



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Jamile Ibrahim Isa Abdel Hadi

Intervenção para provocar a reflexão com a população e
a equipe de saúde sobre síndrome metabólica.

Florianópolis, Abril de 2017

Jamile Ibrahim Isa Abdel Hadi

Intervenção para provocar a reflexão com a população e a equipe de saúde sobre síndrome metabólica.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Jamile Ibrahim Isa Abdel Hadi

Intervenção para provocar a reflexão com a população e a equipe de saúde sobre síndrome metabólica.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O termo Síndrome Metabólica, descreve um problema de saúde pública que vêm crescendo a cada ano, é definido por um conjunto de fatores de risco metabólicos, que aumentam a ocorrência de danos cardiovasculares, assim como a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais, e as complicações causadas pelo diabetes. Alguns fatores contribuem para o aparecimento desta síndrome: genética, má-alimentação, excesso de peso (principalmente na região abdominal) e sedentarismo. A Síndrome Metabólica tem como base à resistência à ação da insulina, dislipidemia, obesidade central e aumento da pressão arterial. Desta forma, o objetivo deste estudo é rastrear os fatores de risco, e identificar a presença de síndrome metabólica na população adulta que reside nos bairros Jardim Califórnia I e II, e frequenta a Unidade de Saúde Porto Belo, localizada na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, através do IMC, circunferência abdominal, Pressão Arterial, resistência insulínica ou diagnóstico prévio de diabetes tipo 2, perfil lipídico, história familiar ou pessoal de eventos cardiovasculares, em ambos sexos. Esperamos, com apoio da equipe multidisciplinar, promover mais educação em saúde, informar o paciente, para que ele entenda como funciona o seu organismo e como os alimentos influenciam na saúde e bem estar, para que assim possam promover mudanças nos hábitos, e melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Síndrome metabólica, Diabetes, Dislipidemia, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) refere-se ao contexto social de Jardim Califórnia I e II, no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. A equipe de saúde que atende os bairros Jardim Califórnia I e II, é composta por uma médica, uma enfermeira, e 5 agentes de saúde, que juntos, prestam atendimento a 480 famílias, aproximadamente 3.600 pessoas, que vivem numa região extremamente vulnerável de Foz do Iguaçu, à beira do rio.

O bairro conta com saneamento básico, coleta de lixo, água clorada e é composto principalmente por famílias que vivem da reciclagem e da venda de mercadorias do país vizinho, Paraguai. Há também alguns pequenos agricultores, mas estes são minoria. Esta população é assistida pelo Programa Bolsa Família, do governo federal.

No bairro há creches e uma escola. Não há Unidade Básica de Saúde, então a equipe de saúde faz atendimentos no bairro vizinho, chamado Porto Belo e a população precisa deslocar-se até lá. Praticamente toda a população dos referidos bairros, são usuários do SUS, sendo assim, a demanda diária de pacientes é grande e os recursos são escassos.

No momento o sistema de saúde da cidade não oferece exames de laboratório, não temos farmácia na unidade de saúde, e os serviços de referência para especialistas estão praticamente parados, isso é um grande problema devido a baixa renda da população, principalmente para as gestantes que não estão podendo realizar os exames pré-natal. Isto está ocorrendo por um problema político administrativo na cidade, quase todos os recursos enviados para manutenção dos serviços do SUS foram desviados.

Entre as queixas mais comuns, destacam-se os agravos da síndrome metabólica, e os problemas ortopédicos, principalmente relacionados a doenças degenerativas da coluna vertebral. As doenças que prevalecem são hipertensão, diabetes, e obesidade, inclusive em crianças, nas quais a taxa de sobrepeso das crianças menores de 5 anos do bairro está em 18%. Visto que os problemas ortopédicos são, em sua maioria, de difícil resolução, e até mesmo os especialistas atestam que o tratamento é paliativo, há muito pouco a se fazer além da reabilitação. Já os problemas metabólicos, podem ser trabalhados com mais profundidade, apesar da dificuldade em mudar os hábitos dos usuários.

O estudo da síndrome metabólica e seus agravos são de extrema importância, pois influencia diretamente a qualidade de vida dos usuários, principalmente na saúde do idoso, que estão em situações de risco por estarem muitas vezes desassistidos no ambiente familiar. Para intervenção deste problema, não precisamos usar recursos expansivos com os quais, no momento não contamos.

Podemos trabalhar em conjunto com os profissionais do NASF que nos apoiam, como fisioterapeutas que promovem grupos de caminhada, psicólogos que trabalham a ansiedade dos pacientes e os motivos pela compulsão por comida, e de extrema importância

são os nutricionistas que realizam grupos de diabéticos, grupo de hipertensos, grupo de obesidade, e atendimento individual para reeducação alimentar. Outra vantagem é que a maioria dos medicamentos para terapia adjuvante é fornecida pela Farmácia Popular, o que não implica gastos para o paciente. Hoje, nossos desafios são a prevenção do Diabetes, Hipertensão, e Síndrome Metabólica.

Com a ajuda da enfermeira, semanalmente realizamos o "HiperDia", no qual fazemos orientações, ajustamos medicamentos, e realizamos rastreio, pois nosso objetivo não é apenas tratar os usuários que já tem a enfermidade instalada, mas também prevenir que os pacientes mais jovens acabem desenvolvendo estas doenças.

O projeto é muito importante na comunidade neste momento, pois, além de ser o motivo de consulta mais comum, é um grupo de doenças que podemos trabalhar, mesmo com a atual situação da saúde no município. Nas consultas, procuramos informar os pacientes sobre os riscos destas doenças silenciosas, e observamos que as pessoas têm interesse em mudar os hábitos, porém muitas vezes até a condição econômica atrapalha, pois os alimentos orgânicos são caros, um calçado de boa qualidade para atividade física também implica um investimento financeiro, o que acaba gerando a dificuldade para realizar os exercícios e uma alimentação rica em carboidratos e pobre em vegetais e carnes magras.

Desta forma, queremos intensificar os trabalhos com os apoiadores do NASF, para oferecer tratamento acessível e de qualidade aos usuários, fazendo com que eles se beneficiem da melhora dos níveis pressóricos, glicêmicos e do perfil lipídico adequado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Proporcionar a educação em saúde sobre síndrome metabólica para informar sobre os cuidados e diminuir os riscos de adoecimento dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde de Porto Belo, município de Foz do Iguaçu.

2.2 Objetivos específicos

Rastrear pacientes maiores de 20 anos, que apresentem sobrepeso, associado a sedentarismo, má-alimentação, história familiar.

Organizar grupos de atendimento para tratamento não medicamentoso.

Produzir material com relatórios de evolução dos pacientes e metodologia utilizada para que a atividade seja realizada em outros momentos, também por outras equipes.

3 Revisão da Literatura

SÍNDROME METABÓLICA

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência a insulina.

É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes.

Não foram encontrados estudos sobre a prevalência da SM com dados representativos da população brasileira.

No entanto, estudos em diferentes populações, como a mexicana, a norte-americana e a asiática, revelam prevalências elevadas da SM, dependendo do critério utilizado e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% em homens e de 10,7% a 40,5% em mulheres.

Nos últimos cinquenta anos, o Brasil, tal qual outros países em desenvolvimento, mudou o seu panorama epidemiológico numa forma de transição classificada como modelo retardado, na qual doenças crônico-degenerativas assumem importância cada vez maior como causa de morbimortalidade, mas a incidência de doenças infecto-contagiosas e a mortalidade infantil, por exemplo, ainda são bem maiores do que nos países desenvolvidos (BRASIL, 2011).

Nesta transição, a prevalência de vários fatores de risco para doenças cardiovasculares tem aumentado na população brasileira, particularmente em crianças e adolescentes, sendo o aumento da obesidade motivo de preocupação pela sua importância como um dos componentes da SM, com impacto futuro no aumento da mortalidade cardiovascular, fato que também vem sendo observado em outros países com perfil socioeconômico similar (SBC, 2005).

Fatores de Risco

Grande quantidade de gordura abdominal - Em homens cintura com mais de 102cm e nas mulheres maior que 88cm.

Baixo HDL ("bom colesterol") - Em homens menos que 40mg/dl e nas mulheres menos do que 50mg/dl.

Triglicerídeos elevado (nível de gordura no sangue) - 150mg/dl ou superior

Pressão sanguínea alta - 135/85 mmHg ou superior ou se está utilizando algum medicamento para reduzir a pressão

Glicose elevada - 110mg/dl ou superior.

Ter três ou mais dos fatores acima é um sinal da presença da resistência insulínica, que é um hormônio produzido pelo pâncreas. Esta resistência significa que mais insulina do que a quantidade normal está sendo necessária para manter o organismo funcionando

e a glicose em níveis normais ((SBEM), 2017). **Quem Tem Risco de Desenvolver a Síndrome?** Segundo as pesquisas uma em cada cinco adultos nos Estados Unidos tem a Síndrome Metabólica. A Síndrome ocorre com mais frequência entre os africanos, hispânicos, asiáticos e americanos nativos. Para a maioria das pessoas o desenvolvimento da síndrome aumenta com o envelhecimento. O risco aumenta se a pessoa tem uma vida sedentária, sem atividade física e se tem:

- aumento do peso, principalmente na região abdominal (circunferência da cintura);
- histórico de diabetes na família;
- níveis elevados de gordura no sangue;
- pressão alta.

A maioria das pessoas que tem a Síndrome Metabólica sente-se bem e não tem sintomas. Entretanto, elas estão na faixa de risco para o desenvolvimento de doenças graves, como as cardiovasculares e o diabetes ((SBEM), 2017).

CONDUTA NO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICA

1) História clínica - idade, tabagismo, prática de atividade física, história pregressa de hipertensão, diabetes, diabetes gestacional, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos (SOP), doença hepática gordurosa não alcoólica, hiperuricemia, história familiar de hipertensão, diabetes e doença cardiovascular, uso de medicamentos hiperglicemiantes.

2) Exame físico necessário para diagnóstico da SM:

- Medida da circunferência abdominal
- Níveis de pressão arterial.

Além destes dois dados obrigatórios deverá estar descrito no exame físico destes pacientes:

- Peso e estatura - $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$.
- Exame da pele
- Exame cardiovascular.

3) Exames laboratoriais necessários para o diagnóstico da SM:

- Glicemia de jejum.
- Dosagem do HDL-colesterol e dos triglicerídeos.

Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III :

Níveis Glicose 100 mg/dL

HDL-colesterol Homens:

Triglicérides 150 mg/dL

Obesidade Cintura 102 cm para homens 88 cm para mulheres

Hipertensão 130 x 85 mmHg

((SBC, 2005) - (FONTE: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005).

Tratamento não-medicamentoso

A correção do excesso de peso, do sedentarismo e de uma alimentação inadequada são medidas obrigatórias no tratamento da SM.

A adoção de uma dieta balanceada é uma das principais medidas que deve ser individualizada para a necessidade de cada paciente.

A dieta deve estar direcionada para a perda de peso e da gordura visceral, com o objetivo de normalização dos níveis da pressão arterial, da correção das dislipidemias e da hiperglicemia e conseqüentemente a redução do risco cardiovascular.

As evidências favorecem as dietas ricas em fibras, pobres em gorduras saturadas e colesterol e com reduzida quantidade de açúcares simples. A dieta do tipo Mediterrâneo mostrou-se capaz de reduzir eventos cardiovasculares e a dieta DASH mostrou-se eficaz na redução da pressão arterial. A princípio uma dieta que atenda a todos estes requisitos torna-se de difícil aceitação e, em conseqüência, menor adesão pelo paciente.

Por esta razão a orientação alimentar deve sempre que possível atender aos hábitos socioeconômico-culturais de cada indivíduo. Nesse contexto, o auxílio de um(a) nutricionista pode ser útil para se conseguir um melhor planejamento dietético e uma maior adesão ao tratamento

A prática de exercícios moderados, 30-40 minutos por dia, está sem dúvida associada ao benefício cardiovascular. Atividades físicas mais intensas são em geral necessárias para induzir maior perda de peso mas, nesse caso, tanto para o tipo como para a intensidade do exercício, os pacientes devem ser avaliados de forma individualizada, e eventualmente, com prévia avaliação cardiovascular.

(SBC, 2005) - (Fonte: arquivos brasileiros de cardiologia, consensos, volume 84)

Tratamento medicamentoso

• Hipertensão arterial

A diminuição dos níveis de pressão arterial diminui a morbimortalidade cardiovascular e renal. Para tal a recomendação é de que qualquer uma das cinco principais classes de drogas anti-hipertensivas - diuréticos, betabloqueadores, antagonistas de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores da angiotensina - sejam usadas no tratamento inicial da hipertensão arterial, isoladamente ou em associação, não havendo diferenças significativas em relação aos benefícios cardiovasculares.

Se o diabetes estiver presente, o bloqueio do sistema renina angiotensina tem se mostrado útil para a proteção renal na nefropatia diabética com proteinúria, em diabéticos do tipo 1 (IECA) e do tipo 2 (BRA).

Nos hipertensos com PA $\geq 160\text{mmHg}/100\text{mmHg}$, a associação de drogas deve ser considerada desde o início do tratamento anti-hipertensivo.

Em cerca de 2/3 dos pacientes hipertensos, são necessárias duas ou mais drogas para a obtenção do controle da pressão arterial, especialmente quando os níveis da pressão arterial são mais elevados ou se as metas a serem atingidas são mais rigorosas. Quando a associação de drogas for empregada, o diurético deve ser utilizado.

Em pacientes com síndrome metabólica, a redução da pressão arterial para cifras inferiores a 130mmHg/85mmHg pode ser útil, considerando-se o elevado risco cardiovascular associado. No paciente com diabetes tipo 2, a pressão arterial deve ser reduzida para valores abaixo de 130mmHg/80mmHg, não importando que associação de drogas seja necessária para se alcançar este objetivo (BRASIL, 2013b).

A presença de nefropatia com proteinúria importante implica em redução da pressão arterial para valores abaixo de 120mmHg/75mmHg. Por fim, é muito importante considerar sempre os princípios gerais do tratamento farmacológico da hipertensão arterial.

• Diabetes tipo2

A maioria dos pacientes com hiperglicemia não responde ou deixa de responder adequadamente ao tratamento não-medicamentoso e, nesses casos, devem ser iniciados um ou mais agentes hipoglicemiantes.

O diabetes tipo 2 é decorrência de dois defeitos básicos: resistência insulínica e deficiência insulínica. Nas fases iniciais, predomina o fator resistência, sendo indicado o uso de drogas sensibilizadoras da ação insulínica: metformina, acarbose e glitazonas. A história natural do diabetes tipo 2 evidencia uma deterioração progressiva da glicemia decorrente da instalação mais acentuada do fator deficiência insulínica. Nesta fase, as sulfoniluréias podem ser associadas aos sensibilizadores de insulina.

A deficiência de insulina pode se acentuar, ocorrendo então a necessidade de associação de insulina aos agentes orais e finalmente insulinização plena. A combinação de dois ou mais agentes antidiabéticos orais com diferentes mecanismos de ação pode induzir a uma queda maior da glicemia e um melhor controle metabólico, que pode ser confirmado pela dosagem da hemoglobina glicada (BRASIL, 2013a).

Terapia nutricional

A importância da terapia nutricional (TN) no tratamento do diabetes mellitus tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como sua função desafiadora na prevenção, no gerenciamento da doença existente e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes.^{1,2} Evidências científicas têm demonstrado que a intervenção nutricional apresenta impacto importante na redução da hemoglobina glicada (HbA1c) em pessoas com diabetes tipos 1 e 2, após 3 a 6 meses de seguimento com profissional especialista, independentemente do tempo de diagnóstico da doença.

Sabe-se também que, quando associado a outros componentes do cuidado em diabetes, o acompanhamento nutricional pode melhorar ainda mais os parâmetros clínicos e metabólicos, decorrentes da melhor aderência ao plano alimentar prescrito.

Embora o aparecimento do diabetes mellitus tipo 1 (DM1) não seja evitável, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) pode ser retardado ou prevenido, por meio de modificações de estilo de vida, que incluem dieta e atividade física. Apesar de a suscetibilidade genética parecer desempenhar um papel importante na ocorrência do DM2, a atual epidemia provavelmente reflete mudanças no estilo de vida, caracterizadas pelo aumento da ingestão energética e

redução da atividade física que, em conjunto com sobrepeso e obesidade, parecem exercer papel preponderante no aparecimento do diabetes.

As recomendações para o manejo nutricional do diabetes mellitus têm como base a melhor evidência científica disponível, aliada à experiência clínica, e são publicadas periodicamente pelas sociedades científicas internacionais e nacionais. Nesse sentido, os guias da American Diabetes Association, Diabetes Care Advisory Committee of DM (UK), Canadian Diabetes Association e The Royal Australian College sobre o tratamento do diabetes enfatizam que alcançar as metas de tratamento propostas nessa doença crônica requer esforço, o qual envolve a equipe de saúde composta por educadores em diabetes mellitus, nutricionista especializado e a pessoa com diabetes (SBC, 2005).

A conduta nutricional preconizada atualmente para pessoas com DM 2, pré-diabetes e diabetes gestacional (DMG), baseia-se em alimentação variada e equilibrada que atenda às necessidades nutricionais, considerando todas as fases da vida. A Terapia Nutricional tem como foco a manutenção/obtenção de peso saudável, metas de controle, buscando glicemias estáveis tanto no jejum quanto nos períodos pré e pós-prandiais, níveis de lipídios séricos e pressóricos adequados, bem como o uso de fármacos para a prevenção de complicações de curto e médio prazos.

A nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de maneira individualizada, deve basear-se nos objetivos do tratamento (SBC, 2005).

(Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016)

- **Dislipidemias**

Nas últimas duas décadas, avanços notáveis foram obtidos com o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais crescentes para redução da hipercolesterolemia, permitindo a obtenção das metas terapêuticas, especialmente do LDL-C (SBC, 2013).

Apesar de os níveis de LDL colesterol não constituírem um dos critérios diagnósticos da SM, as evidências apontam para a necessidade da redução do LDL-colesterol como meta primária a ser alcançada, concomitantemente com a correção dos níveis do HDL-C e dos triglicérides.

As estatinas são os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-c e aumentar o HDL-c. e, em consequência, diminuem a morbimortalidade cardiovascular. Até o presente, a redução do LDL-C por inibidores da hidroximetilglutaril coenzima A (HMG CoA) redutase ou estatinas permanece sendo a terapia mais validada por estudos clínicos para reduzir a incidência de eventos cardiovasculares (SBC, 2013) .

A depleção intracelular de colesterol estimula a liberação de fatores transcrpcionais e, conseqüentemente, a síntese e a expressão na membrana celular de receptores para captação do colesterol circulante, como o LDL-R.

Assim, a ação das estatinas pode potencialmente influenciar todo o conjunto das lipoproteínas circulantes que interagem com o LDL-R, como a LDL, a VLDL e remanescentes

de quilomícrons. Além disso, ao inibirem a HMG-CoA redutase, as estatinas reduzem a formação de mevalonato e de radicais isoprenil, atenuando a ativação de proteínas fundamentais à resposta inflamatória e à biodisponibilidade de óxido nítrico³⁶ (SBC, 2013).

Numa metanálise com 170 mil pacientes e 26 estudos clínicos, para cada 40 mg/dl de redução do LDL-C com estatinas ocorreu redução da mortalidade por todas as causas em 10%, refletindo em grande parte a redução no número de mortes por DAC (−20%)²⁹. Com base nestas evidências, o uso de estatina está indicado para terapias de prevenção primária e secundária como primeira opção (recomendação I, evidência A) (SBC, 2013).

A redução do LDL-C varia muito entre as estatinas, sendo essa diferença fundamentalmente relacionada com a dose inicial, conforme mostra a Figura 2. A cada vez que dobramos a dose de qualquer uma destas estatinas, a redução média adicional do LDL-C é de 6% a 7%. As estatinas reduzem os TGs também mediante o aumento da expressão de LDL-R e, conseqüentemente, pela remoção de lipoproteínas ricas em triglicérides do plasma.

Os fibratos demonstraram também benefício na redução de eventos cardiovasculares em indivíduos com HDL-c abaixo de 40mg/dL, e aumento dos triglicérides. Os ácidos graxos Ômega 3 podem ser usados como terapia coadjuvante da hipertrigliceridemia ou em substituição aos fibratos em caso de intolerância a estes. O ácido nicotínico de liberação intermediária pode aumentar o HDL-c e, segundo alguns estudos, contribui para a redução de eventos cardiovasculares. As ações dos fibratos no metabolismo lipídico decorrem de sua capacidade de imitar a estrutura e as funções biológicas dos AGs livres, ligando-se a fatores de transcrição específicos, os receptores ativados pelo proliferador de peroxissomos (PPARs) expressos primariamente em fígado, rins, coração e músculo. A ativação dos PPARs pelo fibrato ativam uma série de genes relacionados com hidrólise dos TGs (lipase lipoproteica e apolipoproteína CIII), degradação e síntese de AG e HDL (SBC, 2013).

A terapêutica combinada de estatinas com fibratos ou com o ácido nicotínico pode ser uma opção atrativa nos indivíduos com síndrome metabólica que apresentem elevação do LDL-colesterol e dos triglicérides e redução do HDL-colesterol.

Deve-se atentar para a possibilidade da presença de hipotireoidismo em portadores de dislipidemias mistas, em indivíduos acima de 50 anos, principalmente mulheres. O uso de hipolipemiantes nesses casos associase ao risco elevado de miopatia. Deve-se inicialmente controlar o TSH e reavaliar a necessidade de tratamento hipolipemiante, que poderá ser realizado com segurança (SBC, 2013).

- **Obesidade**

A introdução de drogas adjuvantes à dieta para os indivíduos com IMC $\geq 30\text{kg}/\text{m}^2$, e naqueles com IMC entre $25\text{kg}/\text{m}^2$ e $30\text{kg}/\text{m}^2$ deve-se considerada desde que acompanhado de comorbidades e que não tenham perdido 1% do peso inicial por mês, após um a três meses de tratamento não-medicamentoso. Há, atualmente, cinco medicamentos registrados no Brasil para o tratamento da obesidade: dietilpropiona (anfepriamo), femproporex,

mazindol, sibutramina e orlistat. As drogas mais indicadas são a sibutramina e o orlistat. Estudos têm demonstrado seus efeitos favoráveis para a perda de peso e melhora dos parâmetros metabólicos, com boa tolerabilidade e segurança. As drogas da classe noradrenérgica são eficazes na perda de peso, mas os seus estudos são antigos e de curto prazo. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, usados como antidepressivos, podem também proporcionar perda de peso. O tratamento cirúrgico tem como objetivo diminuir a entrada de alimentos no tubo digestivo (cirurgia restritiva), diminuir a sua absorção (cirurgia disabsortiva) ou ambas (cirurgia mista). A cirurgia bariátrica está indicada para pacientes diabéticos ou com múltiplos fatores de risco com IMC $>35\text{kg}/\text{m}^2$, resistentes ao tratamento conservador, realizado continuamente por 2 anos ((SBEM), 2017) (SBC, 2005).

Cuidados na Atenção Básica

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

Os três componentes essenciais da vigilância destas doenças crônicas são:

- a) monitoramento dos fatores de risco;
- b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças;
- c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive medicamentos gratuitos.

Alimentação Inadequada: Consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal .

A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças. O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular.

A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas.

A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda.

Pressão arterial alta: Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes.. Esse é um fator de risco para doenças do aparelho circulatório .

A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda.

Excesso de peso e obesidade: 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade.

Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso.

O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer.

Colesterol aumentado: Estima-se que o colesterol elevado cause 2,6 milhões de mortes a cada ano. Ele aumenta o risco de doença cardíaca e AVE.

Ações a serem trabalhadas na atenção básica (BRASIL, 2013b) (BRASIL, 2011):

Ações educativas de hábitos saudáveis.

Programa Academia da Saúde como incentivo à atividade física.

Redução do sal dos alimentos industrializados e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras.

Medidas regulatórias para o tabaco, o álcool e os alimentos não saudáveis.

Oferta de medicamentos gratuitos para tratamento de DCNT

4 Metodologia

A síndrome metabólica não é apenas um problema individual, sua prevalência e complicações se tornaram um problema de saúde pública que vêm crescendo atualmente, devido ao ritmo acelerado de trabalho das pessoas, sedentarismo e má alimentação.

O projeto apresentado, tem como público alvo a população adulta (maiores de 45 anos, ou com fatores de risco) que reside nos Bairros Jardim Califórnia I e II, e utiliza o serviço de saúde da ESF Porto Belo.

Será realizado o rastreamento da presença de síndrome metabólica nos usuários, usando os seguintes dados:

- Pressão arterial
- Peso e IMC.
- Presença de obesidade central, pela medida da circunferência abdominal
- Resistência insulínica ou diabetes tipo II
- Alterações no lipidograma.

Além das consultas semanais de HiperDia realizadas às terças, nas quais verificamos P.A e HGT, renovação de receitas para quem já faz uso de anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes, foram fixadas datas para 8 encontros, realizados a cada 15 dias no total de quatro meses, nos quais haverá a seguinte programação:

Aferição de medidas, peso, Pressão Arterial e HGT em cada encontro.

Palestra com a médica do serviço, sobre definição, riscos e complicações da síndrome metabólica, de maneira interativa, para que os usuários participem e tenham maior conhecimento sobre os agravos que a síndrome pode trazer, e o que fazer para evitá-los.

Palestra com a nutricionista do NASF, para atendimento em grupo, informando sobre os alimentos, suas composições energéticas e metabólicas, e as indicações de dieta para cada doença.

Reuniões com fisioterapeuta do NASF, que irá discursar sobre os problemas do sedentarismo, e iniciará o "Grupo de Coluna" e "Grupo de emagrecimento", selecionando os usuários para o que mais se aplica as suas necessidades. Ambos incluirão caminhada e exercícios após a palestra.

A cada encontro, será abordado um tema para cada profissional, para que ao final dos encontros, os usuários estejam mais informados sobre saúde, uso de medicamentos, alimentação, e prática de exercícios físicos, e estimulados a cuidarem melhor de sua saúde, e passar os conhecimentos para todos na residência, a fim de iniciar a prevenção nos jovens também.

O projeto será executado na sala de reuniões da ESF Porto Belo, e no pavilhão de jogos do CMEI Flor de Acácia, escola do bairro onde será feito o grupo de emagrecimento e coluna.

Os encontros serão quinzenais, a princípio foram programados 8 encontros no período de 4 meses. As datas foram fixadas de fevereiro a junho de 2017.

Organizaremos os profissionais da seguinte forma:

A auxiliar de enfermagem fará a triagem dos usuários, e o registro no prontuário de cada um.

A médica do serviço irá discursar com o grupo sobre as doenças, solicitar e interpretar exames, avaliar os dados coletados pela auxiliar e realizar os diagnósticos individuais, adequar medicação para quem precisa, marcar os atendimentos individuais.

A nutricionista fará os discursos sobre alimentação e dieta, opções de substituição de alimentos, e contagem de carboidratos, e irá selecionar os pacientes que necessitam de atendimento individual.

O fisioterapeuta do NASF, realizará 2 vezes por semana, as terças e quintas pela manhã, os grupos de exercícios.

5 Resultados Esperados

Com este estudo, esperamos identificar o perfil de doenças crônicas dos moradores da comunidade, realizar as ações preventivas frente ao atendimento aos usuários portadores de síndrome metabólica, para diminuir as complicações cardiovasculares.

Além destas expectativas, o projeto pretende proporcionar a educação em saúde, sobre o diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias, informando sobre a necessidade de adequação nos hábitos alimentares e sedentarismo, para que os benefícios da mudança no estilo de vida proposta sejam permanentes, e passados para todos no ambiente familiar, aumentando assim a expectativa e qualidade de vida dos usuários do serviço de saúde.

Para que possamos melhorar o atendimento na atenção básica orientando sobre a prevenção de doenças, a fim de solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 13, 19 e 20.
- BRASIL, M. da Saúde do. *cadernos de Atenção Básica - diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *cadernos de Atenção Básica - hipertensão arterial: 37*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 20.
- SBC, S. B. D. C. *I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA*. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005. Citado 5 vezes nas páginas 13, 14, 15, 17 e 19.
- SBC, S. brasileira de cardiologia. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 11–13, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- (SBEM) sociedade Brasileira de endocrinologia e metabologia. *Síndrome metabólica*. 2017. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 15 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 19.