

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Bruna Germanos Menna Barreto

PORTFÓLIO FINAL

**Porto Alegre
2017**

Bruna Germanos Menna Barreto

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Cátia Maria Justo

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4 VISITA DOMICILIAR	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Em meados de 1993, eu, Bruna Germanos Menna Barreto, com então 7 anos de idade, após acompanhar meu pai no hospital e assistir a um parto, disse a ele que eu gostaria de ser como ele, uma médica, e, foi assim que se deu o início de um sonho e planejamento de uma vida. Após anos de estudo e dedicação, graduei-me em Medicina em dezembro de 2012 pela Universidade Luterana do Brasil, em Canoas-RS. Depois de formada, iniciei atendimento em uma Unidade de Saúde em Gravataí-RS, e, além disso, realizava plantões em urgência e emergência em hospitais do interior do estado. Em 2014, fui aprovada para Residência Médica em Medicina Interna no Hospital Universitário de Santa Maria, o qual concluí em fevereiro de 2016.

Hoje, encontro-me em Cachoeira do Sul, minha cidade natal, trabalhando na Unidade Básica de Saúde Alto do Amorim (US 17) como médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). O território de responsabilidade da nossa unidade abrange aproximadamente 3000 habitantes. Nossa equipe é formada por um médico, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A nossa população é predominantemente idosa, moradora da área urbana e, em sua grande maioria, possui saneamento básico em suas residências. As patologias mais prevalentes são as doenças crônicas degenerativas, principalmente Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Como rede de apoio, dispomos de: uma escola estadual, local onde realizamos, por algumas vezes, palestras com a população jovem e campanhas de vacinação; um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), como apoio para os pacientes com doenças mentais; e o Laboratório Vida, para pacientes com doenças infectocontagiosas.

A nossa maior demanda se dá pelos atendimentos médicos de cuidado continuado. Temos como referência para encaminhamento de urgência e emergência o Hospital de Caridade e Beneficência (HCB), que dispõe de 193 leitos.

Nossa unidade vem desenvolvendo um trabalho bastante significativo dentro do território, coordenando o cuidado e o acompanhamento de doenças prevalentes, além de realizar atividades preventivas, sendo alcançados uma cobertura considerável de pacientes hipertensos e diabéticos. Conseguimos realizar o diagnóstico e tratamento dessas patologias, mantendo-as controladas e com poucas

descompensações. Enfrentamos, porém, limitações ao referenciarmos os pacientes a médicos especialistas, devido ao número limitado de consultas, o que melhorou muito com a ajuda do Tele Saúde, não somente pelas prioridades ao fazermos os encaminhamentos, mas também na ajuda do manejo de alguns desses pacientes.

Quando iniciei minhas atividades na unidade, fiquei responsável por realização de atividades em grupo. Observei que os pacientes careciam de informações a respeito de suas doenças de base: diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia. Desconheciam a importância do tratamento contínuo e da prática regular de exercício físico e da dieta balanceada para uma melhor qualidade de vida e controle da Síndrome Metabólica (SM).

A SM é um transtorno que envolve diversos fatores, os quais influenciam no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Seu diagnóstico é realizado a partir da combinação de pelo menos três componentes entre os cinco estabelecidos: obesidade abdominal, níveis elevados de triglicerídeos, baixo nível das lipoproteínas de alta densidade (HDL-C), pressão arterial elevada e glicemia de jejum alterada (PINTO, 2016).

Estudos realizados entre adultos e idosos sobre a prevalência dessa síndrome apontaram para uma maior prevalência em mulheres, sendo identificados alguns fatores de risco, como o aumento da idade, o excesso de peso e a inatividade física (VIDIGAL, 2013; MOREIRA, 2014).

Foi dentro desse contexto e após discutir os casos com a equipe, que iniciei o desenvolvimento do meu projeto de intervenção (Anexo I), que teve como objetivo principal orientar os pacientes acerca da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, promovendo hábitos mais saudáveis e uma melhora na qualidade de vida.

O tratamento da SM é baseado na mudança dos hábitos alimentares e estímulo à prática de exercícios físicos. A terapêutica medicamentosa também pode ser implementada para controle de fatores isolados ou da própria síndrome, pela possibilidade da utilização de drogas que sejam capazes de melhorar, retardar ou até mesmo evitar possíveis complicações cardiovasculares (CALIXTO, 2016).

O Brasil ocupa a quinta posição no ranking mundial em número de obesos e pessoas com sobrepeso, representando 17% da população total do país. A obesidade tem sido um problema relevante no desenvolvimento da SM, favorecendo o aparecimento das suas complicações, como o surgimento de DM tipo 2, aumento dos níveis séricos de colesterol do tipo LDL, elevação da pressão arterial, que levam

ao crescimento de patologias cardiovasculares, como a doença cardiovascular aterosclerótica e a insuficiência cardíaca (SOUZA et al., 2015).

Também optei pela realização de consulta coletiva, além das consultas individuais, onde são fornecidas cartilhas com orientações dos hábitos alimentares e exercícios físicos aos pacientes com síndrome metabólica, além da pesagem dos pacientes, tirada de dúvidas e prática de exercícios em grupo em um ambiente mais informal que a consulta de rotina.

O tema tem uma importância tão grande que a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou o curso “Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares”, em 2013, que tem por objetivo qualificar os médicos da saúde pública na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares (DCV), redução de morbidade e mortalidade cardiovascular no Brasil e promoção do acesso integral ao diagnóstico e tratamento das DCV, implementando as linhas de cuidado na atenção às doenças cardiovasculares (ANDRADE et al., 2013).

O detalhamento do projeto está exposto nos anexos desse portfólio.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O estudo de caso clínico é o método mais empregado no ensino das ciências da saúde, uma vez que facilita a aprendizagem por meio do estímulo ao estudante em utilizar conhecimentos que vão além do seu campo de atuação, instigando que o mesmo inclua investigações de problemas sociais, fisiológicos e espirituais, aliando conhecimentos de outros profissionais da equipe multiprofissional ao seu (SILVA, 2014).

O aumento da incidência de Síndrome Metabólica representa um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus. A Atenção Primária à Saúde tem importância fundamental na promoção e prevenção desses fatores. Segue abaixo o estudo de caso clínico estudado.

Paciente S. L., sexo feminino, 58 anos, comparece à consulta devido à alteração nos exames de glicemia de jejum e colesterol total, os quais realizou em laboratório particular. Previamente hígida, nega histórico familiar de diabetes mellitus

e dislipidemia, refere problemas de hipertensão arterial dos pais e que sua irmã é hipertensa e faz uso contínuo de medicação. Nega tabagismo e/ou etilismo.

- IMC de 33,7 kg/m²;
- PA = 140/90 mmHg;
- Menopausa 05/12 (não tem certeza).

Quando questionada a respeito da diabetes/dislipidemia, suas expectativas e anseios, a mesma refere medo de ficar diabética e ter de fazer uso de insulinoterapia. Mora com o marido, E.C, 60 anos, vivem em união estável há 34 anos. Paciente relata estar preocupada com essa alteração laboratorial e seu anseio em contar para seu marido sobre os exames alterados, já que ela o incomoda muito com o seu peso e dieta.

Ao exame físico: bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, anictérica, ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas, sem sopros; ausculta pulmonar com murmúrios uniformemente distribuídos, sem sibilos ou creptantes; abdômen globoso sem megalias; demais sem particularidades.

Foi desenvolvido genograma com auxílio da paciente e solicitados os exames para confirmação de DM e SM, sendo eles: hemograma completo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, ácido úrico, potássio, HDL, LDL, triglicerídeos, creatinina, EQU e eletrocardiograma em repouso.

Orientada quanto à importância da perda ponderal, atividade física aeróbica, o não uso de álcool, fumo e drogas, assim como sinais e sintomas de risco, além de alimentação adequada. Convidada a comparecer também às consultas coletivas do grupo de pacientes com SM.

Paciente refere que irá aguardar mais alguns meses para contar ao seu marido, é orientada de que essa é uma escolha sua, mas que a equipe estará à disposição para ajudá-la em qualquer dúvida. Além disso, foi motivada a encorajar seu companheiro para também comparecer às consultas para juntos compreenderem essas mudanças e desenvolverem mudanças na alimentação e estilo de vida. Agendado retorno para trinta dias ou antes, se necessário.

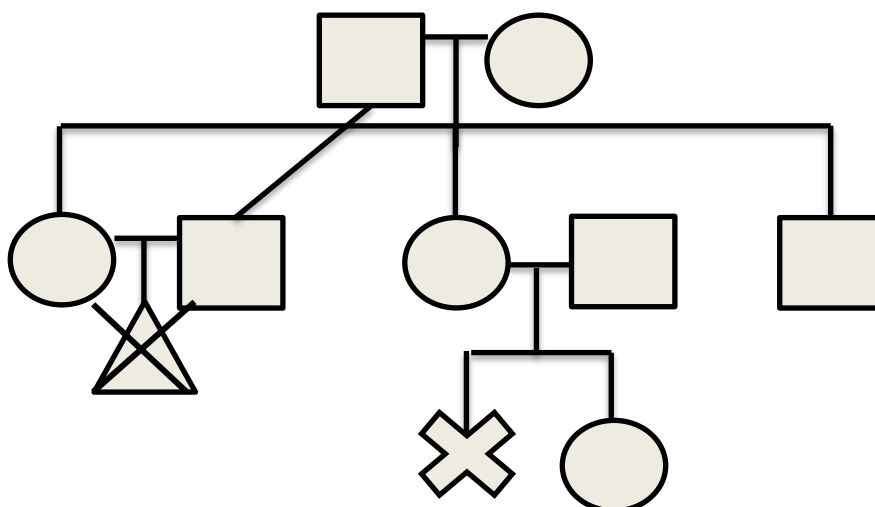


Figura 1: Genograma da Família L.

Após a saída da paciente, foi realizado seu cadastro no sistema. A agente comunitária de saúde responsável pela paciente foi informada da preocupação/negação da paciente, inicialmente, e mostrou-se disposta em lembrar a paciente dos dias de suas consultas, assim como manter acompanhamento. Conversamos entre a equipe com relação à possibilidade de S. L. enfrentar problemas devido à sua dificuldade de perda de peso e, se necessário, o uso de insulina. A enfermeira lembra que, caso seja necessário, pode-se encaminhá-la ao psicólogo.

Paciente retorna sem queixas, acompanhada de seu companheiro. Diz estar aliviada e mostra um sorriso ao contar que comunicou seu marido e que o mesmo mostrou-se solidário, principalmente em ajudá-la com a dieta e exercício físico.

Paciente retorna com o resultado dos exames solicitados na última consulta:

- Hemoglobina: 12,7;
- Hematócrito: 38,8;
- Leucócitos 5.600 (sem desvio);
- Glicemia de Jejum 198;
- E.Q.U: sem particularidades;
- Hemoglobinaglicada 8,4%;
- Colesterol total: 255;
- LDL: 139;
- HDL: 41;
- Ácido úrico: 3,7;

- Potássio: 4,1;
- Triglicérides: 323;
- Creatinina: 0,9;
- Eletrocardiograma em repouso: ritmo sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular;
- Citopatológico do colo uterino realizado há oito meses: negativo para neoplasia;
- Mamografia da mesma época: BIRADS 2 em mamas bilateralmente.

Ao exame físico:

- PA: 145/90 mmHg;
- Circunferência abdominal 103 cm;
- Peso: 81 kg;
- Estatura: 1,55m.

Orientada quanto à realização de um controle de pressão no posto de saúde três vezes por semana por duas semanas, incluindo cuidados para perda de peso. Iniciado Metformina 850 mg 3x/dia e controle inicial com hemoglicoteste em jejum, conforme preconizado pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013).

Paciente retorna para nova consulta de rotina, durante a triagem, o técnico em enfermagem informa que a PA de S. L. estava 170/80 mmHg. Realizada a consulta, paciente encontra-se sem queixas. Exame físico sem alterações, exceto por nova aferição da PA que mantinha-se em 170/80 mmHg. Solicito microalbuminúria na amostra a qual vem alterada (99). Paciente traz controle de PA com três aferições > 150/95. Início tratamento com Enalapril com um comprimido 12/12h contínuo e controle de PA e encaminhado paciente ao nefrologista pela perda de função renal e um Clcr alterado.

No retorno da paciente:

- Perda ponderal de 5 kg;
- Circunferência abdominal = 93 cm;
- Controle de PA: 120/75 - 155/100 mmHg;
- HGT: 87 - 149 em jejum;
- Demais exames normais.

Mantém acompanhamento quinzenal no grupo com orientações dietéticas dadas pela nutricionista e realização de exercícios em grupo, conforme preconizado pelo Caderno de Atenção Básica número 35, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” (2014a). Paciente mantém acompanhamento na UBS.

Após o estudo dos casos complexos, foi possível uma reflexão mais abrangente a respeito da realização do diagnóstico de patologias que justifiquem encaminhamento à atenção especializada.

A paciente encontra-se em tratamento contínuo, mantendo acompanhamento na unidade e no serviço especializado de nefrologia. Pode-se dizer que, com o estudo dos casos, auxiliou significativamente à equipe a coordenação do cuidado. Além disso, após o estudo, também houve aperfeiçoamento da conduta com relação à orientação para prevenção de doenças relacionadas à SM.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Com o aumento da expectativa de vida, o aprimoramento no desenvolvimento de tecnologias e um melhor conhecimento da história natural das doenças, impõem ao profissional de saúde um maior empenho na implementação de meios para a promoção de saúde.

Em Cachoeira do Sul, na UBS 17 - Prado, procuramos trabalhar com um cuidado continuado e integral, que promova a qualidade de vida e reduza a vulnerabilidade à riscos, contemplando satisfatoriamente todos os níveis de prevenção, sobretudo a primária. Promover a saúde envolve uma rede de compromissos, não só entre a equipe de saúde, mas também entre usuários, gestores e representantes sociais. Dessa forma, desenvolvemos um planejamento, baseado em indicadores, daqueles meios que terão maior impacto na qualidade de vida de sua população dentro da realidade vivida pelos usuários e de acordo com a disposição de recursos de gestão.

Assim, são priorizadas ações voltadas à alimentação saudável, prática de exercícios físicos, prevenção e controle do tabagismo, iniciativas para redução do uso de álcool e drogas, orientações que evitem acidentes de trânsito, prevenção de violência, incentivo ao desenvolvimento sustentável, fornecimento de imunizações,

além de medidas diagnósticas e de reabilitação, favorecendo também a prevenção secundária e terciária.

Principalmente durante as consultas, sejam elas de enfermagem quanto médica, bem como nas visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde, são transmitidas informações relativas à alimentação, baseadas em informações colhidas no Guia Alimentar “Como ter uma alimentação saudável”, do Ministério da Saúde, que constam de dez passos da alimentação saudável: preferência por alimentos *in natura* ou minimamente processados, utilização de sal, óleo e açúcar em pequena quantidade, limitação do consumo de alimentos processados, qualidade das refeições, cuidados na compra dos alimentos, desenvolvimento e partilha de habilidades culinárias, disponibilidade de tempo adequado para alimentação e preferência por refeições feitas na hora (BRASIL, 2014b).

Além disso, durante esse ano, alguns membros da equipe participaram de cursos com nutricionistas, nos quais aprenderam técnicas de preparo de refeições saudáveis e aproveitamento integral dos alimentos, ensinamentos que são transmitidos à população e à equipe em encontros específicos realizados na unidade.

Os usuários também são orientados a praticar exercícios físicos regularmente e incentivados a participar das atividades desportivas oferecidas pela cidade, uma vez que o sedentarismo é condição indesejável e representa risco para a saúde.

Ainda nesse mesmo contexto, desenvolvem-se ações que visam a suspensão do tabagismo, bem como a redução do consumo de bebidas alcoólicas. São usadas ferramentas para a investigação do uso excessivo de álcool, como o questionário CAGE e o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), além da disponibilidade de encaminhamentos ao CAPS-AD (álcool e drogas), local onde encontram atendimento de psiquiatria e acompanhamento em grupos com psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Para a cessação do tabagismo, são oferecidas estratégias clínicas, como aconselhamento e farmacoterapia.

Dentro desse contexto, pode-se citar o caso de M.C., 36 anos, asmática, que consultou por descompensação clínica, com novas exacerbações. Durante a conversa, quando questionada a respeito de tabagismo, referiu associar o ressurgimento da sintomatologia desde que seu marido, J. C., 52 anos, passou a ficar os dias em casa, depois de um acidente de trabalho. Referiu que o mesmo fumava duas cartelas de cigarro por dia, sempre perto da paciente. Assim, além da

descoberta do fator desencadeante das crises, surgiu a oportunidade de convidar J. C. para uma consulta, com o objetivo de cessar o tabagismo. Depois de duas semanas, o casal compareceu à consulta, após os esclarecimentos sobre os riscos do tabagismo, J. C. mostrava-se confiante em conseguir abandonar o vício.

Foi optado, em conjunto com o paciente, por iniciar o tratamento farmacológico com Bupropiona, associada ao aconselhamento. A Bupropiona é considerada droga de primeira linha para o tratamento do tabagismo e atua ocupando os receptores dopaminérgicos antes ocupados pela nicotina, assim reduzindo os sintomas da Síndrome de Abstinência. Anteriormente, a droga era utilizada como antidepressivo, e atualmente atua como adjuvante no tratamento do tabagismo, sendo considerada segura e eficaz, uma vez que não causa dependência química e apresenta poucos efeitos colaterais, embora deva ser utilizada com atenção em cardiopatas (DANTAS, 2016). Desde 2004, o Ministério da Saúde utiliza a Bupropiona como terapia de primeira linha no tratamento do tabagismo, instituído pela Portaria n. 442 de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004).

Após sete meses do início do uso da medicação e das consultas regulares, J. C. não voltou a fumar. Mostra-se mais disposto e retornou ao trabalho, e M. C. apresenta-se com asma controlada.

No âmbito da prevenção secundária, é ofertado o rastreamento das patologias mais prevalentes, como: pesquisa de hipertensão arterial para maiores de 18 anos; dosagem de colesterol para homens maiores de 35 anos e mulheres maiores de 45 anos, principalmente as que já tenham fatores de risco e para pacientes a partir de 20 anos que já tenham fatores de risco para doença arterial coronariana; glicemia de jejum para rastreamento de diabetes em maiores de 45 anos ou para aqueles que tenham fatores de risco; rastreamento para hepatite B na gravidez; anti-HIV e VDRL para indivíduos com comportamento de risco e também gestantes; Papanicolau para o rastreio de câncer de colo uterino indicado em mulheres em atividade sexual a partir dos 25 anos até os 65 anos; mamografia para o câncer de mama entre os 50 e 74 anos ou antes se houver fator de risco; e colonoscopia, sangue oculto ou sigmoidoscopia para o câncer colorretal.

Além disso, a unidade dispõe de encaminhamentos para atendimento especializado com fisioterapeuta, proporcionando também a reabilitação e prevenção terciária, mantendo a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Obviamente, enfrentam-se dificuldades para a manutenção de um atendimento ideal, principalmente diante da escassez de recursos que é enfrentada, há elevada demora para realização de exames e dificuldade para realizar encaminhamentos à atenção especializada, porém, as ações preventivas e de promoção da saúde não demandam, de certa forma, elevado valor econômico, principalmente àquelas que podem ser desenvolvidas por uma conversa com orientações ou por determinada atividade dentro da unidade. Dessa forma, tais iniciativas podem e devem ser extremamente exploradas no âmbito da atenção básica. Toda as ações acima citadas e que são desenvolvidas na unidade foram aperfeiçoadas e baseadas nos estudos de casos.

A atualização é peça fundamental para o desenvolvimento da medicina e o médico que desempenha seu trabalho baseado em evidências confiáveis, sente-se seguro em saber que está fazendo o melhor pelo seu paciente.

4 VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares são de extrema importância no contexto da atenção em saúde, visando a aproximação da equipe com os usuários e sua família, fortalecendo o vínculo entre eles. Através dela, temos um melhor conhecimento da realidade do paciente e sua família, bem como, das condições de moradia, ambiente e cuidado. Ela nos auxilia a entendermos o contexto de muitas comorbidades e identificar fatores de risco tanto individuais quanto familiares, e além disso, promovermos saúde individual e coletivamente (CUNHA & GAMA, 2012).

Na unidade em que atuo em Cachoeira do Sul, realizamos visitas domiciliares semanalmente. As agentes de saúde ficam responsáveis de organizar as visitas e os itinerários a serem realizados, priorizando inicialmente as famílias com maiores necessidades de cuidado ou em situação de risco. Acompanhamos doenças crônicas, os cuidados, os problemas sociais, individuais e coletivos, para que possamos dar mais assistência, respeitando o princípio da equidade. As agentes comunitárias de saúde fazem visitas domiciliares diariamente, para cada família em sua área de abrangência, fazendo buscativas, reforçando o vínculo com o paciente, e deste com a UBS. No nosso planejamento, visitas são agendadas semanalmente

por prioridades e as agentes de saúde ficam responsáveis pelo agendamento e confirmação do horário com o paciente.

Em nossa unidade de saúde, temos muitos pacientes com doenças crônico-degenerativas, principalmente hipertensos, diabéticos e tabagistas. Iniciamos com abordagem clínica e individual e, após, de toda família, buscando situações de risco, observando a estrutura familiar, as condições socioeconômicas, de higiene e de cuidados. Aproveitamos sempre para valorizarmos as relações interpessoais, fortalecermos o vínculo com o paciente e promovermos a saúde e prevenção de doenças, para uma melhora na qualidade de vida. Levamos à visita cartilhas, material informativo e alguns materiais com desenhos, confeccionados em nossa unidade.

Durante a visita domiciliar, fazemos anamnese, exame físico e avaliação do paciente. Conversamos sobre o estilo de vida, as dificuldades enfrentadas em relação a higiene, horários de medicamentos ou cuidados com idosos e crianças, por exemplo. Ajudamos a organizar maneiras e estratégias para que o paciente não esqueça de tomar os medicamentos, além de oferecermos suporte em situações críticas, muitas delas resolvidas sem a necessidade de comparecer à unidade de saúde.

Nos deparamos, algumas vezes, com contextos difíceis, como, por exemplo, várias pessoas habitando uma casa pequena, situações precárias de higiene e vários cuidados a serem abordados, e, para isso, muitas vezes contava com o auxílio das agentes de saúde para complementar a visita em outro momento, dando assim continuidade à assistência prestada aos que não tinham condições de ir até ao serviço da unidade.

Enfim, as visitas domiciliares são de suma importância na atenção básica, com enfoque na promoção de saúde, respeitando sempre os princípios de longitudinalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e fortalecendo o vínculo do profissional com os usuários e suas famílias, sendo uma oportunidade para intervir, elaborar planos, acompanhar e corrigir os problemas identificados.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O aprendizado em Atenção Básica é amplo e contínuo. A abrangência de particularidades, as características de cada paciente, as dimensões de todo o ciclo da vida, exigem do profissional de atenção básica extremo conhecimento para que consiga proporcionar um atendimento de qualidade ao usuário, a fim de promover a saúde.

Dentro desse contexto, a atualização é peça fundamental, não só pelos avanços nas ciências da saúde mas também pela possibilidade de novas reflexões e sedimentação do conhecimento preexistente. Assim, o estudo dos casos complexos possibilitou esse tipo de estratégia já que revemos as principais patologias presentes na atenção básica, explorando não só a história natural das doenças, mas também fornecendo uma revisão baseada em evidências.

O reflexo desse estudo pode ser visto no aperfeiçoamento do atendimento dentro da UBS17 – PRADO, em Cachoeira do Sul. Com o curso de especialização, foi possível realizar melhores atendimentos e melhora na qualidade das consultas dentro da unidade, baseando-se nos conceitos estudados. Posso afirmar que, com as atividades propostas, minhas condutas tornaram-se mais seguras e fundamentadas, principalmente em relação às doenças mais prevalentes, como a hipertensão e o diabetes.

Além disso, as aulas relacionadas aos atendimentos de urgências na unidade básica, proporcionaram não só o aperfeiçoamento das condutas médicas, mas também de toda a equipe. O conhecimento que adquiri, pude compartilhar com minha equipe em nossas reuniões, e percebi que estamos todos bem preparados para atendimentos e, se necessário, encaminhamentos à outros níveis de atenção.

Assim, ao fim do curso de especialização, observo o meu crescimento como médica. Não só baseada em conceitos técnicos e científicos, mas também no âmbito de relacionamentos interpessoais. Tenho gratidão pelo vínculo que desenvolvi com toda a equipe e com muitos pacientes. Serão vivências que levarei comigo, aprendizados que sempre usarei no meu dia-a-dia e, acima de tudo, a certeza em ter sempre procurado proporcionar um atendimento de qualidade dentro dos recursos disponíveis, favorecendo a promoção à saúde de todos aqueles pacientes que por mim passaram.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. de; MATTOS, L. A. P. e; CARVALHO, A. C.; MACHADO, C. A.; OLIVEIRA, G. M. M. de. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol.**, v. 100, n. 3, p. 203-211, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 442**, de 13 de agosto de 2004, regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.035 de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e da média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 17 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

CALIXTO, S. C. S.; VINAGRE, R. M. F. D.; ROCHA, G. F.; FRANÇA, T. G. Prevalência da síndrome metabólica em idosos. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 2, art. 9, p. 119-135, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://189.43.21.151/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1290/1218>>. Acesso em: 17 jun 2017.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. **A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde**. In: MALAGUTTI, W. (organizador). *Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

DANTAS, D. R. G.; PINHEIRO, A. H. B.; ROSSONI, A. L. M.; PRADO, L. O.; BARREIRA, S. N. Tratamento do tabagismo no Brasil, com Bupropiona e Vareniclina: uma revisão sistemática. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 5, n. 1, p. 61-75, 2016. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7Ot3Zi2vjg8J:150.165.111.246/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/viewFile/327/228+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-ab>>. Acesso em: 17 jun 2017.

MOREIRA, G. C.; CIPULLO, J. P.; CIORLIA, L. A. S.; CESARINO, C. B.; VILELA-MARTIN, J. F.; Prevalence of metabolic syndrome: association with risk factors and cardiovascular complications in na urban population. **PloS One**, n. 9, v. 9, 2014.

PINTO, L. L. T.; TRIBESS, S.; SANTOS, A. S. dos; RIBEIRO, M. da C. L.; MENEGUCI, J.; SASAKI, J. E.; JÚNIOR, J. S. V. Promoção da atividade física em idosas com síndrome metabólica: modelo de intervenção com pedômetros. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 21, n. 3, p. 600-10, 2016. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/7796/pdf>>. Acesso em: 17 jun 2017.

SILVA, R. S. da; PAIXÃO, G. P. do N.; LINS, D. B.; JESUS, R. A. de; PEREIRA, A. Estudo de caso como estratégia de ensino na graduação: Percepção dos graduandos em Enfermagem. **Rev Cuid**, v. 5, n. 1., p. 606-12, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 4, p. 1-22, 2013.

SOUZA, M. G; et al. Prevalência de obesidade e síndrome metabólica em frequentadores de um parque. **Arq Bras Cir Dig**, v. 28, n, 1, p. 31-35, 2015.

VIDIGAL, F. de C.; BRESSAN, J.; BABIO, N.; SALAS-SALVADÓ, J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1198, 2013.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Bruna Germanos Menna Barreto

**A PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO E DIETA NA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE
COLESTEROL E TRIGLICERÍDEOS EM PACIENTES COM SÍNDROME
METABÓLICA ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Porto Alegre

2016

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo, reconhecido por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares com relação direta com a obesidade e a resistência à insulina. A SM possui relação direta com as doenças cardiovasculares, elevando o índice de mortalidade em até 2,5 vezes (BRASIL, 2005).

Nos adultos, existe forte associação entre a obesidade e a doença coronariana. A prevenção dos eventos cardiovasculares baseia-se, principalmente, no controle rigoroso de seus fatores de risco. O tratamento intensivo da elevação dos níveis pressóricos é fator determinante na prevenção de eventos como o Acidente Vascular Encefálico ou o Infarto Agudo do Miocárdio. No Brasil, a Atenção Básica (AB) exercer o papel central na prevenção e controle da HAS e de redução da morbimortalidade pelas doenças cerebrovasculares (DCV), através do cuidado continuado, educação em saúde e detecção precoce de casos (BRASIL, 2013).

No ano de 2015, as doenças cardiovasculares, sendo o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, constituíram a principal causa de morte no país (DATASUS, 2015). No município de Cachoeira do Sul, a mortalidade proporcional por idade devido a doenças do aparelho circulatório gira em torno de 34%, sendo que, em 2008, as DCVs foram responsáveis por 113 óbitos/100.000 habitantes, representada como a principal causa de óbito no município (DATASUS, 2012). A incidência cada vez maior da SM constitui um forte impacto à saúde pública, uma vez que colabora para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de Diabetes Mellitus. Fatores de risco, tais como a obesidade, hipertensão arterial, resistência à insulina e dislipidemia, consistem como parte da SM, ou são fortemente associados à ela (XAVIER et al., 2013).

Conforme dados extraídos dos relatórios de atividades, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Prado, que será o alvo desse estudo, tem-se uma população cadastrada de cerca de 3000 habitantes. Em Cachoeira do Sul, foram cadastrados 2654 novos hipertensos e 725 novos diabéticos, apenas no ano de 2015 (DATASUS, 2015). Foi possível observar, durante o período de trabalho, um alto número de pacientes em acompanhamento em quadros de sobrepeso e obesidade. Além disso, durante as consultas médicas de acompanhamento, foi constatado que esses pacientes possuíam pouco conhecimento acerca das formas de prevenção ao

desenvolvimento da sintomatologia constituinte da SM. Sendo assim, diante do contexto apresentado, o presente Projeto de Intervenção visa colaborar com a redução dos níveis de colesterol e triglicerídeos da população atendida, por meio de orientações acerca da prática de exercícios físicos e de dieta balanceada, de modo que previna-se o desenvolvimento da SM.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Confeccionar cartilhas para os portadores de Síndrome Metabólica com orientações acerca da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, utilizando manuais do Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos específicos:

- Acompanhar e controlar dos níveis séricos de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos por meio da realização de exames laboratoriais;
- Prestar cuidado médico com a finalidade de promover condições de vida saudável ao usuário, compreendendo o contexto social no qual está inserido, contribuindo para sua melhor qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças cardiovasculares são, nos dias atuais, a principal causa de mortalidade da população mundial, independente do nível de desenvolvimento do país estudado, representando aproximadamente 30% do total de mortes. Em nosso país, essa taxa chegou à 32,5% em 2004, atingindo também a população em fase produtiva (FREITAS, 2008).

A associação entre a obesidade e a doença coronariana, no adulto, possui uma relação bem estabelecida, e tal fato levou à criação do termo Síndrome Metabólica. Isso ocorreu devido à necessidade de definir quais indivíduos seriam

mais suscetíveis ao desenvolvimento de eventos cardiovasculares devido à base fisiopatológica comum entre os componentes da síndrome, sendo a obesidade o sintoma principal (BRASIL, 2016).

Desta forma, a Síndrome Metabólica configura-se, portanto, como fator principal, sendo caracterizada pelo acúmulo de anormalidades fisiopatológicas, incluindo obesidade, dislipidemia, resistência à insulina (RI), hiperinsulinemia, intolerância à glicose e hipertensão arterial (AZAMBUJA et al., 2015). Além dessas anormalidades, obesidade visceral, dislipidemia aterogênica e outras comorbidades, como esteato-hepatite não alcoólica e apneia obstrutiva dosono, estão comumente associadas à SM (BRASIL, 2016).

A SM foi descrita pela primeira vez no ano de 1998 pela Organização Mundial da Saúde. Seu principal fator de risco era a RI, e, por isso, era obrigatória sua presença para confirmação do diagnóstico sindrômico. Da mesma forma, se houvesse diagnóstico de outro fator de resistência insulínica, seja ele glicemia de jejum, glicemia pós-prandial ou diabetes tipo 2, em associação a dois fatores de risco adicionais, sejam eles obesidade, hipertensão, hipertrigliceridemia, HDL baixo ou microalbuminúria, era determinado o diagnóstico de distúrbio metabólico. Ainda que os demais fatores de resistência insulínica não fossem utilizados na prática para um diagnóstico concreto da SM, cotidianamente, eram considerados primordiais pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, indivíduos previamente diagnosticados com diabetes, também eram considerados portadores de SM (JUNQUEIRA; COSTA & MAGALHÃES, 2011).

Os limites propostos pela OMS para as comorbidades associadas à resistência insulínica eram descritos como: hipertensão (pressão sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg), triglicerídeos ≥ 150 mg/dL e/ou HDL < 35 mg/dl (< 39 mg/dl para mulheres), índice de massa corpórea (IMC) ≥ 30 Kg/m² e/ou relação cintura quadril aumentada e presença de microalbuminúria (excreção $\geq 20\mu\text{g/ml}$) (POZZAN et al., 2002).

Já a *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* sugere que existam três ou mais sintomas associados para realização do diagnóstico: obesidade centrípeta (cintura maior que 102 cm em homens e maior que 88 cm em mulheres), níveis de triglicerídeos ≥ 150 mg/dl, níveis de HDL < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres, pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg

ou pressão arterial diastólica ≥ 85 mmHg, e glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl (POZZAN et al., 2002).

Em 2002, o *American College of Endocrinology* e a *American Association of Clinical Endocrinologists*, em conferência, concluíram que, quanto maior o número de fatores de risco, maior seria o risco para desenvolvimento da SM. Entre os fatores de risco, foram listados: sobrepeso (com IMC maior de 25Kg/m^2 ou circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres), sedentarismo, idade acima de 40 anos, etnia não caucasóide, histórico de intolerância à glicose (ênfatizando que o teste oral de tolerância à glicose seria o melhor exame para diagnóstico de sensibilidade à glicose), histórico de diabetes gestacional, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, síndrome do ovário policístico, acantosis nigricans e histórico familiar de diabetes tipo 2, hipertensão ou doença cardiovascular (POZZAN et al., 2002).

Portanto, por muitos anos, foram utilizados critérios distintos para definição da SM, considerando-se, de maneira geral, a presença de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, resistência à insulina (RI), medidas de circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC) e disglicemia ou diabetes, nas suas diversas associações (JUNQUEIRA; COSTA & MAGALHÃES, 2011).

Atualmente, no Brasil, o diagnóstico tem sido realizado através de dados publicados em uma diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). A SM é conceituada como um aglomerado de fatores de risco, sendo eles a obesidade central, pressão arterial elevada, níveis elevados de triglicerídeos e glicose e níveis de HDL baixo. A hiperinsulinemia secundária ocorre por conta da diminuição da sensibilidade dos tecidos periféricos, principalmente na musculatura esquelética, devido à ação da insulina. O risco de complicações para portadores da SM é duas vezes maior em eventos cardiovasculares e cinco vezes maior em desenvolver diabetes (OLIVEIRA et al., 2015).

Os índices de limite considerados pela SBC são: obesidade (perímetro da cintura > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres), triglicerídeos elevados (≥ 150 mg/dl ou em tratamento farmacológico), HDL baixo (< 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres ou em tratamento farmacológico), aumento da tensão arterial: PAS ≥ 130 mmHg e/ou PAD ≥ 85 mmHg ou tratamento de hipertensão previamente diagnosticada, Alteração da glicemia em jejum: glicose plasmática em jejum ≥ 110 mg/dl (≥ 100 mg/dl ou DM tipo 2 previamente diagnosticado). Pelo menos três

destes cinco componentes devem estar associados à RI para que seja feito o diagnóstico definitivo da SM (CESAR et al., 2014).

Os fatores comportamentais, como alimentação inadequada e sedentarismo, além da predisposição genética, apresentam-se como fatores principais para o desenvolvimento da SM. Sua prevenção é em nível primário e configura-se como o desafio mundial contemporâneo de repercussão direta na saúde da população, uma vez que atinge taxas de 10-30% em homens e 10-40% das mulheres (JUNQUEIRA; COSTA & MAGALHÃES, 2011). No Brasil, é evidente o número crescente de indivíduos com grau de sobrepeso e obesidade, principalmente aqueles presentes nas camadas de mais baixa renda. A escolha por um estilo de vida mais saudável, com uma dieta adequada e a prática regular de atividade física apresenta-se como essencial na prevenção da SM (BRASIL, 2005).

A OMS recomenda que a obesidade seja o fator de risco principal a ser controlado e, portanto, principal alvo do tratamento da SM. A perda de peso promove melhora do perfil lipídico, redução dos níveis de pressão arterial e glicose, melhora a sensibilidade à insulina e reduz o risco de desenvolvimento de doença aterosclerótica. Para tanto, o tratamento deve ser fundamentado nas modificações do estilo de vida, aumentando a frequência da prática de exercícios físicos e ingestão de uma dieta balanceada (PENALVA, 2008).

O tratamento não-farmacológico baseia-se na realização de um plano alimentar associado à prática de exercício físico, de modo que promova a redução de peso, e é a terapia de primeira escolha para indivíduos diagnosticados com SM. Essa conexão provoca diminuição significativa da medida da circunferência abdominal e de gordura visceral, além de melhorar a sensibilidade à insulina, diminuindo os níveis plasmáticos de glicose e retardando ou, até mesmo, prevenindo o desenvolvimento de diabetes do tipo 2. Essas intervenções também auxiliam na redução da pressão arterial e dos níveis de triglicerídeos, com aumento no nível de HDL (BRASIL, 2005).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Cachoeira do Sul. A metodologia constitui-se na confecção de uma

cartilha com orientações direcionadas aos pacientes portadores de Síndrome Metabólica.

O material educativo impresso tem sido utilizado como meio de passar conhecimentos, sendo definitivo na aderência ao tratamento e autocuidado de pacientes. O uso de material elaborado por profissionais da saúde é recomendado como ferramenta de reforço às orientações verbalizadas. As cartilhas possuem impacto positivo na educação em saúde, e, por isso, deve ser capaz de responder às indagações que possam ocorrer quando o paciente não estiver interagindo com o profissional (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

As ações a serem desenvolvidas por meio desse projeto se darão a partir das seguintes etapas: diagnóstico clínico da Síndrome Metabólica, avaliação laboratorial, acompanhamento através de consultas médicas e orientações.

4.1 Diagnóstico clínico da Síndrome Metabólica:

O objetivo da investigação clínica é a confirmação do diagnóstico, identificando fatores de risco cardiovascular associados. Para isso, deve-se percorrer as seguintes fases:

- 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 (corticosteróides, betabloqueadores, diuréticos).

- Exame físico: medida da circunferência abdominal, níveis de pressão arterial, peso, estatura, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), exame da pele para pesquisa de acantose nigricans, exame cardiovascular (ausculta).

4.2 Avaliação laboratorial:

- Glicemia de jejum

- Dosagem do HDL-colesterol e dos triglicerídeos

- Exames laboratoriais complementares: colesterol total, LDL-colesterol, creatinina, ácido úrico, microalbuminúria²⁰, proteína C reativa²¹ (B, 2B), TOTG

(glicemia de jejum e após duas horas da ingestão de 75g de dextrosol), eletrocardiograma.

4.3 Acompanhamento através de consultas médicas:

As consultas médicas deverão ser realizadas de maneira periódica na Unidade de Saúde, preferencialmente mensais, ou quando houver necessidade.

4.4 Orientações:

- Alimentação adequada: manutenção do balanço energético e do peso saudável; redução da ingestão de calorias sob a forma de gorduras; aumento da ingestão de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais; redução da ingestão de açúcares e sódio;

- Prática de atividades físicas: tipo de exercício físico, frequência, duração, intensidade.

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto utilizará material de consumo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Cachoeira do Sul (SMS – Cachoeira do Sul) para a Unidade Básica de Saúde Prado.

Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none">- Calculadora- Esfigmomanômetro analógico- Estetoscópio- Balança digital- Folhas A4- Impressora- Cadernos de Atenção Básica (CAB Nº 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica; CAB Nº 35 – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica; CAB Nº 29 – Rastreamento; CAB Nº 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica; CAB Nº14 – Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal crônica)
Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none">- Enfermeiros- Técnicos de enfermagem- Pacientes- Acompanhantes

7 RESULTADOS ESPERADOS

Ao por em prática o projeto de intervenção, espera-se contribuir com o serviço de saúde no âmbito da realização da educação em saúde com os usuários, possibilitando maior compreensão sobre os agravantes da Síndrome Metabólica.

Com a confecção das cartilhas, espera-se colaborar com a prática do autocuidado, através das orientações de prevenção e promoção de saúde, bem como promover uma maior conscientização da população sobre as consequências da falta de controle da sintomatologia da síndrome .

Acredita-se ainda que a formulação de cartilhas informativas pode contribuir para facilitar a compreensão das orientações e estimular os trabalhadores de saúde a realizá-las com mais frequência, contemplando mais pacientes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, C. R.; FARINHA, J. B.; ROSSI, D. S.; SPOHR, C. F.; SANTOS, D. L. O diagnóstico da síndrome metabólica analisado sob diferentes critérios de definição. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.482-496 jul./set. 2015. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/728>. Acesso em: 13 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=4. 2012. Acesso: 27 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=4. 2015. Acesso: 27 set 2016.

BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf. Acesso em: 25 set 2016.

BRASIL. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica - Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, supl. 1. São Paulo, Apr. 2005. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.asp>. Acesso em: 28 set 2016.

BRASIL. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001. Acesso em: 28 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>. Acesso em: 27 set 2016.

CESAR, L. A.; FERREIRA, J. F.; ARMAGANIJAN, D.; GOWDAK, L.H.; MANSUR, A. P.; BODANESE, L. C.; et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arq Bras Cardiol**, v.103, n.2, supl. 2, p. 1-60, 2014.

FREITAS, E. D.; FERNANDES, A. C.; MENDES, L. L.; ADRIANO, M. P.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Síndrome metabólica: uma revisão dos critérios de diagnóstico. **Rev. Min. Enferm.**;12(3): 403-411, jul./set., 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/283>. Acesso em: 01 out 2016.

JUNQUEIRA, C. L. C.; COSTA, G. M.; MAGALHÃES, M. E. C. Síndrome Metabólica: o risco cardiovascular é maior que o risco dos seus componentes isoladamente? **Rev Bras Cardiol.** V. 24, n. 5, p. 308-315, set/out 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_07sindrome.pdf. Acesso em: 09 out 2016.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 611-20, jul.-ag. 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf. Acesso em: 21 out 2016.

OLIVEIRA JR, M. T.; CANESIN, M. F.; MARCOLINO, M. S.; RIBEIRO, A. L. P.; CARVALHO, A. C. C.; REDDY, S. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. **Arq Bras Cardiol**, v. 104, n. 5, supl. 1, p. 1-26, 2015.

PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Rev Med.**, v. 87, n. 4, p. 245-50. São Paulo, out-dez 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59086/62072>. Acesso em: 17 out 2016.

POZZAN, R.; POZZAN, R.; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E. C.; FRANÇA, M. F.; FREITAS, E. V.; ZILLI, E. C.; BRANDÃO, A. P. Hipertensão arterial e síndrome metabólica. **Revista da SOCERJ**, v. 15, n. 4, Out/Nov/Dez 2002. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/artigo/hipertensao-arterial-e-sindrome-metabolica/>. Acesso em: 08 out 2016.

XAVIER, H. T.; IZAR, M. C.; FARIA NETO, J. R.; ASSAD, M. H.; ROCHA, V. Z.; SPOSITO, A. C.; FONSECA, F. A.; SANTOS, J. E. dos; SANTOS, R. D.; BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A.; MARTINEZ, T. L. R.; DIAMENT, J.; GUIMARÃES, A.; FORTI, N. A.; MORIGUCHI, E.; CHAGAS, A. C. P.; COELHO, O. R.; RAMIRES, J. A. F. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** v.101, n.4, supl.1. São Paulo, Oct. 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.sp. Acesso em: 03 out 2016.