



XII Salão de
Iniciação Científica
PUCRS

QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM SÍNDROME METABÓLICA

Angélica Gonçalves Suelo¹, Caroline Melo Assumpção¹, Fernanda Londero¹, Ana Maria Feoli¹, Fabrício Edler Macagnan¹, Margareth da Silva Oliveira¹, Andréia da Silva Gustavo¹ (orientador)

¹Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, PUCRS

Introdução

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina, devendo ser destacada a sua importância do ponto de vista epidemiológico, responsável pelo aumento da mortalidade cardiovascular estimada em 2,5 vezes (LAKKA *et al.*, 2002; GIRMAN *et al.*, 2004).

O tratamento da SM consiste basicamente em modificar os fatores de risco cardiovascular, como a redução de peso, circunferência abdominal, a normatização da dislipidemia, a redução da pressão arterial sistêmica (PAS) e a melhora do controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Mudanças no estilo de vida (dieta e exercício físico) constituem um importante componente de prevenção e tratamento da SM (FAPPA *et al.*, 2008).

Todos os fatores ligados à SM podem ser perfeitamente modificáveis se interligados aos esforços pessoais, tratamento medicamentoso e ajuda profissional, podendo, assim, contribuir para uma vida com mais qualidade (FARRET, 2005).

O objetivo deste estudo é verificar a correlação dos marcadores de SM com a qualidade de vida em indivíduos com SM.

Metodologia

Este trabalho caracteriza-se como um estudo transversal, oriundo do ponto inicial de um ensaio clínico randomizado, que visa estudar o efeito de diferentes intervenções de

modificação do estilo de vida Até julho de 2011, tem-se 47 indivíduos, que serão a amostra para este trabalho.

Para o ensaio clínico serão incluídos no estudo homens e mulheres entre 30 e 59 anos de idade com circunferência abdominal >88 cm para mulheres e >102 cm para homens e dois (02) ou mais dos seguintes achados: Pressão Arterial: sistólica ≥ 130 mmHg e/ou diastólica ≥ 85 mmHg; Glicose de Jejum: ≥ 100 mg/dl; Triglicerídeos: ≥ 150 mg/dl; HDL Colesterol: <40 mg/dl para homens e <50 mg/dl para mulheres.

Para um $\alpha = 0,05$, poder de 90% e estimando uma diferença entre as médias de circunferência abdominal de 5 cm calculou-se, com o uso do *software* Minitab, um número (n amostral) de quarenta e cinco (45) voluntários em cada um dos três grupos, num total de 135 indivíduos. Contudo, para garantir que ao final do estudo essa estimativa seja alcançada, serão acrescentados 15 voluntários. Com isso pretende-se incluir um total de 150 voluntários. Até julho de 2011, tem-se 47 indivíduos incluídos, que serão a amostra para este trabalho.

Os participantes estão sendo randomizados em três modalidades de intervenções de modificação do estilo de vida. Após a randomização, são fornecidas, individualmente, as informações referentes aos procedimentos envolvidos no estudo, através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), específico para cada programa. Todos os grupos serão avaliados no início, ao final das intervenções (três meses) e seis meses após o final das intervenções (nono mês).

A qualidade de vida é avaliada através do questionário SF-36. O questionário sobre qualidade de vida (SF-36) é subdividido em 08 domínios: capacidade funcional (CF) - refere-se a presença e extensão das limitações relacionadas à capacidade física; aspecto físico (AF) – referem-se às limitações que influenciam a vida diária do paciente dificultando suas atividades regulares; vitalidade (V) – nível de energia e de fadiga quanto à disposição para procurar e enfrentar novas tarefas; dor (D) – intensidade e causa de alguma limitação à vida diária do paciente; aspecto social (AS) – integração do indivíduo com atividades sociais; aspecto emocional (AE) – referem-se às limitações que influenciam a vida diária do paciente dificultando suas atividades regulares; aspecto de saúde mental (ASM) – (ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico) e estado geral de saúde (EGS)¹ - como a saúde é percebida. O escore varia de 0 a 100, onde zero é considerado o pior e 100 o melhor escore para cada domínio.

Para análise dos dados utilizou-se média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e correlação de

Pearson para verificar a correlação dos marcadores da SM com a qualidade de vida. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Resultados

Dos 47 indivíduos com SM, 57,4% são do sexo feminino, com média de idade $51,91 \pm 6,2$ anos, circunferência abdominal de $110,55 \pm 8,6$ cm, triglicerídeos de $198,19 \pm 87,8$ mg/dl, colesterol HDL de $48,02 \pm 12,27$ mg/dl, glicose de $108,06 \pm 38,33$, Pressão Arterial Sistólica (PAS) de $140,30 \pm 18,22$ mmHg, Pressão Arterial Diastólica de $91,02 \pm 12,39$ mmHg.

Na análise de correlação dos marcadores da SM com os domínios do SF-36 foi encontrada correlação inversa estatisticamente significativa entre marcadores: glicose ($r^2 = -0,335$ $p = 0,021$) e pressão arterial diastólica ($r^2 = 0,318$ $p = 0,029$) com o domínio estado geral de saúde. O marcador pressão arterial diastólica também apresentou correlação inversa estatisticamente significativa com o domínio limitação física. Tais achados são relevantes na medida em que sinalizam que a diminuição desses marcadores aumenta a qualidade de vida.

Entende-se que a proposta de realização das intervenções do ensaio clínico trará possibilidades de programas assistenciais interdisciplinares de tratamento das doenças crônicas não transmissíveis baseado em ações educativas integradas que venham a somar as ações preventivas existentes nos serviços de saúde. Espera-se, também, que tais programas possam contribuir na melhora da saúde e da qualidade de vida da população.

Referências

1. LAKKA HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, Salonen JT. **The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men.** JAMA. 2002;288(21):2709-16.
2. FORD ES, Giles WH, Mokdad AH. **Increasing prevalence of the metabolic syndrome among u.s. Adults.** Diabetes Care. 2004; 27(10):2444-9.
3. GIRMAN CJ, Rhodes T, Mercuri M, Pyorala K, Kjekshus J, Pedersen TR, Beere PA, Gotto AM, Clearfield M; **The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study.** Am J Cardiol. 2004;93(2):136-41.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005.
5. FAPPA E, Yannakoulia M, Pitsavos C, Skoumas I, Valourdou S, Stefanadis C. **Lifestyle intervention in the management of metabolic syndrome: could we improve adherence issues?** Nutrition. 2008 Mar;24(3):286-91.
6. FARRET JF. **Nutrição e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária.** São Paulo: Atheneu; 2005.