício físico e promovem a redução na incidência da SM, além de proporcionar efeitos benéficos sobre os níveis de triglicerídeos, glicemia, HDL-c e pressão arterial.

DESENVOLVIMENTO

Este artigo se constitui como um relato de experiência da intervenção multidisciplinar a pacientes com SM, usuários do SUS egressos do ambulatório do HU-UNIVASF/EBSERH.

A intervenção

A construção coletiva de um Projeto de Extensão do HU- UNIVASF/EBSERH foi o ponto pé inicial para que esta equipe multidisciplinar fosse criada para atender as necessidades dos usuários que ingressam via ambulatório do hospital.

O projeto conta com intervenção das seguintes áreas: médica, profissional de educação física, nutrição, psicologia, biomedicina, farmácia e fisioterapia. Esses profissionais atuam com dois grupos participantes, um pela manhã e outro a tarde, com 10 usuários cada, três vezes por semana, durante seis meses (fevereiro a agosto/2017).

Os usuários foram diagnosticados com SM, através de exames de imagem (ecocardiograma e eletrocardiograma) e laboratoriais (de acordo com solicitação médica), seguindo os critérios do IDF, descritos no Quadro 2, encaminhados pela equipe médica do ambulatório do HU-UNIVASF/EBSERH, através de consultas agendadas pelos mesmos.

Para a verificação dos fatores de risco cardiovascular é realizado o teste de caminhada de 6 minutos, medidas as circunferências abdominal (CA) e do quadril (CQ), e calculadas o Índice de Massa Corporal (IMC) a Razão cintura quadril (RCQ) e analisado o Escore de Framingham (EF) para risco cardíaco.

Por ser o HU-UNIVASF/EBSERH um hospital de ensino, este projeto de extensão foi encaminhado ao Comitê de Ética da UNIVASF e aprovado, para que se torne, também, um projeto de pesquisa.

A seleção dos participantes e os testes realizados

Os pacientes foram selecionados através das consultas no ambulatório do HU-UNIVASF/EBSERH. Inicialmente passaram por: avaliação cardiorrespiratória (Teste de 6 minutos), de força muscular (realizada no segundo dia de teste junto com as respostas aos questionários), antropométrica (realizada na consulta com a profissional de educação física); aplicação de questionário socioeconômico, de hábitos alimentares, de estilo de vida, de imagem corporal e de nível de exercício físico (realizado junto com o teste de força); entrevista psicológica individual (realizada nos dias dos testes cardiovasculares e de força); dos exames laboratoriais (colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia em jejum, ureia e creatinina plasmática), que foram realizados no dia da avaliação antropométrica; e das práticas de atividade física.

Esses procedimentos descritos fazem parte das atividades rotineiras do grupo de SM, que está inserido no setor de Reabilitação. Todos os pacientes deste grupo continuarão com o tratamento/acompanhamento do hospital, independente da sua participação ou exclusão da pesquisa. Os pacientes que ingressaram neste grupo terão acompanhamento três vezes por semana nos seis meses do projeto e ao término poderão retornar para refazer as avaliações de acordo com as suas necessidades e com o cronograma proposto, através de consulta agendada no ambulatório com a profissional de educação física.

Serão excluídos deste estudo pacientes que tiverem 3 faltas consecutivas, sem justificativa ou 4 intercaladas, na prática de exercício físico e nos grupos de nutrição e psicologia e os que não realizarem uma das intervenções propostas.

Fatos importantes

A partir da criação do projeto foram observados alguns benefícios em relação a mudança de estilo de vida da prática de atividade física. Porém, a mesma se constituiu em um processo lento, variável de pessoa para pessoa e de acordo com a frequência aos treinos.

Essa prática é recomendada para a prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas por diferentes associações de saúde no mundo, como o American College of Sports Medicine, os Centers for Disease Control and Prevention, a American Heart Association, o National Institutes of Health, o US Surgeon General, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras.

Em relação a reeducação alimentar é importante destacar que os participantes do projeto de extensão apresentaram em sua maioria baixa ingestão de frutas, verduras, alimentos integrais e laticínios magros, e consumo excessivo de carboidratos simples, frituras e alimentos industrializados. Além disso, dedicavam pouco tempo a preparação do próprio alimento bem como recorriam a praticidade dos alimentos industrializados e comidas prontas adquiridas na rua. E a alimentação realizada no final de semana foi apresentada como dificuldade na manutenção de uma alimentação saudável.

A nutrição adequada é um fator importante tanto na prevenção quanto no tratamento da SM, sendo portanto bastante relevante as ações de educação nutricional desenvolvidas. Nesse sentido buscou-se desenvolver atividades acerca do planejamento alimentar diário, pirâmide alimentar, o índice glicêmico e teor de sódio nos alimentos e

preparações.

Após as intervenções, o levantamento do recordatório alimentar evidenciou mudanças positivas na qualidade de alguns alimentos como inserção de frutas e sucos de frutas, produtos integrais e redução das frituras, porém ainda não apresentaram grande diferença na quantidade da refeição ingerida. Mas, as mudanças realizadas já refletiram na redução do peso corporal, na glicemia e redução de medidas corporais.

De acordo com Soares, et al. (2014) outros programas de modificação do estilo de vida estruturados, incluindo educação nutricional e exercício físico supervisionados foram eficazes no tratamento da SM.

As atividades de lazer dos pacientes estão intrinsicamente ligadas aos aspectos socioculturais que relacionam o lazer com a ingestão excessiva de alimentos e a inatividade física. A estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes foi evitar locais que propiciem estas situações. A partir disso, os pacientes descreveram reações emocionais, como: ansiedade e angústia. Nos atendimentos grupais houve dificuldades dos pacientes em planejar e promover mudanças nas suas atividades de lazer, visto o padrão comportamental estabelecido através de reforços sociais advindos dos vínculos e costumes adotados nas suas relações interpessoais. No momento que o paciente tenta promover o controle do comportamento através da retirada dos reforçadores, até então atrelado às relações estabelecidas, há o relato por parte dos pacientes da sensação de ansiedade e angústia. Há aparentemente um efeito colateral provocado pela retirada dos reforçadores sociais, visto que os efeitos pretendidos pela retirada do estímulo reforçador ameaçam o objetivo inicial (SIDMAN, 2001).

As limitações de reforçadores socialmente estabelecidos podem implicar em dificuldades para que o paciente atinja as mudanças almejadas no estilo de vida. Os eventos sociais ligados ao lazer, normalmente, são reforçados a curto prazo e podem ser priorizados em detrimento da mudança de estilo de vida. Essas mudanças trazem consequências a longo prazo (STRAUB, 2014) e, segundo Skinner (1980), quanto menor o intervalo de tempo entre reforço e resposta, mais efetivo aquele será. A proposta de intervenção a nível grupal propõe um espaço que favorece a discussão e a criação de possibilidades no intuito de que cada indivíduo busque estratégias de enfrentamento ou estabeleça novas prioridades de reforçamento.

CONCLUSÕES

A importância da equipe multidisciplinar foi refletida para que os resultados apresentados fossem alcançados. Iniciou-se um processo da mudança do estilo de vida em relação a prática de atividade física regular, mudanças de hábitos alimentares e a criação de estratégias de enfrentamento diante das mudanças pactuadas pelos pacientes.

A implantação de ações organizadas de controle de fatores de risco, para pacientes com SM, envolveu ações estratégicas de prevenção, que incluíram promover a saúde através de hábitos de vida saudáveis, dieta equilibrada e prática de atividade física regular para prevenir e promover a melhora da qualidade de vida dos participantes do projeto.

É função dos profissionais da área da saúde facilitar e apoiar o desenvolvimento

sustentável dos cuidados adequados ao longo do ciclo de vida para aqueles pacientes que necessitam de cuidado.

O envolvimento da equipe multidisciplinar e dos alunos se constituiu como uma experiência exitosa e gratificante na construção de uma modificação do estilo de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos- Brasil -2011 – IDB 2011.**

GODOY MATOS AF; MOREIRA RO; GUEDES EP. **Aspectos Neuroendócrinos da Síndrome Metabólica.** Arq Bras Endocrinol Metab vol 47 n° 4 Agosto 2003.

GRUNDY, S. M., et al. Diagnoses manegemant of the metabolic syndrome: na american heart association/ National Heart, lung and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation.** 112:2735- 52, 2005.

PENALVA, DQF. **Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento.** Rev. Med (São Paulo). 2008 out-dez.;87(4):245-250.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações.** (M. A.Andery e T. M. Sério, Trad.). Campinas: Livro Pleno, 2001.

SKINNER, B.F. **Contingências do reforço: uma análise teórica.** São Paulo, Abril Cultural, 1980. (Coleção “Os Pensadores”).

SOARES, T. S.; et al. Hábitos Alimentares, Atividade Física e Escore de Risco Global de Framingham na Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol.** 102(4):374-382, 2014.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial.** 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

WHO 2009a. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: **World Health Organization**, 2009.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

NASCIMENTO, Leonardo Majdalani Sacramento e; LIMA, Armida Portela D'Albuquerque; ARAUJO, Izabelle Silva de; MADURO, Paula Andreatta. Intervenção multidisciplinar em pacientes com síndrome metabólica de um hospital universitário de Petrolina-PE: vivências de um projeto de extensão. **Extramuros**, Petrolina-PE, v. 5, n. 1, p. 160-167, 2017. Disponível em: <informar endereço da página eletrônica consultada>. Acesso em: informar a data do acesso.

Recebido em: 30 jun. 2017

Aceito em: 27 nov. 2017