

SÍNDROME METABÓLICA E QUALIDADE DE VIDA

Tadeu Candido da Silva Santos¹, Matheus Guedes Fernandes Silva, Tatiane Lopes Patrocínio da Silva

1 Universidade de Taubaté / Departamento de Fisioterapia, Rua Pasquá Scalzoto Pastorelli, 30 - Taubaté - SP - Cep: 12030-560, tad_silva@ig.com.br

Resumo – Introdução: Nos últimos anos, a síndrome metabólica (SM) tem sido motivo de grande interesse e debate na literatura médica uma vez que agrupa uma série de fatores de risco para doenças cardíacas. O presente estudo teve por objetivo verificar a qualidade de vida (QV) de indivíduos portadores de SM. Esta pesquisa foi realizada com base na literatura mundial nos bancos de dados MEDLINE e BIREME. Estratégias de modificação do estilo de vida sustentável são necessárias para tratar a SM. O treinamento ativo deve incluir o apoio social e acompanhamento clínico em longo prazo para mudar o estilo de vida, melhorar a composição corporal, diminuir riscos cardíacos e favorecer a QV. Conclui-se que a QV é fator que deve ser constantemente analisado em portadores de SM, uma vez que evidencia, através de escores, a capacidade física, social e emocional. A modificação do estilo de vida é eficaz para melhora do bem estar social, físico e psicológico do ser humano e conseqüente melhora da QV.

Palavras Chave: Síndrome Metabólica, Qualidade de Vida, Atividade Física

Área de Conhecimento: Fisioterapia

Introdução

Nos últimos anos, a Síndrome Metabólica (SM) tem sido motivo de grande interesse e debate na literatura médica uma vez que agrupa uma série de fatores de risco para doenças cardiovasculares como morte súbita, infarto agudo do miocárdio e tem se tornado, atualmente, um dos maiores desafios em termos de saúde pública mundial.

Mudanças no estilo de vida a partir da segunda metade do século XX, com alterações nos hábitos alimentares e a adoção de estilo de vida sedentário, contribuíram para o aumento da frequência de dislipidemia, obesidade, diabetes melitus tipo II (DM2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A ocorrência concomitante destas alterações, associada a um quadro de resistência à insulina (RI), compõe a SM que favorecem o aumento de riscos cardiometabólicos.

Dentre as doenças crônicas, a HAS e DM2 exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. O tratamento inadequado ou o não reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias podem comprometer a qualidade de vida (QV) da população.

QV é um termo utilizado para descrever a qualidade das condições de vida do indivíduo, por meio da análise da percepção da pessoa em relação à saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental e expectativa de vida. A QV envolve ainda elementos como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida.

A QV possui vinculações importantes com a aptidão física e estas se manifestam mais visivelmente quando analisados os efeitos benéficos da atividade física (AF) sistemática para o bem estar das pessoas. A adoção de comportamentos saudáveis evidencia importante papel coadjuvante do exercício e da AF constante na busca de um estilo de vida positivo como forma de prevenção de problemas de saúde, além de interferir no processo saúde-doença e favorecer a QV.

Objetivo

Este trabalho teve por objetivo verificar a QV de indivíduos portadores de SM por meio de levantamento bibliográfico, bem como analisar a vinculação entre SM, QV e AF.

Metodologia

Esta pesquisa foi realizada com base na literatura mundial por meio de uma pesquisa bibliográfica exploratória nos bancos de dados MEDLINE e LILACS. Para tal foram utilizadas as seguintes palavras chave: QV, SM, AF, diabetes, hipertensão arterial e estilo de vida, bem como suas traduções para língua inglesa. Inicialmente, foram localizados 602 artigos na base MEDLINE e 297 artigos na base BIREME. Foram aplicados os limites: *links to full text-free full text; dates: 10 years; humans; english; portuguese; ages: 0-18 years*, sendo selecionados 35 artigos. Aqueles não relacionados à QV na SM ou relacionando síndrome metabólica com outras doenças específicas de adultos (neoplasias, síndrome do ovário policístico e apnéia do sono), cirurgia bariátrica, genes e enzimas, além de populações específicas foram excluídos.

Definição de Síndrome Metabólica

A SM é um transtorno complexo, com múltiplos fatores de risco cardiovascular e corresponde à clássica definição de uma síndrome, com um conjunto de sinais e sintomas associado a uma base fisiopatológica comum: a adiposopatia centrípeta (deposição central de gordura) e RI, índices antropométricos, dislipidemias, HAS, alterações do metabolismo de carboidratos, estados pró-trombóticos e pró-inflamatórios que levam a um aumento da mortalidade geral, especialmente de origem circulatória.

Esses fatores de risco evidenciam que a SM provém de um metabolismo anormal, com um aumento para o desenvolvimento de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) e DM2. Pacientes com SM têm de 1,5 a 3 vezes mais risco para DCVA e 5 vezes mais risco para o DM2.

Independente do grupo ou entidade que defina a SM, os fatores de risco permaneceram os mesmos: obesidade (especialmente a abdominal), níveis pressóricos elevados, distúrbios no metabolismo da glicose e hipertrigliceridemia e/ou baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL).

Atualmente, existem diferentes consensos para o diagnóstico da SM (Quadro 1), como o *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults – Panel III* (NCEP-ATP III), a Federação Internacional de Diabetes (IDF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O NCEP-ATP III, desde 2001, estabelece como diagnóstico a presença de pelo menos três dentre cinco critérios como: circunferência abdominal (CA) elevada (> 102 cm para os homens e > 88 cm para mulheres), triglicérido (TG) elevados (> 150 mg/dl), redução do HDL (<40 mg/dL para homens, <50 mg/dl para mulheres), alta taxa de glicemia em jejum (> 110-125 mg/dL) e HAS (> 130/85 mmHg).

O IDF, em 2005, associou a obesidade abdominal com dois ou mais componentes para o diagnóstico e definiu parâmetros de acordo com o grupo racial do indivíduo através da CA e adaptou ao perfil antropométrico das populações dos diferentes continentes, o que possibilitou que o diagnóstico pudesse ser usado, padronizado em qualquer parte do mundo, e ser adequado para cada etnia. Para os indivíduos das Américas do Sul ou Central, foram reduzidos os valores limítrofes para glicemia de jejum (< 100mg/dL) e para CA (> 80cm para mulheres e > 94cm para homens).

Em 2005, foi publicada a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da SM, com o apoio da

Sociedade Brasileira de Cardiologia, que utilizou o critério NCEP-ATP III.

IDF (2005)	NCEP (2001)	OMS (2005)
Diagnóstico se alteração de glicemia e mais dois critérios	Diagnóstico se três dos cinco critérios presentes	Diagnóstico se alteração de glicemia e mais dois critérios
Glicemia de jejum 100-125 mg/dL ou DM2	Glicemia 110-125 mg/dL	Intolerância à glicose, DM2 ou RI
Homens: CA ≥ 94 cm Mulheres: CA ≥ 80 cm	Homens: CA > 102 cm Mulheres: CA > 88 cm	IMC > 30 e RCQ > 0,9 para Homens e > 0,85 para Mulheres
TG ≥ 150 mg/dL ou HDL < 40 para Homens e < 50 M para Mulheres	TG ≥ 150 mg/dL ou HDL < 40 para Homens e < 50 M para Mulheres	TG ≥ 150 mg/dL ou HDL < 35 H para Homens e < 39 para Mulheres
HAS em tratamento ou PA ≥ 130 x 85 mmHg	PA ≥ 130 x 85 mmHg	HAS em tratamento ou PA ≥ 160 x 90 mmHg Microalbuminúria ≥ 20 mcg/min

Quadro 1: Adaptação de Lottenberg SA et al, 2007

IDF = International Diabetes Federation (Federação Internacional de Diabetes); NCEP = US National Cholesterol Education Program; OMS = Organização Mundial de Saúde; CA = Circunferência Abdominal; TG = Triglicéridos; HDL = Lipoproteínas de Alta Densidade; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2 = diabetes mellitus tipo II; IMC = Índice de Massa Corpórea; RCQ = Relação Cintura:Quadril; PA = Pressão Arterial; RI = Resistência à Insulina.

De acordo com a I Diretriz, a SM é um transtorno complexo, de importância epidemiológica, relacionada à deposição central de gordura e a RI, responsável pelo aumento da mortalidade cardiovascular estimada em 2,5 vezes. O risco é aumentando pela alta prevalência da tríade lipídica (hipertrigliceridemia, níveis baixos de HDL e níveis altos de partículas pequenas e densas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL)).

Estima-se que, em diferentes populações adultas, há uma elevada prevalência, que varia

entre 25% e 35%, sendo mais freqüente em mulheres. A síndrome aumenta com a idade, em homens e mulheres, alcançando 50% entre 60 e 69 anos.

Qualidade de Vida e Síndrome Metabólica

Segundo a OMS, a QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, considerando objetivos, expectativas, padrões e preocupação. Esta definição enfatiza a valorização subjetiva, em um contexto cultural, social e ambiental, onde estão presentes seis domínios: físico, psicológico, nível de interdependência, relacionamento social, ambiente e comportamentos pessoais.

A QV apresenta vinculações importantes com a aptidão física e estas se manifestam mais claramente quando considerados os efeitos benéficos da AF para o bem estar do indivíduo. A adoção de comportamentos saudáveis evidencia a importância do exercício na busca de um estilo de vida positivo. A estreita associação entre a prática regular de AF e a prevenção de problemas de saúde interfere no processo saúde-doença e propicia melhora na QV.

Dentre os instrumentos de medida da QV, o *MOS SF-36-Medical Outcomes Study, Short Form - 36, Health Survey (SF-36)* avalia o perfil de saúde, é de fácil administração e compreensão e amplamente utilizado na literatura.

Silva et al. (2003) utilizando o questionário SF-36 concluiu que indivíduos diabéticos apresentaram pior QV que os não diabéticos e que esta diminui ainda mais com a presença de complicações crônicas, como microangiopatia, catarata, macroangiopatia, neuropatia autonômica, doença cardíaca coronária, história passada de acidente vascular encefálico, HAS, doença arterial periférica, retinopatia e nefropatia.

Goldney et al. (2004) demonstraram que portadores de diabetes e depressão apresentaram um impacto negativo na QV em todas as dimensões do questionário SF-36. A depressão influi nos aspectos físicos, favorece o acometimento de infarto do miocárdio, aumenta à propensão a infecções, afeta a capacidade de manter a medicação, boa alimentação e outros fatores negativos e positivos do estilo de vida, tais como o fumo e exercício.

Em um estudo norte-americano, Sullivan et al. (2007) evidenciaram que indivíduos com alterações cardiometabólicas como sobrepeso, obesidade, DM2, HAS e hiperlipidemia apresentaram um impacto significativo e negativo nas QV na população dos Estados Unidos.

Tsai et al. (2007) estudaram a associação entre SM e QV e constataram que houve menor

pontuação na função física e sub-escalas de saúde geral do questionário SF-36. Indivíduos com SM relataram menor QV, sintomas de depressão, uso de álcool ou tabaco e estresse, bem como um significativo maior IMC do que aqueles sem a síndrome.

Em um estudo sobre a QV em indivíduos hipertensos em tratamento ambulatorial apenas por meio de medicação anti-hipertensiva, Cavalcante et al. (2007) revelaram que não houve melhora em nenhum domínio do questionário SF-36.

Miranzi et al. (2008), em um estudo da QV em indivíduos portadores de DM2 e HAS, tanto na prevenção, promoção e recuperação da saúde, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família revelaram que o programa foi tido como positivo entre os entrevistados na maioria dos domínios mensurados: relações sociais, físico, psicológico e meio ambiente.

Em outro estudo, Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008) avaliaram a QV em indivíduos hipertensos e verificaram que a HAS interferiu de maneira negativa, principalmente em relação ao trabalho, hábitos de vida e autocuidado, decorrente do caráter crônico da doença.

Brito et al. (2008), em um estudo com hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde com a utilização do SF-36, identificaram comprometimento em todos os domínios do questionário, o que sugere um comprometimento global de suas vidas ao longo dos anos com a presença da doença.

Han et al. (2009), demonstraram que indivíduos com SM apresentaram uma QV significativa menor em comparação com aqueles sem a doença. Pessoas com SM são mais propensas a apresentarem problemas com a saúde física, saúde relacionada ao trabalho, vida cotidiana, vida sexual, angústia com a dieta e dor ou desconforto.

Discussão

Mudanças no estilo de vida (dieta e exercício físico) constituem um importante componente para controle da SM, especialmente em indivíduos idosos obesos ou diabéticos. A maior adesão a essas mudanças promove melhoras nos fatores prejudiciais da doença. Além disso, as modificações não devem ser provisórias, mas sim permanentes e adesão permanente pelo portador deve ser considerada como um componente essencial.

As mudanças podem ser estimuladas por meio de uma intervenção educacional, com ênfase no aspecto nutricional e na AF, tendo em vista a redução dos fatores de risco da SM e das doenças cardiovasculares, em diferentes populações. Programas de intervenção que promovam

mudança no estilo de vida precisam ser estimulados, no intuito de aprimorar a QV da população de risco.

A melhora da QV é uma importante meta para pacientes ambulatoriais que participam de programas de reabilitação, pois há o aumento da tolerância ao exercício com aumento da capacidade funcional e da disposição destes pacientes.

Estratégias de modificação do estilo de vida sustentável são necessárias para tratar a obesidade e reduzir fatores de risco cardiovascular em pessoas com SM, de forma intensiva, individualizada, baseadas em dieta e AF semanal de forma aeróbia, como caminhada, e alongamentos com monitoração da frequência cardíaca. O treinamento ativo deve incluir o apoio social e acompanhamento clínico em longo prazo para mudar o estilo de vida, melhorar a composição corporal, diminuir os prejuízos cardiometabólicos e favorecer a QV.

A SM, como epidemia emergente, que afeta aproximadamente uma em cada cinco pessoas nos países industrializados ocidentais, dependente do estilo de vida e que interfere na QV, sua solução não é difícil para atingir: comer menos, exercitar mais e tornar-se parte do cotidiano do indivíduo. Os profissionais de saúde precisam ajudar as pessoas a entender os benefícios potenciais que podem resultar da dieta e da AF, e apoiá-las na alteração de padrões comportamentais.

Conclusão

A QV é fator que deve ser constantemente analisado em portadores de SM, uma vez que evidencia, através de escores, a capacidade física, social e emocional do indivíduo. A presença da SM favorece a um aumento dos riscos cardiovasculares e a um decréscimo da longevidade nos portadores da síndrome.

A realização de AF constante associada à modificação do estilo de vida, de acordo com a capacidade física individual e características demográficas, é eficaz para melhora do convívio social, físico e psicológico do ser humano e conseqüente melhora da QV. Neste contexto, pesquisas envolvendo SM e QV precisam cada vez mais ser incentivadas bem como sua associação com AF e hábitos de vida.

Referências

- BARACAT, E.C.; SOARES-JUNIOR, J.M. Ovários policísticos, resistência insulínica e síndrome metabólica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2007, 29 (3): 117-119.
- BARBOSA, J.B. et al. Síndrome metabólica em ambulatório cardiológico. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2010, 94(1): 46-54.
- BRITO, D.M.S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, 2008, 24(4): 933-940.
- CAMPOS, F.V.S.; PORTO, L.G.G. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes em fase ambulatorial da reabilitação cardíaca. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 2009, 14(2): 86-95.
- CARVALHO, E.M.G.; RABELO, J.N.R. Identificação, prevenção e tratamento dos fatores de riscos associados à síndrome metabólica em pacientes atendidos no programa integrado de atividade física, esporte e lazer para todos os servidores da UFV campus florestal: estudo piloto – Piafel-EP. **Synthesis Revista Digital FAPAM**. 2009, 1: 35-40.
- CAVALCANTE, M.A. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2007, 89(4): 245-250.
- COELHO, C.C. et al. Análise comparativa e reprodutibilidade do teste de caminhada com carga progressiva (modificado) em crianças normais e em portadoras de fibrose cística. **J. Bras. Pneumol.**, 2007, 33(2):168-174.
- FAPPA, E. et al. Lifestyle intervention in the management of metabolic syndrome: could we improve adherence issues? **Nutrition**, 2008, 24: 286–291.
- GELONESE, B. Síndrome metabólica: mito ou realidade? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 2006, 50(3):409-411.
- GOLDNEY, R. D. et al. Diabetes, depression, and quality of life. **Diabetes Care**, 2004, 27(5): 1066-1070.
- HAN, J. H. et al. Metabolic syndrome and quality of life (QOL) using generalised and obesity-specific QOL scales. **Int. J. Clin. Pract.**, 2009, 63(5): 735–741.
- I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2005, 84(s1): 1-28.

- JUNQUEIRA, A.S.M.; ROMÃO FILHO, L.J.M.; JUNQUEIRA, C.L.C. Avaliação do grau de inflamação vascular em pacientes com síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2009, 93(3): 360-366.
- LOTTENBERG, S.A.; GLEZER, A.; TURATTI, L.A. Síndrome metabólica: identificando fatores de risco. **Jornal de Pediatria**, 2007, 83(5): S204-S208.
- MANNA, T.D.; DAMIANI, D.; SETIAN, N. Síndrome metabólica: revisão. **Pediatria**, 2006; 28(4): 272-277.
- MCLELLAN, K.C.P. et al., *Diabetes mellitus* do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista Nutrição*, 2007, 20 (5):515-524.
- MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** 2008, 17(4): 672-679.
- NAKAZONE, M.A. et al. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2007, 53(5): 407-13.
- OLIVEIRA, L.C.; PIVOTO, E.A.; VIANNA, P.C.T. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. **Acta fisiátrica**, 2009,16 (3): 101-104.
- PETTMAN, T. L. et al. Self-management for obesity and cardio-metabolic fitness: Description and evaluation of the lifestyle modification program of a randomised controlled Trial. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 2008, 5(1): 53-67.
- PINOTTI, S.; MANTOVANI, M.F.; GIACOMOZZI, L.M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare enferm.**, 2008, 13(4): 526-534.
- PITSAVOS, C. et al. Diet, Exercise and the Metabolic Syndrome. **Rev. Diabetic Stud**, 2006, 3(3): 118-126
- RIGO, J.C. et al. Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arq. Bras. Cardiol.** 2009, 93(2): 85-91.
- SILVA, D.A.S.; JESUS K.P.; SANTOS R.J. Conceito de saúde e qualidade de vida para acadêmicos de educação física – um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, 2007, 2(4):140-153.
- SILVA, I. et al. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. **Análise Psicológica**, 2003, 2(21):185-194.
- SULLIVAN, P. W. Impact of cardiometabolic risk factor clusters on health-related quality of life in the U.S. **Obesity**, 2007, 15(2): 511-521.
- TSAI, A.G. et al. Metabolic syndrome and health-related quality of life in obese individuals seeking weight reduction. **Obesity**, 2007, 16(1): 59–63.
- WINKELMANN, E.R.; MANFROI, W.C. Qualidade de vida em cardiologia. **Rev. HCPA.** 2008,28(1):49-53.