

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GABRIELA GONÇALVES

**COMBATE A SÍNDROME METABÓLICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAMPO SANTO ANTÔNIO**

**Sabará
2020**

GABRIELA GONÇALVES

**COMBATE A SÍNDROME METABÓLICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAMPO SANTO ANTÔNIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

**Sabará
2020**

Gonçalves, Gabriela.

Combate a Síndrome Metabólica na Unidade Básica de Saúde
Campo Santo Antônio / Gabriela Gonçalves. – 2020.

31 fls. : il.

Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde
da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo
Horizonte, 2020.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica.
3. Diabetes Mellitus. 4. Obesidade. 5. Comportamento Sedentário.
6. Planejamento em Saúde. I. Título.

GABRIELA GONÇALVES

**COMBATE A SÍNDROME METABÓLICA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAMPO SANTO ANTÔNIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

Banca examinadora

Professor Dr. André Luiz dos Santos Cabral, PhD, UFMG

Professora Dra. Selma Silqueira de Matos, PhD, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 2 de junho de 2020

Dedico meu trabalho primeiramente a Deus por estar sempre comigo, me guiando e me direcionando para oferecer um atendimento médico de qualidade e principalmente com amor ao próximo. Dedico também a minha família, a minha equipe de saúde em Sabará e ao meu paciente Senhor Osmério.

Agradeço a Deus, por abençoar meu caminho. A minha família pelo apoio na minha trajetória como médica. A minha orientadora, Polyana, pela ajuda e apoio nos trabalhos. Aos meus colegas, pela força e troca de conhecimento. Ao meu supervisor no programa mais médico, Dr. Lucas Dias, pelo apoio, auxílio e carinho.

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi, em rápida estimativa, conhecer os principais problemas que acometiam a população atendida pela Unidade Básica de Saúde – UBS Campo Santo Antônio, bairro localizado no município de Sabará, região metropolitana de Belo Horizonte, capital mineira, com 9.050 habitantes. Como única equipe de saúde dedicada a área de abrangência, identificamos os principais problemas – os quais fazem parte da rotina de atendimento da equipe – o que nos possibilitou colher informações que nos permitiram detectar causas e consequências dos distúrbios de saúde daquele grupo de habitantes e selecioná-los de acordo com sua importância e relevância. Partindo dessa etapa, de forma mais específica, nossa meta foi procurar propor um plano de intervenção para enfrentamento da questão de saúde prioritizada e apresentar um desenho de operações, identificando recursos críticos; a viabilidade da aplicação de um plano de trabalho; elaborando um plano operativo e sua gestão. Elegemos como prioritária a Síndrome Metabólica, devido ao elevado número de pessoas dislipidêmicas, diabéticas, hipertensas e obesas e que, em sua maioria, possuíam hábitos de vida inadequados identificados rotineiramente nos atendimentos. Além disso, de acordo com nossos registros, levantamos que a população adulto-idosa da área de abrangência padecia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus (15%) e obesidade (25%). Importante ressaltar os nós críticos – problema – da Síndrome Metabólica, tais como os casos de sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, bem como outros fatores sócio-econômicos e culturais, o que pode elevar a morbimortalidade. Em nosso caso específico elegemos os hábitos de vida, principalmente os maus hábitos alimentares (dieta rica em carboidratos, sal e gorduras e baixo consumo de frutas, verduras e fibras alimentares) como nosso alvo. Entendemos o trabalho multidisciplinar, com a participação de nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, como nossas ferramentas de intervenção, bem como palestras sobre a síndrome metabólica e como combatê-la, criação de grupos de atividade física com o fisioterapeuta e interconsulta do médico e nutricionista nos casos mais graves. Percorrido esse caminho, chegamos ao nosso desenho de operações, abordando os seguintes aspectos: Nó crítico; Operação/Projeto; Resultados esperados; Produtos; e, Recursos necessários. Por fim, acreditamos que, atingidos nossos objetivos, tanto a qualidade de vida como a alimentação da população abrangida seria favorecida, impactando-a positivamente. Ressalte-se, entretanto, que o desenho proposto é dinâmico e nada impede seu aperfeiçoamento de acordo com o desenvolvimento das atividades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Obesidade. Comportamento Sedentário. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The general objective of this work was, in quick estimate, to know the main problems that affected the population served by the Basic Health Unit - UBS Campo Santo Antônio, an area located in the city of Sabará, metropolitan region of Belo Horizonte, capital of Minas Gerais, with 9,050 inhabitants. As the only health team dedicated to the area, we identified the main problems - which are part of the team's routine care - which enabled us to collect information that allowed us to detect the causes and consequences of the health disorders of that group of inhabitants and select them according to their importance and relevance. Starting from this stage, in a more specific way, our goal was to try to propose an intervention plan to face the priority health issue and present a design of operations, identifying critical resources; the feasibility of applying a work plan; developing an operating plan and its management. We chose Metabolic Syndrome as a priority, due to the high number of dyslipidemic, diabetic, hypertensive and obese people who, in most cases, had inadequate lifestyle habits identified routinely in the visits. In addition, according to our records, we found that the adult-elderly population in the coverage area suffered from systemic arterial hypertension, diabetes mellitus (15%) and obesity (25%). It is important to highlight the critical nodes - causes of the problem - of Metabolic Syndrome, such as cases of physical inactivity, smoking, alcohol use, inadequate diet, as well as other socio-economic and cultural factors, which can increase morbidity and mortality. In our specific case, we chose life habits, mainly bad eating habits (diet rich in carbohydrates, salt and fats and low consumption of fruits, vegetables and dietary fiber) as our target. We understand multidisciplinary work, with the participation of nutritionists, occupational therapists, physiotherapists, psychologists and social workers, as our intervention tools, as well as lectures on the metabolic syndrome and how to fight it, creation of physical activity groups with the physiotherapist and consultation with the doctor and nutritionist in the most serious cases. Having traveled this path, we arrived at our operations design, addressing the following aspects: Critical node; Operation / Project; Expected results; Products; and, Necessary resources. Finally, we believe that, having achieved our objectives, both the quality of life and the food of the population covered would be favored, positively impacting it. It should be noted, however, that the proposed design is dynamic and nothing prevents its improvement according to the development of activities.

Keywords: Primary Health Care. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Obesity. Sedentary Behavior. Health Planning.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Problemas de Elevada Importância da UBS Campo Santo Antônio	17
Quadro 2	Classificação e Avaliação dos Problemas	18
Quadro 3	Principais problemas levantados na UBS Campo Santo Antônio	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CC	Circunferência da Cintura Abdominal
Cemae	Centro de Atendimento Especializado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
LDL	<i>Low Density Lipoproteins</i>
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento de Estratégia Situacional
Semusa	Secretaria de Saúde
Senac	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SM	Síndrome Metabólica
SNIS	Sistema Nacional de Informações Sobre Saneamento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	Aspectos Gerais do Município de Sabará	12
1.2	Aspectos da Comunidade Campo Santo Antônio	13
1.3	O Secretaria Municipal de Saúde	14
1.4	A Unidade Básica de Saúde Campo Santo Antônio	15
1.5	A Equipe de Saúde da Família 1	15
1.6	O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 1	16
1.7	O Dia a Dia da Equipe 1	16
1.8	Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9	Priorização e Seleção dos Problemas para um Plano de Intervenção (segundo passo)	17
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVO	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivo Específico	20
4	METODOLOGIA	21
5	REVISÃO DE LITERATURA	22
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1	Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)	25
6.2	Explicação do Problema (quarto passo)	25
6.3	Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)	26
6.4	Desenho das Operações (sexto passo)	26

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 28

REFERÊNCIAS 29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município de Sabará

Sabará é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2019, a cidade apresentava população estimada de 136.344 pessoas; população do último censo, de 2010, era de 126.269 pessoas e a densidade demográfica, também de 2010, era de 417,87 hab./km². O município é constituído pelo distrito Sede, Carvalho de Brito, Ravena e Mestre Caetano.

Em 2017, o salário médio mensal era de 2,3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15,1%. Na comparação com o total dos 853 municípios do Estado, ocupava as posições 73, em relação ao salário médio e de 273 em relação à população total. Já na comparação com as 5.570 cidades do país ficava na posição 837 em salário e 2007 em população. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 33,2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 622 entre as cidades do Estado e na posição 3.981 entre as cidades do Brasil.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5,7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4,1. Na comparação com as demais cidades do Estado mineiro (853), a nota dos alunos dos anos iniciais colocava a cidade na posição 587. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 681. A taxa de escolarização em 2010 (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,3, isso posicionava o município na posição 520 entre as 853 cidades do Estado e na posição 3.221 de 5.570 entre as cidades do Brasil.

Em 2017, a taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 15,72 para cada mil crianças nascidas vivas. Em 2016, as internações devido a diarreia eram de 0,2 para cada mil habitantes. Ao compararmos com a totalidade dos municípios mineiros (853), ficava na posição 434, em taxa de mortalidade, e 566 em internações por diarreia. Quando comparado às 5.570 cidades do Brasil, essas posições são de 3187 e 4284, respectivamente.

No ano de 2010, Sabará apresentava 88,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 21,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado aos 853 municípios do Estado, ficava na posição 94, 399 e 423 de 853, respectivamente. Já quando comparado às outras 5.570 cidades do Brasil, sua posição era de 3360 e 1755, respectivamente.

Necessário que se ressalte que todos os dados citados nos parágrafos anteriores foram coletados junto ao site do IBGE, devidamente citado nas Referências Bibliográficas deste trabalho.

Para melhor situar o município acrescentamos mais algumas informações. De acordo com o site do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – Senac, Descubra Minas, Sabará foi elevado a município em 6 de março de 1838; tem área de 302,173 Km², faz limite com os municípios de Santa Luzia, Belo Horizonte, Nova Lima, Raposos, Caeté e Taquaraçu de Minas. Compõe a Mesorregião Central e a Região Metropolitana de Belo Horizonte. De clima tropical, tem temperatura média anual de 19°C, sendo a média máxima anual de 29°C e média mínima anual de 10°C, com estação seca de abr. a out. e chuvosa de nov. a março. A vegetação predominante é o cerrado. E suas principais atividades econômicas são a extração de minerais metálicos e não metálicos; fabricação de artigos de borracha e plástico, produtos alimentícios e bebidas, produtos químicos; apresenta metalurgia básica; e tem no couro uma atividade considerável em preparação, fabricação de artefatos, artigo para viagens e calçados.

1.2 Aspectos da Comunidade Campo Santo Antônio

Campo Santo Antônio é uma comunidade com cerca de 9.050 habitantes, localizado em uma área nobre de Sabará, próximo ao centro. Formou-se a partir do crescimento da cidade, possuindo grande número de trabalhadores rurais. Hoje, a maioria da população da área de abrangência, aproximadamente 70%, é aposentada pela empresa Belgo Mineira, as demais pessoas trabalham em Belo Horizonte ou no arraial velho (bairro de Sabará só de empresas, como fábrica de reciclagem, peças de caminhão, fabricas de colchão etc.). A estrutura de saneamento básico na

comunidade é boa, a maioria tem saneamento básico, e a coleta de lixo é adequada. Além disso, parte da comunidade vive em moradias satisfatórias, classe media/media alta. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas, festival da jabuticaba e a páscoa. No Campo Santo Antônio há apenas uma equipe de saúde, ficando grande área descoberta.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

A vigilância em saúde de Sabará é precária, é financiada principalmente pelo Fundo Municipal de Saúde, administrado pela Secretaria de Saúde – Semusa. A transferência de verba se dá pelo Governo Federal e pelo Estado de Minas Gerais.

A atenção primária é composta por quinze unidades básicas de saúde. A atenção especializada é composta pelo Centro de Atendimento Especializado – Cemae. A cobertura da atenção à urgência e emergência se dá pelas duas Unidades de Pronto Atendimento – UPAS da cidade e a hospitalar pelos hospitais Cristiano Machado e Santa Casa de Sabará. Os exames são realizados na Policlínica. Exames complexos, de alto custo, como tomografia computadorizada são referenciados para Belo Horizonte. A assistência farmacêutica é prestada através das vinte farmácias da região, sendo a rede Drogaria da Vovó a predominante.

Os pacientes são referenciados para Belo Horizonte e Lagoa Santa. A maioria da população não possui consórcio de saúde, os que possuem realizam atendimento em Belo Horizonte. O modelo de atenção é predominantemente curativo, focado na doença, com poucas ações de prevenção e promoção devido a elevada demanda e reduzido número de profissionais.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Campo Santo Antônio

A Unidade de Saúde da UBS Campo Santo Antônio foi inaugurada em dezembro de 2016. Está situada em área próxima ao centro da cidade de Sabará. O local foi construído com a finalidade de ser a Unidade Básica de Saúde, portanto sua estrutura é nova e o espaço físico excelente.

Embora a área destinada à recepção seja adequada, nos horários de pico de atendimento, principalmente na parte da manhã, enfrenta-se certo tumulto. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muitas pessoas têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a varanda, com vista para a montanha e é muito agradável.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria unidade. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Contamos com sala de vacina, sala de curativos, mesa ginecológica e consultório médico.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 1

A equipe de saúde da família da UBS Campo Santo Antônio é formada pelos seguintes profissionais: Rosa, gerente da unidade, gerencia a unidade com muito afinco; Nália, Agente Comunitária de Saúde – ACS, responsável pela micro área 1; Gisele ACS micro área 2; Cristian, ACS micro área 3; Cida, ACS micro área 4; Claudilene, técnica de enfermagem; Edith, técnica de enfermagem; Aline, enfermeira da Estratégia Saúde da Família – ESF; Gabriela Gonçalves, fisioterapeuta e médica, atua no Programa Mais Médicos desde dezembro/2018 na cidade de Sabará.

1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 1

A Unidade de Saúde funciona das 7 às 17 horas. As ACS ficam na recepção para auxiliar no atendimento aos usuários, principalmente na parte da manhã (momento do acolhimento). Essa ajuda torna o acolhimento organizado e colabora bastante com a enfermeira porque as ACS separam os prontuários dos pacientes e os deixam organizados em ordem de chegada para serem chamados. Além disso, elas limitam o número de atendimentos e informam os pacientes quando as vagas para o dia se encerram.

1.7 O Dia a Dia da Equipe 1

O tempo da Equipe está ocupado com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte – realizada todos os dias pela manhã) e com o atendimento de alguns programas, como: visitas domiciliares (à tarde das terças-feiras), pré-natal (à tarde das quartas-feiras), puericultura (realizadas pelo pediatra), controle de câncer de mama e ginecológico (realizadas pelo ginecologista), atendimento a hipertensos e diabéticos (Grupo “Hiperdia” realizado às quintas-feiras à tarde), e consultas agendadas (realizadas às sextas-feiras à tarde). Os grupos de hipertensos e diabéticos, o “Hiperdia”, funciona às quintas-feiras à tarde e tem boa adesão da população. É realizada uma palestra para os usuários e depois as receitas são renovadas. O inconveniente que encontramos nesse âmbito é o desejo dos pacientes em realizarem consultas para apresentarem suas queixas e solicitarem exames, o que foge ao objetivo do grupo.

1.8 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir de uma estimativa rápida foi possível identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência UBS e produzir informações que nos permitiram conhecer as causas e as consequências dos problemas. Os problemas foram selecionados de acordo sua importância e relevância para a população e aqueles que

são muito abordados na prática pela equipe. Todos os problemas citados fazem parte da rotina da equipe na UBS e são os motivos mais frequentes de atendimento.

Quadro 1 – Problemas de Elevada Importância da UBS Campo Santo Antônio

PROBLEMAS DE ELEVADA IMPORTÂNCIA	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO
Má alimentação em pacientes com síndrome metabólica	Média (2)
Baixo nível educacional	Baixa (3)
Não adesão ao tratamento medicamentoso	Baixa (3)
Uso de álcool e drogas	Baixa (3)
DST	Média (2)

Fonte: a autora

1.9 Priorização e Seleção dos Problemas para um Plano de Intervenção (segundo passo)

Os problemas devem ser priorizados quanto a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento, uma vez que dificilmente todos poderão ser enfrentados simultaneamente, principalmente pela falta de recursos.

Os problemas foram selecionados de acordo com a relevância e importância para a população e aqueles abordados frequentemente na prática rotineira da equipe.

Quadro 2 – Classificação e Avaliação dos Problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Má alimentação em pacientes com síndrome metabólica	Alta	8	Parcial	1
Baixo nível educacional	Alta	5	Fora	4
Não adesão ao tratamento medicamentoso	Alta	5	Parcial	2
Uso de álcool e drogas	Alta	5	Parcial	2
DST	Alta	5	Parcial	2

Fonte: a autora

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pelo elevado número de usuários atendidos diariamente com Síndrome Metabólica e que possuem hábitos de vida ruins, como má alimentação e sedentarismo. A Equipe 1 possui elevado número de pessoas dislipidêmicas, diabéticas, hipertensas e obesas e que, em sua maioria, possuem hábitos de vida inadequados. De acordo com os registros da equipe, 23% da população adulto-idosa da área de abrangência padecem de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, 15% de Diabetes Mellitus – DM e 25% de Obesidade.

A Síndrome Metabólica – SM é uma “doença” da civilização atual. Sua causa é uma combinação de má alimentação (típica dos dias atuais) e sedentarismo. É definida como associação de dislipidemia, hipertensão, diabetes e obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia é importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes, além da elevação do risco de incapacidade parcial e permanente (OLIVEIRA, 2004). Por isso é muito importante a abordagem da alimentação saudável junto a esses usuários. Por meio dela é possível alterar o curso da SM e garantir qualidade de vida, saúde e aumento da sobrevida.

É importante elucidar que determinados hábitos de vida, tais como o sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, bem como fatores sócio-econômico e cultural influenciam na incidência e prevalência de doenças com elevado risco cardiovascular. A sinergia de todos esses fatores pode levar a um aumento da morbimortalidade e suas consequências para a sociedade. A fim de minimizar esses fatores de risco, necessita-se de políticas de saúde que visem um modelo assistencial de prevenção, a partir da educação em saúde em diferentes esferas. Destaca-se também a importância do processo de reabilitação e reinserção social dos usuários que já possuem algum tipo de limitação imposta por sua condição de saúde.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Conhecer a área de abrangência e levantar os principais problemas que acometem a população atendida através de uma estimativa rápida.

3.2 Objetivo Específico

Propor um plano de intervenção para a melhoria dos hábitos de vida dos indivíduos com Síndrome Metabólica do Centro de Saúde Campo Santo Antônio, localizado no município de Sabará.

4 METODOLOGIA

Para se alcançar o objetivo desse trabalho, que é propor um plano de intervenção para a melhoria dos hábitos de vida dos indivíduos com Síndrome Metabólica do Centro de Saúde Campo Santo Antônio, é necessário seguir 10 etapas, como previsto no Planejamento Estratégico Situacional – PES. Essas etapas se relacionam com os nós críticos e possibilitam a intervenção direcionada e efetiva para o combate do problema.

Assim, a metodologia é feita através de definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; viabilidade do plano; elaboração do plano operativo; gestão do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram utilizadas as bases de dados do IBGE; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus; Sistema de Informação da Atenção Básica – Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Para consulta na literatura utilizamos os seguintes sites de busca: *Scientific Electronic Library Online* – Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs e PubMed. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: atenção primária à saúde, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, estilo de vida sedentário, planejamento em saúde.

Resumindo, a metodologia foi composta por três momentos distintos, porém, inter-relacionados: diagnóstico situacional utilizando o método e estimativa rápida, elaboração de uma pesquisa narrativa da literatura e a elaboração do projeto de intervenção utilizando o PES.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Picon et al. (2006), a Síndrome Metabólica apresenta uma situação clínica caracterizada por um agrupamento de fatores de risco para a doença cardiovascular, entre eles a HAS, a dislipidemia, a obesidade visceral e as manifestações de disfunção endotelial. Está associada a aumento de risco de evento cardiovascular em longo prazo, assim como desenvolvimento de Diabetes Mellitus II – DM2.

A Organização Mundial da Saúde – OMS sugeriu, em 1999, uma definição da SM baseada nos seguintes dados clínicos e laboratoriais: glicemia de jejum, resistência a ação da insulina, pressão arterial, circunferência da cintura e do quadril, Índice de Massa Corporal – IMC, triglicérides, HDL e microalbuminúria. Dessa forma, os indivíduos são classificados como portadores de SM quando possuem a presença de anormalidade da tolerância à glicose ou a resistência a insulina e dois ou mais dos seguintes critérios: hipertensão arterial sistêmica (PA>140/90 mmHg), elevação de triglicérides séricos (>150mg/dL) e/ou diminuição do colesterol (HDL<35 mg/dL, para homens e HDL<35 mg/dL, para mulheres), relação cintura quadril elevada (>0,90 para homens e >0,85 para mulheres) e/ou IMC (>30Kg/m²) e microalbuminúria (taxa de excreção de albumina >20 µg min) (PICON et al., 2006). Assim, esses critérios são fatores de risco para a Síndrome Metabólica e devem ser prevenidos e combatidos.

A resistência insulínica é considerada a base fisiopatológica da Síndrome Metabólica desde a sua primeira descrição, quando foi denominada Síndrome X. Além de contribuir para a intolerância à glicose e diabetes, hipertensão arterial, aumento dos triglicerídeos e diminuição do colesterol HDL, a resistência insulínica se associa a aumento do ácido úrico no sangue, diminuição do volume das partículas de colesterol LDL, aumento da lipemia pós-prandial, retenção de sódio, aumento da atividade do sistema nervoso simpático, aumento do fibrinogênio, disfunção endotelial e, em mulheres no menacme, à síndrome dos ovários policísticos (MEIRELLES et al., 2014).

A hipertensão arterial, o diabetes e o conjunto de sinais que compõem a condição denominada Síndrome Metabólica são altamente frequentes na América Latina e ocorrem frequentemente como condições associadas (JARAMILLO et al., 2014). Vários autores consideram a obesidade central (abdominal) como o principal

fator causal na SM e deve ser incluída como obrigatória no diagnóstico (BARSOSA et al., 2006).

Ainda segundo o autor supracitado, a obesidade central associa-se de modo independente, com plausibilidade biológica, com os componentes da SM e com a resistência insulínica. Comparada às medidas antropométricas tradicionais, a Circunferência da Cintura Abdominal (CC) tem-se mostrado superior ao Índice da Massa Corpórea (IMC) e à relação cintura quadril para identificar adiposidade visceral; por conseguinte, risco cardiovascular.

O mecanismo pelo qual a distribuição central da adiposidade causa resistência à insulina já é bem conhecido. Depósitos viscerais de triglicerídeos possuem *turnover* mais acelerado que o de outras regiões, aumentando a oferta de ácidos graxos livres no sistema porta, que estimulam a gliconeogênese e inibem a depuração hepática da insulina, contribuindo para elevar a glicemia, a insulinemia e a resistência insulínica (LERARIO et al., 2002). Além disso, sabe-se que não apenas o IMC, mas também o ganho de peso durante a vida adulta associa-se a risco elevado de DM e doenças cardiovasculares.

Segundo Luna et al. (2006), os principais fatores de risco que se associam a uma maior chance de desenvolver Síndrome Metabólica são: antecedentes familiares de DM 2, diabetes melitus gestacional, macrossomia, baixo peso ao nascer, desnutrição infantil, alta mortalidade perinatal e/ou presença temporária de doença cardiovascular precoce em familiares de primeira ordem, hábito sedentário, dieta rica em gorduras animais, raça, baixo nível sócio-econômico, história de dislipidemia, obesidade e hipertensão, hiperandrogenismo na mulher e *acantosis nigricans*.

O diagnóstico de SM pode ser útil para a identificação de indivíduos nos quais se pode realizar prevenção primária de diabetes mellitus, hipertensão e doenças cardiovasculares. Estudos epidemiológicos têm demonstrado relação direta entre inatividade física e a presença de múltiplos fatores de risco como os encontrados na síndrome metabólica. Além disso, revelam também a forte relação entre inatividade física e presença de fatores de risco cardiovascular como hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade. Por outro lado, a prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, seus fatores de risco, e outras doenças crônicas (CIOLAC et al., 2004). Assim, a prática de atividade física é um importante fator para a prevenção e tratamento da síndrome metabólica.

Além disso, ações preventivas e estímulo ao comportamento de autocuidado são frequentemente indicados como tratamento de primeira linha para portadores de SM. No entanto, estudos envolvendo questões psicoculturais com pacientes de SM relatam baixa adesão às mudanças de hábitos, sobretudo no que se refere às práticas alimentares e ao estilo de vida (VIEIRA et al., 2010).

Considerando a crescente tendência do sobrepeso e obesidade na população brasileira e a sua associação com fatores de risco cardiovasculares, intervenções visando reduzir o peso corporal, em especial à gordura central, são de extrema importância para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares na população (REZENDE et al., 2006). Assim, uma alimentação saudável e um acompanhamento clínico-nutricional é de extrema importância para a redução dos riscos de doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida da população.

Logo, é importante a adoção de medidas que permitam o diagnóstico precoce dos fatores de risco associados à síndrome metabólica. Pois é a partir desse diagnóstico que medidas como alteração do hábito de vida e prática de atividades físicas podem ser implementadas, visando uma melhor qualidade de vida da população e evitando agravos na saúde. Destaca-se as consultas de rotina como momento oportuno para colocar em prática essas medidas, a fim de produzir impacto positivo na saúde pública, na promoção de saúde e prevenção de doenças.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do Problema Selecionado (terceiro passo)

Para solucionar um problema é preciso avançar em sua compreensão, caracterizando-o e descrevendo-o melhor. A primeira intervenção encontrada foi a má alimentação em pacientes com Síndrome Metabólica. Esse problema foi levantado porque são atendidos diariamente pacientes dislipidêmicos, diabéticos, hipertensos e obesos e que, em sua maioria, possuem uma alimentação inadequada. De acordo com os registros da UBS, 23% da população adulto-idosa da área de abrangência de nossa equipe padece de HAS, 15% de DM e 25% obesidade.

6.2 Explicação do Problema (quarto passo)

A SM é uma “doença” da civilização atual. Sua causa é uma combinação de má alimentação (típica nos dias atuais) e sedentarismo. É definida como associação de dislipidemia, hipertensão, diabetes e obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia é importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes, além da elevação do risco de incapacidade parcial e permanente. Por isso, é muito importante a abordagem da alimentação saudável nesses pacientes, pois, por meio dela, podemos alterar o curso da SM e garantir qualidade de vida e saúde a esses pacientes, além de aumento da sobrevida.

É importante elucidar que determinados hábitos de vida, tais como o sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, bem como fatores sócio-econômico e culturais influenciam na incidência e prevalência de doenças com elevado risco cardiovascular. A sinergia de todos esses fatores pode levar a um aumento da morbimortalidade e suas consequências para a sociedade. A fim de minimizar esses fatores de risco, necessita-se de políticas de saúde que visem um modelo assistencial de prevenção, a partir da educação em saúde em diferentes esferas. Não podemos deixar de enfatizar a importância do processo de reabilitação e reinserção social dos usuários que já possuem algum tipo de limitação imposta por sua condição de saúde.

6.3 Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)

A seleção de nós críticos, ou seja, a identificação das causas do problema é fundamental, pois só a partir desse conhecimento é possível enfrentar o problema e para ele encontrar solução.

A partir da definição de nó crítico proposta por Campos, Faria e Santos (2010): “um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’ é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”, elegemos os hábitos de vida, principalmente os maus hábitos alimentares (dieta rica em carboidratos, sal e gorduras e baixo consumo de frutas, verduras e fibras alimentares) como nosso alvo de intervenção. Acreditamos que com a ajuda do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf, que conta com nutricionista, poderemos dar uma ajuda especializada em relação à alimentação adequada para cada paciente. Além disso, através do trabalho multidisciplinar poderemos dar uma assistência mais ampla para o paciente, atendendo todas as demandas do mesmo, em uma ação conjunta da Estratégia Saúde da Família – ESF e do Nasf (composto por nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social). Sugerimos também a criação de grupos, com palestras sobre a síndrome metabólica e como podemos combatê-la. Além disso, grupos de atividade física com o fisioterapeuta e interconsulta do médico e nutricionista com nos casos mais graves.

6.4 Desenho das Operações (sexto passo)

O desenho das operações é o início da elaboração do plano de ação propriamente dito. Nele são traçadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema e são descritas as operações para enfrentar os nós críticos – vide Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Principais problemas levantados na UBS Campo Santo Antônio

Nó crítico	maus hábitos alimentares	Hábito e estilo de vida inadequado (sedentarismo)	Hábitos e estilo de vida extremamente inadequados
Operação/ Projeto	Saúde e modificar estilo alimentar	Saúde e prática de atividade física	Saúde e melhora do hábito alimentar
Resultados esperados	Diminuir em 10% ao ano o número de obesos na UBS	Controle da PA, diabetes e obesidade na população com Síndrome metabólica	Redução em 30% ao ano dos casos extremos de Síndrome metabólica (obesos, diabético e hipertensos de difícil controle)
Produtos	Grupo operativo: “Comendo bem” – coordenado pela nutricionista do NASF	Grupo operativo: mexa-se	Atuação multidisciplinar, Interconsulta nutricionista e médico (trabalho multidisciplinar mensal nos casos mais graves de síndrome metabólica)
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: folhetos educativos Político: conseguir local e mobilização social	Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: folhetos educativos e recurso audiovisual Político: conseguir local e mobilização social	Cognitivo: informação sobre o tema. Organizacional: reuniões mensais entre o médico e o nutricionista para debate dos casos mais graves e melhor atuação.

Fonte: a autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No diagnóstico situacional realizado na Unidade Básica de Saúde Campo Santo Antônio a síndrome metabólica foi identificada como um problema de alta relevância. Dentre os nós críticos levantados destacaram-se os hábitos de vida inadequados e a má alimentação. Logo, visando o combate desse mal, faz-se necessário a adoção de medidas como as sugeridas no desenho das operações (Quadro 3 acima). Através delas, tanto a qualidade de vida como a alimentação da população abrangida seria favorecida, impactando-a positivamente. Caso as medidas adotadas não obtenham o êxito desejado, o plano deve ser repensado e readequado às realidades encontradas, a fim de combater com eficiência e eficácia os nós críticos. Esse plano envolve a Secretaria Municipal de Saúde e a realização de atividades supervisionadas diretas com academia da cidade (ainda não implementada na cidade de Sabará), além do apoio do Núcleo de Saúde da Família para abordagem multidisciplinar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA. P. et al. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre a síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2006; 87: 407-414.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**, 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 22 maio 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 22 maio 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Saúde Campo Santo Antônio. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 maio 2015.

CIOLAC, E. G.; GUIMARAES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica - **Rev bras med esporte**, 2004. Disponível em SciELO Brasil. Acesso em: 22 maio 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 22 maio 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 22 maio 2015.

FILHO, R. F.; MARIOSIA, L.; FERREIRA, S. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação - **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**, 2006 – Disponível em: <bases.bireme.br>. Acesso em: 22 maio 2015.

GRUNDY S, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung and blood institute. **Scientific Statement. Circulation**, 112: 2735-2752 2005.

JARAMILLO , P. et al. Consenso latino-americano de Hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia** 2014;58/3.

LEAL, J. Um resumo do estado da arte acerca da Síndrome Metabólica. Conceito, operacionalização, estratégias de análise estatística e sua associação a níveis distintos de actividade física. Porto. *Portugal*. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto** v.9 n.2-3, 2009.

LERÁRIO D. et al. Excesso de peso e gordura abdominal para a Síndrome Metabólica em nipo-brasileiros. **Revista de Saúde Pública** 2002;36(1):4-11.

LUNA, R. Síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2007; 88(5): e124-e126.

MEIRELLES R. et al. Menopausa e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. 2014;58/2.

OLIVEIRA, C. L.; MELLO, M.T; CINTRA, I. P. FISBERG, M. Obesidade e Síndrome Metabólica na infância e adolescência - **Revista de nutrição**, 2004. <bases.bireme.br>. Acesso em: 22 maio 2015.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local** (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

PICON, P. et al. Análise dos critérios de definição da Síndrome Metabólica em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia** vol 50 nº 2 Abril 2006.

SENAC - DESCUBRA MINAS. Destino. Sabará. **Informações Básicas**. Disponível em: <http://www.descubraminas.com.br/Turismo/DestinoPagina.aspx?cod_destino=10&cod_pgi=2167>. Acesso em: 5 maio 2020.

REZENDE, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 87, n. 6. 2006.

VIEIRA, C. M. et al. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Revista de Nutrição**. Campinas, 23(3):425-432, maio/jun., 2010.