

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALIANA CANER CALVO

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME
METABÓLICA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE TRAPICHE, NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO, ALAGOAS.**

MACEIÓ - ALAGOAS

2017

ALIANA CANER CALVO

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME
METABÓLICA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE TRAPICHE, NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO, ALAGOAS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MACEIÓ - ALAGOAS

2017

ALIANA CANER CALVO

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SÍNDROME
METABÓLICA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE TRAPICHE, NO
MUNICÍPIO DE OURO BRANCO, ALAGOAS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 9/07/2017

DEDICATÓRIA

A meus Pais por todo seu amor em cada momento de minha vida.

A minha irmã por sua ajuda incondicional.

Ao povo do Ouro Branco por me acolher e me brindar seu carinho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus companheiros de trabalho do Centro de Saúde de Trapiche e da Secretária de Saúde por seu apoio incondicional.

A minha equipe, por sua participação e ajuda. Em especial a Alessandra Soares Alencar Silva e Sergio Luciano Alves de Andrade.

A Elielson Rodrigues de Lima por sua inestimável ajuda com os dados estatísticos e conhecimentos de informática.

Todos aqueles que me ajudaram com este trabalho.

“Tratar uma enfermidade quando seus sintomas se manifestaram é similar a perfurar um poço uma vez que um já tem sede”.

Provérbio chinês

RESUMO

A Síndrome Metabólica é um tema atual e de debate na comunidade médica, e seu enfoque é essencial, pois se relaciona com as enfermidades que causam maior mortalidade em nível mundial, e sua incidência segue aumentando. A Síndrome Metabólica é uma das anormalidades metabólicas mais comuns da atualidade e, além disso, a maior responsável por eventos cardiovasculares na população. Este trabalho tem por objetivo propor um plano de intervenção com vistas ao diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica na unidade básica de saúde do Trapiche, no município de Ouro Branco. Fez-se o diagnóstico situacional da área de abrangência e identificação dos principais problemas de saúde, priorizando os mesmos, segundo a importância do problema e a capacidade para enfrentá-los. A seguir, foi escolhido o mais relevante, sendo caracterizadas e determinadas suas causas, quais sejam: nível de informação deficiente, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde ineficaz. Realizou-se pesquisas bibliográficas na base de dados da SciELO e Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, além de pesquisa em livros e publicações do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados foram: Síndrome Metabólica, Educação em saúde e Atenção Primária à Saúde. A literatura consultada permitiu aprofundar conhecimentos com a temática, em estudo, e, portanto, melhorar o atendimento dos usuários da UBS do Trapiche. Consideramos que as ações programadas no plano de ação possibilitarão capacitar a equipe de saúde para identificar possíveis usuários com Síndrome Metabólica. Este tema atual e de debate na comunidade médica, e seu enfoque é e realizar ações com a finalidade de se fazer promoção da saúde, educar a população para compreensão dos sinais e sintomas da SM e da importância do tratamento.

Palavras-chave: Síndrome metabólica. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Metabolic Syndrome is a current topic of debate in the medical community, and its focus is essential because it is related to the diseases that cause the greatest mortality worldwide, and its incidence continues to increase. Metabolic Syndrome is one of the most common metabolic abnormalities today and, moreover, the one most responsible for cardiovascular events in the population. This study aims to propose an intervention plan for the diagnosis and treatment of Metabolic Syndrome in the basic health unit of Trapiche, in the municipality of Ouro Branco. A situational diagnosis was made of the area of coverage and identification of the main health problems, prioritizing them according to the importance of the problem and the capacity to face them. Next, the most relevant was chosen, being characterized and determined its causes, namely: poor information level, health services structure and ineffective health team work process. Bibliographic research was carried out in the database of SciELO, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, as well as research in books and publications of the Ministry of Health. The descriptors used were: Metabolic Syndrome, Health Education and Primary Health Care. The literature consulted allowed to deepen knowledge with the theme, under study, and, therefore, to improve the service of the UBS users of Trapiche. We believe that the actions programmed in the action plan will enable the health team to be able to identify potential users with MS and perform actions to promote health, educate the population to understand the signs and symptoms of Metabolic Syndrome and the importance of treatment.

Keywords: Metabolic Syndrome. Health education. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SM	Síndrome Metabólica
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
DCV	Doenças cardiovasculares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
IMC	Índice Massa Corporal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: operações estratégicas para enfrentamento de nós críticos.	26
Quadro 2- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: recursos necessários.	28
Quadro 3- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: análise de motivações dos atores e ações estratégicas.	28
Quadro 4- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: Plano de ação.	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Ouro Branco-Alagoas

O município de Ouro Branco está localizado no Médio Sertão de Alagoas e começou a surgir por volta de 1830, mas só em 1881, quando Domingos Gomes mandou construir uma capela de pedra, é que moradores das regiões vizinhas começaram a se mudar para lá. Já em 1901, foi elevado à categoria de vila e chegou a sofrer ataques dos bandos de Lampião e Antônio Purcino segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Anos mais tarde, chegou à vila um líder comunitário que se impressionou com a brancura das imensas plantações de algodão, escolhendo o nome Ouro Branco para a futura cidade. A partir dessa época, a cidade não parou de crescer, incentivando moradores locais a iniciarem o movimento pela emancipação. Entretanto, isso só ocorreu em 1962, através da Lei 2.445 de 17 de maio (IBGE, 2016).

Ouro Branco chamou a atenção da comunidade científica, que tem realizado estudos geológicos em dois de seus pontos atrativos: a Pedra da Capelinha e o Lajedo Grande. Entre as festividades destacam-se a festa do padroeiro (01 a 13 de junho), a festa do dia da Independência (7 de setembro) e a da Emancipação Política (21 de junho) (IBGE, 2016).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ouro Branco é 0,547, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,211), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,117), seguida por Educação e por Renda (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013, p. 2).

A população residente na zona urbana é de 56,36% e a renda *per capita* de Ouro Branco é de 227,56, muito inferior à média nacional (IBGE, 2016).

Quanto ao abastecimento de água tratada, 54,67% das famílias de Ouro Branco a tem e 0,0% de recolhimento de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas são: agricultura de feijão, milho e mandioca que acontece em pequenas propriedades rurais e também do comércio local, distribuídos de estabelecimentos comerciais. O município não dispõe de indústrias. Ainda contribuem para a economia local a Prefeitura Municipal, os benefícios do INSS, como também dos Programas de benefícios sociais do Governo Federal.

A população de Ouro Branco, num total de 10.912 habitantes, 5.437 são homens e 5.475 mulheres. Deste total, 6.880 pessoas residem na área urbana e 4.032 na área rural. O município conta com oito igrejas católicas e evangélicas, uma Escola Estadual que oferece ensino fundamental e médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA) e duas escolas municipais de ensino fundamental e uma creche (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município tem os seguintes serviços de saúde: uma Casa Maternal localizada na zona urbana e três minipostos localizados na zona rural, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e laboratórios clínicos particulares.

Quanto ao Sistema de Referência e Contrarreferência, o município é atendido por quatro municípios: Santana do Ipanema, Arapiraca, Palmeira dos Índios e Maceió, todos em Alagoas. Os procedimentos de média e alta complexidade são realizados nesses municípios de referência.

Conhecemos que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, e utilizamos a rede de urgência e emergência, coordenada com o Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU), encaminhando os pacientes que necessitam de assistência hospitalar são encaminhados para o município de Santana de Ipanema.

Outra dificuldade fundamental é a falta de laboratório capaz de garantir com rapidez

os exames para realizar uma adequada avaliação do paciente. No município existe um sistema de Redes de atenção à saúde, mais com deficiências.

No que diz respeito aos serviços básicos de saúde, o município conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), dois na zona urbana e duas na zona rural.

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.

A política de saúde pública brasileira, desenvolvida ao longo dos anos 90 do século XX, apresentou, como principal característica, a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação da proposta da APS deu-se com a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 1994, que orienta a reorganização da lógica assistencial do SUS, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, iniciada em 1991, com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não apenas no indivíduo (VIEGAS; PENNA, 2013 p. 100).

A implementação de equipes multiprofissionais para a atenção à população definida possibilitou colocar em prática diferentes programas de saúde com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população. Por isso é preciso que as propostas sejam implementadas e modificadas de acordo com as necessidades de saúde do povo (FARIA *et al.*, 2010).

Dentro do processo de trabalho na Atenção Básica a Saúde toda a equipe é considerado como sujeitos grupais imediatos, é dizer, um conjunto de sujeitos que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos, e este caso se responsabiliza com ações transformadoras que de maneira general estarão encaminhadas na busca de qualidade do cuidado empregado aos indivíduos, família e comunidade (FARIA *et al.*, 2010) bem como cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde de universalidade, a acessibilidade, responsabilização, humanização, vínculo, integralidade, equidade, resolubilidade, participação e intersectorialidade. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Com base nessas premissas é que buscamos exercer nosso trabalho na Unidade de Saúde Rural II Trapiche, do município de Ouro Branco, Alagoas. Esta se localiza na comunidade rural Trapiche, que é de fácil acesso aos usuários. Seu horário de funcionamento é das 08h00min às 17h00min.

Atende pessoas segundo o acesso universal e igualitário. A população é de 1311 habitantes e se garante a cobertura médica necessária a toda a área de abrangência. Tem prioridade programas de saúde específicos como Vacinação, Atenção à mulher grávida, Puericultura, acompanhamento a doentes com Diabetes, Hipertensão arterial, e se realiza atendimento e palestras a grupos e população em geral referente a temas de importância como combate antivetorial, alimentação saudável, aleitamento materno, doenças crônicas, exercício físico e diversos temas educativos.

Minha equipe está integrada por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não é uma unidade completa, pois ainda não tem sala do cirurgião dentista pronta. A unidade tem salas separadas para o atendimento, consta com uma sala para consulta médica, uma sala de atendimento do enfermeiro, uma sala de vacina, também tem sala de curativo e sala de enfermagem, além da farmácia e uma sala de espera dos pacientes com a recepção.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Para alcançar os objetivos de atendimento e cuidado com a população pertencente à nossa área de abrangência, a equipe se apoia no planejamento das ações em saúde que é de vital importância no processo de trabalho e toma como ponto de partida o diagnóstico situacional que é uma síntese dos aspectos sociais e quadro sanitário da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde da unidade, ao discutir o diagnóstico de saúde entre todos seus membros, selecionou os problemas da comunidade considerando que deviam ter a seguinte ordem:

- 1) Falta de identificação e tratamento da Síndrome Metabólica na prevenção de doenças.
- 2) Alta incidência de gestação na adolescência.
- 3) Falta de controle de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- 4) Maus hábitos alimentares da população.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Ao definir as prioridades, a equipe levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a falta de identificação e tratamento da Síndrome metabólica na prevenção de doenças devido ao fato de que a prevalência de Síndrome Metabólico no Brasil é elevada, inclusive nos mais jovens e contribuindo para elevação da pressão arterial, um indício para se fazer seu diagnóstico (SALAROLI *et al.*, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

“Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno representado pela agregação de fatores predisponentes para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes” (SALAROLI *et al.*, 2007, p.1143)

A SM tem prevalência elevada não só nas áreas urbanas como mostra um estudo realizado numa área rural do Semiárido Baiano onde a prevalência bruta foi de 30,0%. Este estudo conclui que “a alta prevalência justifica atenção ao tratamento do conjunto da síndrome, retardando ou evitando consequências futuras, como diabetes e doença cardiovascular” (OLIVEIRA; SOUZA; LIMA, 2006, p.1)

Nossa equipe de saúde também realizou uma análise da explicação do problema considerando como causa a falta de ações de promoção, prevenção de saúde, e tratamento encaminhados à Síndrome Metabólica, como consequência da falta de preparação da equipe referente ao tema nas atividades de educação permanente e do adequado planejamento, motivado pela ausência do profissional médico na unidade até a nova chegada.

Este fato é preocupante, pois a Síndrome metabólica pode constituir á antessala de doenças crônicas como a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e complicações cardiovasculares, além de isso os maus hábitos alimentares identificados na população são um fator de risco para este síndrome.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção com vistas ao diagnóstico precoce e tratamento da Síndrome metabólica na unidade básica de saúde Trapiche, Ouro Branco - Alagoas.

3.2 Específicos

Capacitar à equipe de saúde no tema Síndrome Metabólica.

Organizar a educação para a saúde da população sobre Síndrome Metabólica.

Realizar protocolo do diagnóstico e tratamento dos casos de síndrome metabólica.

4 METODOLOGÍA

A proposta de intervenção adotou os seguintes passos:

Primeiro, fez-se o diagnóstico situacional da área de abrangência e identificação dos principais problemas de saúde, priorizando os mesmos segundo a importância do problema e a capacidade para enfrentá-los. A seguir, foi escolhido o mais relevante, sendo caracterizadas e determinadas suas causas, quais sejam: nível de informação deficiente, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde ineficaz.

Segundo, para buscar embasamento teórico sobre o tema recorreremos aos dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual do NESCON/da Universidade Federal de Minas Gerais, além de pesquisa em livros e publicações do Ministério de Saúde. Os descritores utilizados foram: Síndrome Metabólica, Educação em saúde e Atenção Primária à Saúde.

Os passos seguintes foram concebidos tendo em conta o texto “Elaboração do plano de ação”) estudado no módulo Planejamento e avaliação em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde e educação em saúde.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p.7) citado por Shimazaki (2009, p. 1) define Atenção Primária à Saúde é definida como

Um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Dentro de suas funções está a de resolver a grande maioria dos problemas da comunidade, organizar os fluxos e contra fluxos dos usuários nos serviços de saúde, além de responsabilizar-se pela saúde dos pacientes em qualquer ponto de atenção em que se encontrem. Tem que ser a porta de entrada para os sistemas de serviços de saúde, ela tem como benefício entre outra melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos hospitalizações e custos mais baixos. (SHIMAZAKI, 2009).

Para obter os objetivos da Atenção Primária à capacitação tanto da equipe de saúde como de a população constituem aspectos fundamentais.

A capacitação da equipe de saúde pode ser feita por meio da educação permanente que tem que estar sincronizada com a Política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 38) que destaca

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e

habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Silva; Sakamoto; Gallian (2014, p, 18) destacam que a capacitação técnica aplicada ao trabalho cotidiano precisa pensar na humanização do profissional da saúde como

Uma educação meramente informativa não tem o potencial de fazer o sujeito se encontrar consigo mesmo, afastando-o dos potenciais de sensação que lhe são atribuídos como humano, isto é, o sujeito não sente, apenas tem determinada informação e sentido sobre o que aconteceu ou conheceu.

Não temos dúvidas que a preparação sistemática de toda a equipe de saúde, vinculando o conhecimento teórico com a prática, é uma ferramenta fundamental no processo de humanização e crescimento individual e coletivo, muito favorável para alcançar os objetivos do SUS.

Outro aspecto a ter em conta para a capacitação da equipe de saúde é o modelo de atenção em saúde. É necessário promover o modelo centrado na pessoa, que tem como objeto o problema da pessoa independentemente de sua natureza física ou psíquica e no qual o projeto que execute o profissional da saúde deverá ser capaz de levar a pessoa a cuidar de si (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

O profissional de saúde deverá utilizar uma linguagem compreensível, entendida por todos os membros da equipe, propondo-se utilizar aqui como texto de referência para as mesmas o Guia de aprendizagem editada por *The International Federation of Anti-Leprosy Assosiations* (ILEP, 2000) e o caderno n. 7 do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Ambos documentos estão redigidos em linguagem clara e apresentam ilustrações que possibilitam o entendimento do tema.

Quanto á educação em saúde para a população, ela, nos anos 1950 e 1960 só incluía aspectos higiênico-sanitários e era realizada de forma autoritária, o que gerou insatisfação na população e o surgimento de movimentos sociais. Nos anos 1980, a

Educação em Saúde passou a ser um instrumento para promover a saúde de modo participativo, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença. Com o surgimento da Estratégia de Saúde da Família as ações educativas são concebidas numa perspectiva diferente: dialógica e participativa (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Dessa forma, a “educação em saúde adquire, então, novas feições, e a população e os profissionais da área da saúde podem compartilhar saberes, buscando, conjuntamente, a melhoria da qualidade de vida das pessoas” (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014, p. 130).

Contudo, ainda se vê, na prática, que a educação em saúde, em alguns espaços de cuidar humano, tem se mantido verticalizada, prescritiva e autoritária .

5.2 Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) “é um tema atual e de debate na comunidade médica, e seu enfoque é essencial, pois se relaciona com as enfermidades que causam maior mortalidade em nível mundial e sua incidência tem aumentado” (PINEDA, 2008 p. 97).

As mudanças nos hábitos alimentares e o desenvolvimento tecnológico que levou à diminuição da necessidade do esforço físico têm contribuído para o aumento da incidência da obesidade, do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, doenças estas que constituem, de fato, fatores de risco para as doenças cardiovasculares (SALAROLI *et al.*, 2007).

O SM é uma das anormalidades metabólicas mais comuns da atualidade e, além disso, é a maior responsável por eventos cardiovasculares na população. O desenvolvimento da SM em determinado indivíduo depende de uma complexa interação entre a predisposição genética e fatores ligados ao estilo de vida, como padrão dietético, sedentarismo e obesidade, que é quem caracteriza a natureza multifatorial da patogênese da SM (SALAROLI *et al.*, 2007).

No Brasil, os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, já evidenciavam um aumento da obesidade e redução dos

índices de desnutrição, particularmente em regiões economicamente mais desenvolvidas. Dados da última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo “IBGE em 2002/03, confirmaram essa tendência, com a obesidade acometendo 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres”. Esse fato merece destaque já que o excesso de peso, localizado principalmente na região abdominal, está diretamente associado às alterações no perfil lipídico, ao aumento da pressão arterial e à hiperinsulinemia (SALAROLI *et al.*, 2007, p. 1144).

A Síndrome Metabólica é um importante fator de risco, tanto para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 como para as doenças cardiovasculares (DCV). Além do mais, trata-se de um transtorno complexo, atribuído principalmente à presença de resistência à insulina, que liga diversos componentes, principalmente obesidade abdominal, diabetes tipo 2, elevação da pressão arterial e dislipidemia. É uma síndrome de prevalência elevada e crescente em algumas populações, destacando-se as afrodescendentes, México-americanas e hispânicas (OLIVEIRA; SOUZA; LIMA, 2006).

Ainda para Oliveira, Souza e Lima (2006) torna-se de fundamental importância o conhecimento da prevalência da SM em nossa população como base para o adequado dimensionamento e direcionamento de ações de saúde, sobretudo para se propor medidas de prevenção e promoção de saúde, com reflexos nos custos socioeconômicos produzidos pelos elevados índices globais de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (OLIVEIRA; SOUZA; LIMA, 2006).

Ciolac e Guimarães (2004) afirmam que dentre os fatores de risco para mortalidade prematura encontram-se o sedentarismo, com baixo condicionamento físico bem como o fumo, a dislipidemia e a hipertensão arterial. Estudos epidemiológicos confirmam relação entre sedentarismo e fatores de risco cardiovascular. Recomendam a prática regular de atividade física na prevenção e tratamento de doenças crônicas.

A síndrome metabólica (SM), se caracterizada por obesidade central, dislipidemia, hiperglicemia e pressão arterial limítrofe. Diversos critérios diagnósticos para a síndrome metabólica surgiram na última década, tendo como objetivo uma

identificação precoce dos indivíduos sob elevado risco de desenvolver diabetes e doença cardiovascular. Com o aumento da idade, existe um risco maior para a SM, devido à tendência de maior prevalência dos componentes da síndrome entre os idosos. Os critérios diagnósticos de SM são, de acordo com Rigo *et al.*,(2009):

- Hiperglicemia maior que 100 mg/dl, em tratamento para hiperglicemia.
- Aumento da pressão arterial de 140/90, em tratamento medicamentoso para HSA.
- Triglicerídeos maiores que 150 mg/dl, em tratamento para triglicérides elevados.
- Acido úrico elevado:
 - Maior que: 6,0 mg/dl em as mulheres.
 - Maior que: 7,0 mg/dl em os homens.
- Circunferência abdominal:
 - Maior que 88 em as mulheres.
 - Maior que 102 em os homens.
- HDL:
 - Menor que 40 em os homens, em tratamento para HDL baixo.
 - Menor que 50 em as mulheres, em tratamento para HDL baixo.

O paciente tem que ter três de estes critérios para poder dizer que é uma síndrome metabólica (RIGO *et al.*, 2009)

O tratamento de Síndrome Metabólica “deve ser baseado em modificações do estilo de vida: aumento da atividade física e modificação da alimentação, evitando uma dieta aterogênica” (PENALVA, 2008, p.248)

Além do tratamento da obesidade, o tratamento medicamentoso dos componentes da SM deve ser considerado, quando não há melhora destes apesar das mudanças de estilo de vida, para que haja diminuição do risco de doença aterosclerótica. Até agora não existe nenhuma droga específica recomendada para o tratamento da SM (PENALVA, 2008, p.248).

Penalva (2008) destaca que o tratamento medicamentoso deve ser estabelecido para cada fator de risco.

A detecção precoce de casos com Síndrome Metabólica estabelece, sem dúvida, procedimento imperioso no trabalho diário da equipe de saúde para diminuir a incidência desta doença, o que possibilita o pronto diagnóstico e tratamento dos casos detectados.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As operações para o enfrentamento dos nós críticos selecionados estão apresentadas nos quadros 1, 2, 3 e 4. Para recordar, os nós críticos são:

- Nível de informação deficiente,
- Estrutura dos serviços de saúde ineficaz
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado

No Quadro 1 estão desenhadas as operações para os nós críticos.

Quadro 1 - Operações estratégicas para enfrentamento do nó crítico- “Nível de informação deficiente” - Município de Ouro Branco-Alagoas

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Nível de informação deficiente	Conheça sobre Síndrome Metabólica	Equipe de saúde capacitada População mais informada sobre o tema	Estratégia de Educação continuada na equipe de saúde. Programa de informação à população	Cognitivo: Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: Organizar agenda Político: (articulação Intersectorial) Mobilização social
Estrutura dos serviços de saúde ineficaz	A prevenção é a melhor cura	Garantia de espaço para atendimento às pessoas com SM Garantia do especialista em atividades físicas Garantia de exames previstos	Garantia de espaço para atividades físicas Contratação ou parceria com profissional de educação física	Políticos: Decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros: Garantir os recursos para as atividades físicas

		para o 100% dos casos.	Contratação de compra de exames de laboratório para diagnóstico e acompanhamento dos casos Compra de medicamentos	
Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Linha de cuidado	Cobertura de 100% de população com Síndrome Metabólica com consultas específicas para acompanhamento dos casos. Criar grupo de atendimento da Síndrome Metabólica onde se realizariam as palestras e análise da mudança nos parâmetros individuais.	Linha de cuidado para Síndrome Metabólica implantada Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de fluxos (referência e contrarreferências)

Com vistas á viabilidade das ações propostas determinaram-se os recursos necessários para o enfrentamento da baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Síndrome Metabólica, conforme o quadro 2.

Quadro 2- Recursos necessários para viabilidades das ações planejadas Município de Ouro Branco-Alagoas

Conheça sobre Síndrome Metabólica	Político - conseguir o espaço de difusão. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
A prevenção é a melhor cura	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

A análise de viabilidade do plano foi realizada tendo em conta o ator que controla os recursos críticos em cada caso e se planejaram estratégias para aumentar a motivação dos mesmos que se refletem a seguir.

Quadro 3- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: análise de motivações dos atores e ações estratégicas.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Conheça sobre Síndrome Metabólica	Político- conseguir espaço na divulgação local.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
	Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
A prevenção é a melhor cura Estruturar os serviços de saúde	Político- decisão de aumentar os recursos para estruturar o	Perfeito municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretario Municipal de	Indiferente	

para melhorar a efetividade do cuidado	serviço Financeiros- recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Saúde Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	
Linha de cuidado	Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Depois da proposta de atividades que foram descritas foi enriquecido o plano de ação inicial ate conformar o definitivo.

O Plano de ação foi desenhado de forma tal de garanta a capacitação à equipe de saúde e à população e de realizar diagnóstico e tratamento de pacientes com Síndrome Metabólica.

Quadro 4- Plano de ação.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Conheça sobre Síndrome Metabólica	Equipe capacitada	Realização de Palestras na área	Enfermeiro do ESF	Início dois meses
	População mais informada sobre Síndrome Metabólica	Reprodução de Material audiovisual na sala de espera da UBS	Médico do ESF	Início dois meses
A prevenção é a melhor cura	Adequação da oferta de consulta á demanda.	Definir os protocolos de atendimento Área Terapêutica	Médico do ESF Enfermeiro do ESF	Início em três meses Dois

				meses
Linha de cuidado	Cobertura de consultas para diagnóstico e tratamento na UBS e coordenação e avaliação de exames Aulas para capacitar a equipe	Linha de cuidado para pacientes com suspeita de Síndrome Metabólica Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado implantada	Médico do ESF	Início em três meses Início em dois meses Início em três meses

Busca-se por meio do **Protocolo de diagnóstico e tratamento**, avaliar em consulta os pacientes com maiores possibilidades de apresentar os critérios estabelecidos para diagnóstico de Síndrome Metabólica como portadores de hipertensão arterial, diabéticos, obesos, portadores de dislipidemias e glicemia em jejum elevada, para os quais se marcará consulta e se submeterão a um interrogatório e exame físico completo. Também é indicada solicitação de exames de laboratório que ajudarão no diagnóstico.

Dados a obter no interrogatório.

- Antecedentes patológicos pessoais. (Diabetes, Hipertensão Arterial, Dislipidemias e Obesidade).
- Antecedentes patológicos familiares. (Diabetes, Hipertensão Arterial).
- Hábitos tóxicos.
- Hábitos alimentares.
- Se praticarem exercícios físicos.

Dados a obter no exame físico completo e parâmetros estabelecidos para este estúdio.

- Peso.
- Altura.
- IMC (Índice massa corporal).
- Pressão arterial.
- Circunferência abdominal.

Dados a obter na solicitação de exames de laboratório e parâmetros estabelecidos para este estúdio.

- Glicemia. Até 100 mg/dl.
- HDL. Maior que 40 em os homens e 50 em mulheres.
- Colesterol total. Maior que 200 mg/dl.
- Triglicerídeos. Até 150 mg/dl.
- Acido úrico. Até homem: 7,0 mg/dl
Mulher: 6,0 mg/dl

Nas consultas específicas para acompanhamento dos casos identificados, com cobertura de 100% da população com Síndrome Metabólica, criou-se um grupo de atendimento da Síndrome Metabólico onde se realizaram as palestras e análise da mudança nos parâmetros individuais.

Nas palestras buscou-se abordar os temas: Síndrome metabólica, conceito e consequências, alimentação saudável exercício físico e saúde. Cada um desses temas se apoiou com material audiovisual e debate.

Os pacientes com diagnóstico de SM foram atendidos em uma área terapêutica, com atividades orientadas por um especialista que conduziu um esquema de exercícios adequados a cada indivíduo segundo condição física.

O tratamento medicamentoso foi individualizado e o seguimento em consulta se realiza mensalmente, sendo avaliado na mesma o índice de massa corporal, pressão artéria, peso, cintura abdominal. Com periodicidade trimestral se avalia os parâmetros laboratoriais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se inferir que a Síndrome Metabólica está subvalorizada na atenção primária, fato que é muito preocupante porque, implica desconhecer este transtorno e não tratá-lo oportunamente para evitar complicações futuras.

A literatura consultada permitiu aprofundar conhecimentos com a temática, em estudo, e, portanto, melhorar o atendimento dos usuários da UBS Trapiche.

Consideramos que as ações programadas no plano de ação possibilitarão capacitar a equipe de saúde para atentar-se com possíveis usuários com SM e realizar ações com a finalidade de se fazer promoção da saúde, educar a população para compreensão dos sinais e sintomas da SM, da importância do tratamento. Destacam-se as mudanças no processo de trabalho para se garantir o adequado cuidado do paciente com um enfoque particular de cada caso.

Manter a população com informações neste tema representa uma ferramenta fundamental para conseguir modificar os indicadores, devendo-se trabalhar também na responsabilidade do indivíduo na saúde pessoal e comunitária.

O trabalho em equipe com gestão colegiada é um ferramenta que temos que levar em conta na luta por alcançar uma saúde melhor.

REFERÊNCIAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. Perfil do Município de Ouro Branco-Alagoas. p.1-14, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, F. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010.

CIOLAC, E. G.; GUIMARAES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-324, Aug. 2004 Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 23 Mar. 2017.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010, 68p ISBN: 978-85-7825-030-0.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2016. **IBGECidades**. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em junho maio de 2017

ILEP. The International Federation of Anti-Leprosy Associations. Cómo diagnosticar e tratar la lepra. **Guías de aprendizaje de ILEP sobre la Lepra**. First Edition. Geneva, 2000.

OLIVEIRA, E. P.; SOUZA, M. L. A.; LIMA, M. D. A. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do semiárido baiano. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 456-465, June 2006.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 129-147, Apr. 2014.

PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, Brasil, v. 87, n. 4, p. 245-250, dec. 2008.

PINEDA, C.A. Síndrome metabólico: definicion, historia, criterios. **Colomb Med**, v. 39, n. 1, p. 96-106, 2008. Disponível em <http://hdl.handle.net/10893/4753>, Acesso. 23/03/2016

RIGO, J. C. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 2, p. 85-91, Aug. 2009.

SALAROLI, L. B. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 51, n. 7, p. 1143-1152, Oct. 2007 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso on 23 Mar. 2016.

SANTOS, M. A; OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 10-16.

SILVA, M. R.; SAKAMOTO, J.; GALLIAN, D. M. C. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 1, p. 15-28, Apr. 2014

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, Série III, n. 10, p. 99-108, jul. 2013.