

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

Samanta Mascarenhas Vasquez

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR A SÍNDROME METABÓLICA
NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE BENEDITO ZEFERINO DO MUNICÍPIO DE CAMANDUCAIA –
MINAS GERAIS: uma abordagem não medicamentosa**

Campos Gerais – Minas Gerais

2020

Samanta Mascarenhas Vasquez

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR A SÍNDROME METABÓLICA NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BENEDITO ZEFERINO DO MUNICÍPIO DE CAMANDUCAIA – MINAS GERAIS: uma abordagem não medicamentosa

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Campos Gerais – Minas Gerais

2020

Samanta Mascarenhas Vasquez

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR A SÍNDROME METABÓLICA NA POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BENEDITO ZEFERINO DO MUNICÍPIO DE CAMANDUCAIA – MINAS GERAIS: uma abordagem não medicamentosa

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14/08/2020.

Dedico este trabalho aos que sempre acreditaram em meu potencial e me acompanham em minha jornada na medicina, principalmente minha mãe, Márcia Torres, e meu marido.

Fidelix Monteiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de estudar e ser médica. Agradeço à minha família que sempre me apoiou.

Agradeço principalmente à orientadora Maria Rizeide Negreiros de Araújo pela paciência, dedicação e enorme ajuda para concretizar este trabalho.

RESUMO

Na Unidade Básica de Saúde Ponte Nova, localizada em Camanducaia, em Minas Gerais, observou-se após diagnóstico situacional uma alta prevalência de síndrome metabólica e suas doenças correlacionadas. As pessoas com a doença desconhecem a importância e o impacto que a abordagem não medicamentosa da síndrome metabólica promove em seu prognóstico. A síndrome metabólica é um importante problema de saúde pública na atualidade, pois acarreta ao aumento da morbimortalidade da população e aumento dos gastos públicos com prevenção terciária e quaternária. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para estimular a adoção de medidas não farmacológicas na prevenção e tratamento da síndrome metabólica e nas comorbidades associadas. Foi feita uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para fundamentação teórica do plano de intervenção. O plano foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que com as ações propostas haja um melhor controle da síndrome metabólica nos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica. Obesidade. Atividade física.

ABSTRACT

At the Ponte Nova Basic Health Unit, located in Camanducaia, Minas Gerais, a high prevalence of metabolic syndrome and its correlated diseases was observed after a situational diagnosis. People with the disease are unaware of the importance and impact that the non-drug approach to metabolic syndrome has on their prognosis. Metabolic syndrome is an important public health problem currently, as it causes an increase in population morbidity and mortality and an increase in public spending on tertiary and quaternary prevention. This work aims to develop an intervention plan to encourage the adoption of non-pharmacological measures in the prevention and treatment of metabolic syndrome and associated comorbidities. A bibliographic search was made in the databases of the Virtual Health Library for the theoretical basis of the Intervention Plan. The plan was developed following the steps of strategic situational planning. It is expected that the proposed actions will reduce the metabolic syndrome in patients with chronic non-communicable diseases.

Keywords: Metabolic Syndrome. Obesity. Physical activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti inflamatório não esteroidal
APS	Atenção Primária à Saúde
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension (abordagens dietéticas para parar a hipertensão)
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins ou lipoproteína de alta densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LDL	Low Density Lipoproteins ou lipoproteína de baixa densidade
NCEP-ATP III	National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III)
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SM	Síndrome Metabólica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponte Nova, Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva, município de Camanducaia, estado de Minas Gerais. 18
- Quadro 2** – Componentes da Síndrome Metabólica 24
- Quadro 3** – Operações sobre a falta de rastreamento e diagnósticos relacionados ao problema “Síndrome metabólica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais. 32
- Quadro 4** – Operações sobre a ineficiência da equipe multiprofissional para intervir na “Síndrome metabólica: abordagem no tratamento não medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais. 33
- Quadro 5** – Operações sobre o baixo nível educacional da população sobre a “Síndrome metabólica: abordagem no tratamento não medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais. 35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, da Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ponte Nova	14
1.7 O dia a dia da equipe Ponte Nova	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Síndrome Metabólica	22
5.1.1 Tratamento da Síndrome Metabólica	24
5.2 Obesidade	25
5.3 Alimentação adequada	25
5.4 Atividade Física	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	29
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Camanducaia é uma cidade com uma população estimada de 21.770 habitantes (IBGE, 2019). O município está localizado na região sul do estado de Minas Gerais e distante 457 km da capital Belo Horizonte.

Camanducaia possui maior renda com o agronegócio, estimulado pelos fatores essenciais de produção como solo fértil, água em abundância, biodiversidade e o clima ameno. O município é produtor principalmente de batata, couve-flor, brócolis, milho, feijão, leite e seus derivados, carne bovina e suína. Destaca-se também o plantio de árvores de reflorestamento que alimentam o mercado da construção civil e fabricação de móveis (CAMANDUCAIA, 2020). No município estão alocadas algumas filiais de grandes empresas como a Lear Corporation, Melhoramentos, Leggett & Platt do Brasil, Uniminas Agro Industrial e Indústria de embalagens Tocantins.

O município não disponibiliza muitas atividades de lazer e cultura à sua população, motivo pelo qual buscam com frequência cidades vizinhas. Camanducaia tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,689, e escolarização de 6 a 14 anos de 98,2% (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município possui cinco equipes de saúde da família atuando uma em cada distrito da cidade, a saber: Estratégia Saúde da Família (ESF) Monte Verde (distrito em área rural), ESF São Mateus (distrito em área rural), ESF Ponte Nova (área rural) e duas na área urbana da cidade a ESF Loteamento Tancredo Neves e a ESF Cruzeiro.

Camanducaia conta também com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para auxiliar o atendimento das pessoas com sofrimento mental.

Possui um hospital para atendimento de urgência e emergência, internações e centro cirúrgico para cirurgias eletivas, que infelizmente apresenta muitas dificuldades administrativas, de funcionários e financeiras para poder funcionar com a maestria necessária para atender corretamente a população.

Para atendimentos de atenção terciária e diversos especialistas que não se encontram disponíveis no município, a população é referenciada a outros municípios da região como Cambuí, Extrema e Pouso Alegre. O hospital de referência é o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, localizado em Pouso Alegre, que dista aproximadamente 70 km do município.

Possui como principal suporte para os atendimentos em exames, imagens e consultas de especialidades o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Médio Sapucaí (CISAMESP), principal forma de intermediar as consultas até Pouso Alegre.

1.3 Aspectos da comunidade

Ponte Nova é um bairro pertencente ao município de Camanducaia na região sul do estado de Minas Gerais. Está localizado na Serra da Mantiqueira. Seu clima é tropical de altitude. Apresenta sensação térmica amena no verão e temperaturas baixas nas estações do outono e inverno, com registros de índices negativos entre os meses de junho a agosto e alta incidência de geada.

A comunidade é constituída pelas seguintes localidades: Bairro Ponte Nova, Bairro Jaguari de Cima, Bairro Jaguari do Meio, Bairro Jaguari de Baixo, Bairro Quilombo, Bairro Pitangueiras, Bairro Água Espalhada, Bairro Toco, Bairro Melhoramentos, Bairro Bom Jardim, Bairro Campo Grande, Bairro Rincão.

Dentre as atividades econômicas da zona rural de Camanducaia abrangidas pela UBS, destacam-se: agricultura com cultivo predominante de brócolis, batata, mandioca, hortaliças e pinhão; pecuária de corte e de leite; produção de derivados lácteos como doces, queijos e iogurtes; piscicultura, com predominância da criação de trutas; cultivo de árvores para fabricação de papel.

Nos bairros atendidos há coleta de lixo pela prefeitura, porém não dispõem de coleta de esgoto, sendo que os encanamentos da maioria das casas despejam dejetos diretamente nos rios da região. Alguns lares possuem sistema de fossa. O sistema de abastecimento de água é feito em sua grande maioria por minas, sendo que apenas duas microáreas apresentam sistema público de abastecimento de água.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva

A Unidade de Saúde da Equipe da Ponte Nova foi inaugurada em 2016 e se localiza no bairro Ponte Nova, próxima à igreja do bairro. A sede da UBS foi construída especificamente para abrigar a equipe e suas atividades. A UBS encontra-se em situação regular, pois há problemas no sistema de esgoto e encanamento de água, não funcionando adequadamente os banheiros e com mau cheiro nas pias.

Infelizmente, a sede da UBS não é de fácil acesso a todas as pessoas que atendemos devido às estradas de terra e à distância entre os bairros. A área destinada à recepção é pequena, mas é suficiente para atender a demanda. Não dispomos de uma sala de reunião, por isso as reuniões de equipe são realizadas na sala da enfermagem ou na sala do médico.

A unidade tem apenas alguns equipamentos básicos como a autoclave, eletrocardiograma, mesa ginecológica e nebulizador, porém não dispomos de Desfibrilador Externo Automático (DEA) ou sala adequada para pequenos procedimentos cirúrgicos. Frequentemente faltam medicamentos básicos como anti-inflamatórios não esteroidais (AINE). A UBS não dispõe de uma farmácia própria, sendo que todos os pacientes que necessitam retirar medicações precisam se direcionar até a farmácia no centro da cidade, distando 30 minutos de carro. Lembrando que no bairro ou nos bairros vizinhos não há nenhuma farmácia.

A coordenadora da UBS é a enfermeira da equipe. Esta sempre busca formas de aperfeiçoar o atendimento e conseguir melhorias à UBS. Ela também é a principal responsável por gerenciar o processo de trabalho e garantir a qualidade do cuidado prestado à população.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, da Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva.

A ESF Ponte Nova é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Na UBS tem uma sala para atendimento odontológico, porém ainda nenhum cirurgião dentista foi designado para trabalhar pelo fato do consultório necessitar de manutenção de suas instalações.

Os determinantes de saúde que mais influenciam a população da zona rural da Ponte Nova são o tipo de trabalho que a maioria da população realiza, ou seja, um trabalho braçal e autônomo. Esse tipo de serviço influencia na carga horária trabalhada, que costuma ser maior que a regulamentada e na falta de benefícios previdenciários. O determinante de saúde socioeconômico também é um aspecto importante a considerar, visto que, boa parte da população tem baixa renda e dependem muito do serviço público de saúde. Boa parte da população trabalha na fábrica Melhoramentos e em prestação de serviços no Distrito de Monte Verde, região turística.

Os bairros não dispõem de locais para promoção de saúde como quadras ou academias, sendo muito carentes nesse incentivo à prática de atividade física.

A promoção à saúde é realizada principalmente durante as consultas e pelos profissionais da equipe de saúde, através das visitas domiciliares e dos atendimentos em bairros. Fica evidente que esse é um aspecto que precisa ser abordado com maior ênfase e aprimorado.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ponte Nova

A UBS funciona das 08:00h às 12:00h, ficando fechada durante o período da tarde para que a equipe realize os atendimentos em bairros. No horário de atendimento permanecem na unidade apenas a técnica de enfermagem, a enfermeira e a médica.

Na maioria dos bairros em que se atende há uma boa estrutura, com mesa, cadeiras, macas e mesas ginecológicas em alguns bairros, possibilitando a coleta de citologia oncótica. Todos os dias os atendimentos nos bairros são realizados no período da tarde.

Duas vezes por mês, um psicólogo vai até a unidade para realizar atendimento às pessoas que precisam de acompanhamento psicológico. Infelizmente, o tempo disponível é muito restrito, mas há possibilidade de ampliação do tempo do psicólogo se a demanda aumentar.

A equipe da UBS tem uma ótima integração e cooperação, realizando um trabalho exemplar à população.

O trabalho em rede tem melhorado principalmente na cooperação do CAPS com a equipe de saúde da família. Nas últimas semanas, foram realizados atendimentos compartilhados, o que tem favorecido as relações entre as equipes e os pacientes. Ainda há dificuldades de relacionamento com o hospital municipal, visto que, adotam condutas um tanto contraditórias e, por vezes, perigosas aos pacientes.

Quando os pacientes precisam de atendimento de especialistas ou dos setores de atenção secundária ou terciária, encaminhamos os mesmos para Pouso Alegre, através do CISAMESP. Infelizmente a região é extensa e a demanda pelo hospital regional é muito grande.

1.7 O dia a dia da equipe Ponte Nova

A ESF da Ponte Nova atende consultas agendadas e demandas espontâneas. Boa parte da população costuma marcar consultas para os atendimentos na UBS e nos bairros, porém nem todos são comprometidos, tendo altos índices de absenteísmos às consultas agendadas.

Não realizamos trabalhos em grupos devido à área atendida ser rural, com muita dificuldade de acesso da população a ações de saúde. Porém é um aspecto que deverá ser trabalhado nos próximos meses.

Estamos com um projeto para realizar a educação permanente das agentes comunitárias de saúde.

O acolhimento é realizado de forma mais eficaz e enfática pela equipe de enfermagem e, sempre que possível, pelos demais membros da equipe. Observa-se uma boa relação da maioria das pessoas com a equipe, pois frequentemente a população nos procura para sanar dúvidas.

Não existe um dia específico para a realização de visitas domiciliares. Quando realizamos atendimento em cada bairro, dedicamos um tempo para realizar as visitas necessárias naquele bairro, porém nem sempre há tempo para visitar todos os pacientes.

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

Quando foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida, foram levantados os principais problemas existentes no território de abrangência da UBS, que descrevemos a seguir:

- Pouca adesão dos pacientes às orientações e seguimento do tratamento de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, acarretando descompensação e complicações, entre elas a síndrome metabólica, pela não realização das condutas clínicas prescritas, seja medicamentosa e não medicamentosa.
- Pacientes não realizam de maneira adequada e consistente as medidas não farmacológicas para tratamento de suas doenças, apesar de frequentes tentativas e diálogos entre a equipe e os mesmos.
- Sofrimento mental bastante prevalente, porém, as pessoas pouco buscam ajuda para minimizar o sofrimento.

- Baixa adesão ao tratamento psicológico para melhora das doenças como ansiedade e depressão, devido ao preconceito cultural existente em relação às doenças que acarretam sofrimento mental.
- População não respeita os avisos da vigilância sanitária quanto ao uso da água de uma mina se encontra imprópria para consumo.
- Maioria do sistema de esgoto se dá para rios que passam na região, contaminando o solo.
- Equipe de saúde com uma enorme área de abrangência, devido à localização rural. Por esse motivo, os agentes comunitários de saúde precisam deslocar-se em longas distâncias entre uma casa e outra, o que torna o número de visitas por dia um pouco menor.
- A realização de grupos dificultada devido à extensão da área de abrangência e ao pouco horário disponível, visto que, para a população e a prefeitura o mais importante são as consultas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Considerando-se o grande número de problemas de saúde encontrados na ESF Ponte Nova, optou-se por selecionar o problema no qual haverá um maior impacto econômico e conseqüente melhoria na qualidade de vida da população atendida.

Estimular a adoção de uma alimentação balanceada e a prática de atividades físicas regularmente é fundamental para o controle de doenças crônicas e suas possíveis conseqüências. Dessa forma, incentivando também o uso correto e regular das medicações para o controle das mesmas.

É importante abordar este problema devido ao grande número de indivíduos acometidos pelas doenças crônicas não transmissíveis e ao impacto na redução da morbimortalidade que tais doenças causam na população. Além disso, a intervenção para a solução do problema é de baixo custo, fácil execução e com amplo alcance.

Em paralelo, é possível estimular também maior adesão ao uso de tratamento farmacológico nessa mesma população. Além disso, com maior aproximação ao paciente pela equipe, há a possibilidade de melhorar a adesão e o melhor controle das doenças com a revisão constante da terapêutica medicamentosa em uso.

No quadro 1 apresenta-se a classificação dos problemas que foram selecionados no momento do diagnóstico situacional e a priorização dos mesmos, destacando o que será feito o plano de intervenção.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponte Nova, Unidade Básica de Saúde Benedito Zeferino da Silva, município de Camanducaia, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Pouca adesão dos pacientes às orientações e seguimento do tratamento de doenças crônicas (HAS e DM), acarretando a descompensação e as complicações, entre elas a síndrome metabólica, pela não realização das condutas clínicas prescritas, seja medicamentosa e não medicamentosa.	Alta	5	Total	1
Pacientes não realizam de maneira adequada e consistente as medidas não farmacológicas para tratamento de suas doenças	Alta	5	Total	2
Dificuldade para realizar grupos devido à distância e ao pouco tempo disponível	Média	5	Parcial	3
População subestima o impacto das doenças mentais na qualidade de vida	Média	4	Total	4
Preconceito em relação ao diagnóstico e tratamento de doenças mentais	Média	4	Parcial	5
Não respeitar avisos da vigilância sanitária	Média	4	Total	6
Falta de tratamento de esgoto	Baixa	2	Fora	7
Grande área de abrangência	Baixa	1	Fora	8

Fonte: autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Observa-se crescente prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidade e sedentarismo na sociedade moderna, mesmo nos países subdesenvolvidos.

A síndrome metabólica é um importante problema de saúde pública na atualidade integrando as doenças crônicas não transmissíveis que aumentam significativamente o risco cardiovascular. A SM é uma comorbidade associada à hipertensão arterial sistêmica, ao diabetes mellitus, à obesidade e às dislipidemias.

Ao realizar uma abordagem sobre o tratamento da síndrome metabólica por medidas não farmacológicas e sobre a prevenção da mesma, diminuem-se os gastos públicos com as complicações decorrentes da síndrome, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, doença renal crônica, entre outras.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para estimular a adoção de medidas não farmacológicas na prevenção e tratamento da síndrome metabólica e nas comorbidades associadas.

3.2 Objetivos específicos

Realizar atividades educacionais junto a população acerca da síndrome metabólica e as comorbidades associadas a mesma.

Estimular a adoção de bons hábitos para o sistema cardiovascular, como alimentação mais saudável e prática de atividade física regular.

Diminuir a prevalência da síndrome metabólica e de comorbidades relacionadas a mesma.

Capacitar a equipe a identificar e abordar os pacientes com síndrome metabólica.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção foi inicialmente realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para identificar os problemas mais relevantes existentes na área de abrangência da equipe de saúde Ponte Nova.

A seguir foi feito a priorização dos problemas para a seleção daquele mais relevante para ser feito o plano de ação.

Para fundamentar teoricamente o plano de ação foi feita uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:

- Síndrome metabólica.
- Obesidade.
- Atividade física

O plano de intervenção foi construído seguindo os passos do planejamento estratégico situacional conforme orientações de Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Síndrome metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo ocasionado pela associação de vários fatores de risco cardiovasculares, geralmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência a insulina. É importante destacar a associação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes (LAKKA *et al.*, 2002; FORD; GILES, 2003; HAFFNER; TAEGTMEYER, 2003; GANG *et al.*, 2004; GIRMAN *et al.*, 2004 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

[...] Estudos em diferentes populações, como a mexicana, a norte-americana e a asiática, revelam prevalências elevadas da SM, dependendo do critério utilizado e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% em homens e de 10,7% a 40,5% em mulheres (FORD; GILES, 2003; GANG *et al.*, 2004; AGUILAR-SALINAS *et al.*, 2004; OH J-Y. *et al.*, 2004 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005, p. 8).

A ampla variação dessas prevalências sofre influências de diversos fatores, como a genética, a etnia, o sexo, os hábitos alimentares, os níveis de atividade física.

Segundo Penalva (2008, p. 246)

No Brasil, de acordo com os critérios da NCEP/ATP III, a prevalência de SM é de quase 30% para a população geral, sendo maior com o avançar da idade, especialmente em mulheres: 15,5% na faixa entre 25 e 34 anos e 48,3% na faixa entre 55 e 64 anos.

A prevalência também é maior em pessoas de baixa renda, em tabagistas e em homens sedentários.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são: hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo (WHO, 2002 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005). Cinco desses fatores de risco estão relacionados à alimentação e à atividade física e três deles têm grande impacto no aparecimento da Síndrome

Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005, p. 9).

A definição de SM se justifica, pois se trata de uma condição que agrega várias alterações clínicas, constituindo-se num fator de risco provável para doenças cardiovasculares. Como os seus componentes isolados são fatores reconhecidos de risco cardiovascular, sua associação, conseqüentemente, confere muito maior risco (JUNQUEIRA *et al.*, 2011). A identificação desses pacientes com maior risco cardiovascular torna-se importante na prática clínica para poder coordenar de forma mais efetiva os cuidados.

Entre os componentes da SM, a obesidade abdominal é o fator que melhor prediz o risco cardiovascular e de DM (HILLER *et al.*, 2006 *apud* STEEMBURGO *et al.*, 2007 p. 1426).

A inatividade física e baixo nível de condicionamento físico têm sido considerados fatores de risco para mortalidade prematura tão importante quanto tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial (BLAIR *et al.*, 1996 *apud* CIOLAC, GUIMARÃES, 2004, p. 319).

A literatura apresentou diversos critérios diagnósticos para a definição da SM, porém tais critérios não se aplicam de forma uniforme a todos os grupos populacionais. Neste trabalho, utilizaremos os critérios diagnósticos recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que apresenta valores mais apropriados à população brasileira e de fácil aplicabilidade na prática clínica.

Segundo a NCEP-ATP III e a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, a SM é definida pela presença de três ou mais componentes contidos no quadro 2.

Quadro 2 – Componentes da Síndrome Metabólica

Componente	Níveis
Obesidade abdominal por meio da circunferência abdominal <ul style="list-style-type: none"> • Homens • Mulheres 	> 102 cm > 88 cm
Triglicerídeos	> 150 mg/dL
HDL Colesterol <ul style="list-style-type: none"> • Homens • Mulheres 	< 40 mg/dL < 50 mg/dL
Pressão arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de jejum	≥ 110 mg/dL

Fonte: SBC, 2005

Se o paciente fizer uso de medicação anti-hipertensiva ou de hipolipemiantes, ou tiver o diagnóstico prévio de diabetes mellitus, já preenche os critérios específicos correspondentes.

É importante padronizar as medições que serão realizadas durante as avaliações dos pacientes. A medida da circunferência abdominal é tomada na metade da distância entre a crista ilíaca superior e o rebordo costal inferior (LEAN; HAN; MORRISON, 1995 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005, p. 8).

Apesar de não fazerem parte dos critérios diagnósticos da síndrome metabólica, várias condições clínicas e fisiopatológicas estão frequentemente a ela associadas, tais como: síndrome de ovários policísticos, acanthosis nigricans, doença hepática gordurosa não alcoólica, microalbuminúria, estados pró-trombóticos, estados pró-inflamatórios e de disfunção endotelial e hiperuricemia (BLOOMGARDEN, 2004 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005, p. 8).

5.1.1 Tratamento da Síndrome Metabólica

O tratamento da SM consiste basicamente em modificar os fatores de risco cardiovascular, tais como: redução do peso e da circunferência abdominal, normalização da dislipidemia, redução da pressão arterial sistêmica e melhora do controle glicêmico. Para tanto, a prática de exercício físico regular e a modificação de hábitos alimentares, junto a estratégias farmacológicas, desempenham um

papel central no tratamento e prevenção da SM (BRANDÃO, 2005 *apud* VALMORBIDA *et al.*, 2013, p. 836).

Considerando a importante associação dos tratamentos não farmacológicos e farmacológicos, conclui-se que o tratamento da SM é um processo contínuo e de longo prazo, com modificações no estilo de vida, que devem ser permanentes para obter bons resultados no controle da patologia.

5.2 Obesidade

A obesidade é uma desordem primariamente da alta ingestão energética, associada ao baixo gasto energético, resultando em acúmulo excessivo de tecido adiposo e acarretando repercussões à saúde. A obesidade é multifatorial na sua origem, podendo associar fatores genéticos (respondem por 24 a 40% de variância do Índice de Massa Corporal), neuroendócrinos, metabólicos, psicológicos, econômicos, sociais, culturais e relacionados a atividade física (ALMEIDA; SANTOS, 2007).

A obesidade, particularmente a de distribuição abdominal, associa-se a um maior risco cardiovascular decorrente da maior incidência de DM, hipertensão arterial, dislipidemia e da própria SM (EVERSON *et al.*, 1998 *apud* STEEMBURGO *et al.*, 2007), além de um maior risco de mortalidade em geral (BIGAARD *et al.*, 2003 *apud* STEEMBURGO *et al.*, 2007, p. 1427).

Segundo Scherer e Vieira (2010), a obesidade do tipo central, independente de outros fatores de risco, pode ser responsabilizada por 20% dos casos de infarto agudo do miocárdio.

5.3 Alimentação adequada

- Deve manter o peso saudável de acordo com altura.
- Reduzir a ingestão de calorias sob a forma de gorduras, mudar o consumo de gorduras saturadas para gorduras monoinsaturadas, reduzir o consumo de gorduras trans (hidrogenada).
- Reduzir a ingestão de sal e açúcar, principalmente os açúcares refinados.

- Aumentar a ingestão de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais, ricos em fibras.
- Aumentar o consumo de derivados de peixes de água salgada, que são ricos em ômega 3, auxiliando a redução de triglicérides (STEEMBURGO *et al.*, 2007).

As dietas mais recomendadas incluem: dieta DASH e dieta mediterrânea, que atendem aos requisitos citados acima. A dieta DASH tem como principal objetivo a redução da HAS, recomendando uma alimentação rica em frutas, vegetais, produtos lácteos com baixos teores de gordura e o consumo restrito de sódio. A dieta mediterrânea incentiva a ingestão de cereais integrais, frutas, vegetais e gorduras monoinsaturadas (presente no azeite de oliva, nas oleaginosas, nos peixes de água salgada). Esta dieta proporciona uma redução nos níveis de triglicérides e aumento do HDL-colesterol, sendo benéfica aos pacientes com SM e alto risco cardiovascular.

Aos pacientes com DM é fundamental o consumo de alimentos ricos em fibras solúveis, representados pelos grãos integrais e frutas, pois atuam como um fator de proteção para a presença de SM (STEEMBURGO *et al.*, 2007).

É preconizado aos pacientes obesos e com sobrepeso, dietas hipocalóricas (entre 800 e 1500 kcal/dia), pois dessa forma conseguem uma redução gradual e consistente do peso. Observou-se que as dietas com baixos teores de gorduras são mais adequadas para atingir o peso adequado à altura, em comparação com as dietas com baixo teor de carboidratos. Dietas mais restritas devem ser desencorajadas, porque não suprem adequadamente os nutrientes que o paciente necessita.

As recomendações de Steemburgo *et al.* (2007, p. 1430) em relação

ao valor energético total, recomenda consumo de 50–60% de carboidratos, 15% de proteínas e 25–35% de gorduras. A ingestão diária de gordura saturada e de colesterol total deve ser menor do que 7% e do que 200 mg, respectivamente. No NCEP-ATP III, é feita uma recomendação específica para o consumo de fibras do tipo solúvel: 10–25 g/dia.

É fundamental enfatizar a importância de um acompanhamento com nutricionista para elaborar um plano alimentar individualizado e adequado à realidade de cada paciente.

5.4 Atividade física

Colombo *et al.* (2013, p. 325) destacam que

A atividade física regular pode reduzir a pressão sanguínea sistêmica, a necessidade de insulina, as gorduras corporais totais, aderência e agregação plaquetária, níveis sorológicos de triglicérides e aumento dos níveis de HDL-c.

Desta forma, a atividade física realizada de forma consistente permite atuar em diversos componentes causadores da SM, sendo uma importante ferramenta para o controle das doenças crônicas relacionadas à SM e também traz benefícios substanciais para outras doenças, inclusive para a saúde mental.

O exercício físico causa efeitos fisiológicos agudos imediatos, ou seja, obtém-se efeitos durante a sessão de exercícios. Também causa efeitos agudos tardios, que promovem ao longo das 24 até 72 horas um efeito protetor. Os efeitos crônicos resultam da exposição frequente e regular as sessões de exercícios, diferenciando um indivíduo treinado de outro sedentário (ALMEIDA; SANTOS, 2007).

Aos pacientes com SM é recomendada a realização de exercícios aeróbicos e exercícios resistidos (musculação), os quais favorecem a perda de peso e melhora o condicionamento cardiorrespiratório. Os benefícios são maiores se houver uma somatória dos dois tipos de exercícios.

É recomendado que os exercícios aeróbicos sejam realizados de três a seis vezes por semana, com intensidade moderada e duração de 20 a 60 minutos, sendo capazes de reduzir os fatores de risco para doença cardiovascular (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

Para a prática do exercício resistido é recomendado uma série de exercício de oito a 12 repetições (10 a 15 para indivíduos acima de 50/60 anos), com uma intensidade de 50 a 70% da carga máxima (maior peso levantado uma única vez usando boa forma e técnica do movimento), realizadas com oito a 10 exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares. Devem ser feitos de duas a três vezes por semana (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

O acompanhamento por profissional da área, como educador físico ou fisioterapeuta, é sempre indicado para melhores resultados e melhor orientação, evitando assim lesões ou esgotamento físico.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado da abordagem não medicamentosa no tratamento da síndrome metabólica, para o qual se demonstrará uma descrição de tal problema, uma explicação e a seleção dos seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado, conforme Faria, Campos e Santos (2018).

Como um dos principais problemas identificados na área de abrangência do PSF Ponte Nova é a dificuldade da população na aderência ao tratamento não medicamentoso das principais doenças crônicas que caracterizam a síndrome metabólica serão realizados esforços pela equipe para melhorar a aderência da população ao tratamento não medicamentoso, além da abordagem à população com fatores de risco para a síndrome metabólica.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

As principais e mais prevalentes doenças crônicas são a hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e a dislipidemia (aumentos dos níveis de colesterol LDL, triglicérides e diminuição dos níveis de HDL), que estão presentes em parcela significativa da população e atualmente representam importante morbidade e mortalidade.

A síndrome metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado à deposição central de gordura e à resistência à insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005, p. 8).

A prevalência da SM é estimada entre 20 a 25% da população mundial, com comportamento crescente, principalmente se analisarmos a prevalência da obesidade (um dos principais componentes da SM). No Brasil, dados recentes indicam que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres são comprovadamente obesos (ALMEIDA; SANTOS, 2007, p. 26).

As ações das equipes de saúde frente ao problema são limitadas pelas constantes trocas de equipes, devido a questões administrativas. Isso faz perder o contato e a confiança da equipe com o paciente. Além disso, observa-se despreparo na equipe ao abordar o assunto com o paciente, falta de conhecimento e da importância do problema apresentado. As longas distâncias entre os bairros e a dificuldade de acesso da população mais carente à UBS também dificultam a realização de grupos e palestras, porém não é um fator determinante, desde que haja empenho da equipe.

A modificação do estilo de vida impacta diretamente na saúde cardiovascular e consequentemente no desenvolvimento da síndrome metabólica. Com a industrialização alimentícia e o sedentarismo, observa-se ao longo dos anos, aumento das causas de óbitos por doenças cardiovasculares e hoje tornou-se a principal causa de óbito.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A síndrome metabólica aumenta o risco cardiovascular com complicações como o infarto agudo de miocárdio, acidente vascular encefálico e doença arterial periférica. O diabetes mellitus também aumenta exponencialmente o risco cardiovascular, e suas complicações, que estão atreladas aos danos na micro e macro vascularização, são importantes causas de morbimortalidade.

Os principais fatores de risco são o estilo de vida sedentário, alimentação baseada em alimentos industrializados, rica em sódio, gorduras e carboidratos, altos níveis de estresse, com baixa qualidade de vida, uso de álcool e tabagismo. Sendo justamente esses aspectos a serem modificados e que serão abordados neste trabalho.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos da síndrome metabólica estão diretamente relacionados aos seus fatores de risco e a modificação destes fatores impactará positivamente na redução dos danos.

- Baixo nível de diagnóstico de pacientes com SM
- Ineficiência da equipe multiprofissional para realizar a abordagem do paciente com SM
- Baixo nível informação da população acerca da doença e do tratamento não farmacológico.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O primeiro passo é identificar quais são os indivíduos com os diagnósticos de síndrome metabólica e das doenças associadas. Para isso necessitamos pesar e medir todos os pacientes, medir a circunferência abdominal, além de aferir a pressão arterial (PA) e solicitar exames laboratoriais para detectar alterações na glicemia de jejum e avaliar os níveis de colesterol HDL e triglicérides. Com tais dados é possível estabelecer o diagnóstico de síndrome metabólica.

Quadro 3 – Operações sobre a falta de rastreamento e diagnósticos relacionada ao problema “Síndrome metabólica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixo nível de diagnóstico de pacientes com SM
Operação (operações)	Identificar pacientes que apresentem o diagnóstico de síndrome metabólica e das comorbidades associadas. Rastrear os usuários do PSF na faixa etária de 30 a 80 anos de idade pelo período de um ano.
Projeto	SM DIAGNOSTICADA
Resultados esperados	Mapeamento do número de pacientes acometidos pela doença para implementar ações educativas mais próximas ao seu domicílio.
Produtos	Realização da medida de circunferência abdominal; aferição da PA; solicitação de exames de colesterol, triglicerídeos e glicemia de jejum, daqueles pacientes com medidas alteradas e com diagnóstico definido de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica ou dislipidemia.
Recursos	Organizacional: rastrear população, com o auxílio da equipe multiprofissional. Cognitivo: capacitar a equipe a realizar a medida de circunferência abdominal e aferição da PA. Político: obter apoio da Secretaria Municipal de Saúde para realização do projeto; Financeiro: recursos para a realização dos exames laboratoriais necessários.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Os pacientes com o diagnóstico de SM serão agrupados por bairro de residência e microáreas. Isto definirá a frequência e monitoramento das ações realizadas posteriormente.

Fonte: autoria própria (2019)

De forma paralela ao rastreamento e diagnóstico da população, será realizado o projeto para melhorar o conhecimento e a abordagem que a equipe realizará com a população. Observa-se desintegração entre os profissionais, principalmente aqueles que não fazem parte da ESF, como nutricionistas e profissionais da educação física.

Quadro 4 – Operações sobre a ineficiência da equipe multiprofissional para intervir na “Síndrome metabólica: abordagem no tratamento não medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ineficiência da equipe multiprofissional para realizar a abordagem do paciente com SM
Operação (operações)	Promover a integração da equipe e a troca de conhecimentos para realizar uma abordagem mais eficaz na população. Atualizar a equipe multidisciplinar sobre SM
Projeto	<i>EQUIPE COESA COM A SM</i>
Resultados esperados	Equipe coesa, trabalhando em conjunto, definindo os temas que serão abordados com os pacientes, a periodicidade, as formas de abordagens aos pacientes considerando suas individualidades e, principalmente, a troca de informações entre os profissionais acerca do assunto.
Produtos esperados	Reuniões eficazes, no menor tempo possível com grande troca de experiências. Abordagem de cada profissional com o paciente de acordo com o estabelecido nas reuniões, abordagens aos pacientes em forma de grupos e palestras.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para realização das reuniões e contato dos profissionais com a população, na própria UBS e nos espaços comunitários de cada bairro assistido. Cognitivo: Capacitar a equipe multidisciplinar para a abordagem adequada. Político: Disponibilização pela Secretaria Municipal de Saúde de profissionais das áreas de: educação física e/ou fisioterapeuta e nutricionista.
Ações estratégicas	Promover o interesse de todos os profissionais envolvidos.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	A enfermeira coordenadora do PSF entrará em contato com todos os profissionais envolvidos e indicará o momento e local mais propício às reuniões.

Fonte: autoria própria (2019)

Identificadas as pessoas com o diagnóstico da SM e aquelas com alto risco de desenvolverem a SM, reforçar em cada consulta os conhecimentos das mesmas acerca das doenças que compõem a SM, sua prevenção e seus tratamentos (não farmacológicos e farmacológicos).

Em paralelo, realização de grupos operativos e palestras nos quais serão discutidos informações acerca da SM e as doenças associadas, os impactos das medidas não farmacológicas e como aplicá-las no dia a dia para obter resultados satisfatórios.

Os temas das palestras e grupos serão variados, como exemplos: conhecimento sobre os grupos de alimentos e quais as porções diárias adequadas; como aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes; efeitos deletérios do excesso de consumo de carboidratos (incluindo o açúcar), gorduras e alimentos industrializados no organismo; ensinar exercícios de alongamento; entre diversos outros temas. Durante os grupos, incentivar a realização de hortas (que podem ser domiciliares ou comunitárias) e promover a integração entre os pacientes para realizarem em conjunto atividades físicas, como caminhadas.

Quadro 5 – Operações sobre o baixo nível educacional da população sobre a “Síndrome metabólica: abordagem no tratamento não medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Nova, do município Camanducaia, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixo nível informação da população acerca da doença e do tratamento não farmacológico.
Operação (operações)	Estimular grupos entre pacientes e profissionais para educação em saúde para abordagem sobre a doença, seus impactos na saúde e medidas de tratamento não medicamentoso, com temas como alimentação saudável e prática de atividades físicas.
Projeto	SABER + SOBRE A SM
Resultados esperados	Incentivar a adoção de hábitos saudáveis e escolhas conscientes para reduzir as complicações da SM no médio e longo prazo.
Produtos esperados	Estimular o conhecimento e a interação entre a população e a equipe sobre formas de adotar hábitos de vida mais saudáveis, aliando alimentação e prática de exercícios físicos regulares.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Espaço para a realização dos grupos.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe sobre os hábitos saudáveis para esclarecimentos à população-alvo.</p> <p>Financeiro: Para a elaboração de materiais educativos, como folhetos.</p> <p>Político: Procurar apoio para a confecção dos materiais educativos.</p>
Prazo	<p>Iniciar esta etapa conforme terminar o rastreamento por bairro/microárea.</p> <p>O número de encontros em grupo a princípio conforme necessidade e interesse da população.</p> <p>De forma indefinida quando a abordagem for individual, em cada consulta e contato com paciente.</p>

Fonte: autoria própria (2019)

Como se trata de hábitos e cultura, a mudança dos paradigmas gerará resultados em longo prazo. Portanto, o mais importante é a consistência das informações.

Por isso, as formas de abordagens podem ser variadas: consultas individuais, palestras e grupos operativos. Nos grupos, os próprios pacientes poderão explicar suas experiências, suas dificuldades e seus próprios resultados, e podem ajudar uns aos outros e encontrar soluções em conjunto.

Os recursos econômicos utilizados são de baixo custo, com uso de materiais simples e amplamente acessíveis. Para firmar o diagnóstico da síndrome metabólica serão necessários: uma balança com régua, uma fita métrica e esfigmomanômetro. São instrumentos simples e baratos, com ampla disponibilidade. O recurso econômico que pode causar maior dificuldade será a realização de exames laboratoriais, tais exames já disponibilizados atualmente gratuitamente pelo município.

Os recursos organizacionais e cognitivos são os recursos mais importantes e de grande valia. Sendo fundamental o conhecimento técnico da equipe, principalmente do médico e da equipe de enfermagem. Tanto as informações adquiridas durante a formação profissional, como as atualizações pertinentes ao tema. Além disso, apoio de nutricionistas e profissionais de educação física, para enfatizar e especificar posteriores dúvidas que possam surgir por parte da equipe ou da própria população. O projeto pode ser realizado na própria UBS e nas igrejas onde são realizados os atendimentos mensais em cada bairro.

Os recursos políticos necessários são o apoio e engajamento por parte da secretaria de saúde, para solicitar que a equipe multiprofissional atenda na área de cobertura da ESF no momento das palestras e dos grupos operativos.

O recurso crítico identificado é a dificuldade de atendimento de nutricionista e profissional de educação física na UBS Ponte Nova, sendo que o acesso a tais profissionais é bem restrito no município como um todo. Um fator muito importante que dificulta a realização do projeto é a localização para a realização das palestras e dos grupos operativos, pois há uma distância muito grande entre os bairros e dificuldades da população de baixa renda para os deslocamentos.

Ao colocar o projeto em prática, espera-se que os pacientes adotem um estilo de vida mais saudável, através de uma alimentação mais balanceada e a adoção da prática de atividades físicas. Com isso apresentem menores complicações de suas doenças de base, diminuindo os recursos públicos utilizados e buscando menos os serviços de saúde em situações de urgência e emergência. Diminui a incidência de pacientes com diabetes mellitus descompensada, que precisem de insulina, diminui

as urgências hipertensivas, diminui o peso e suas doenças consequentes, como a osteoartrose, diminuição das internações, entre diversos outros fatores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional da UBS Ponte Nova identificou que os hábitos de vida da população de sua área de abrangência promovem um aumento importante da prevalência da síndrome metabólica. Esta doença e as comorbidades associadas surgem quando há um mau padrão alimentar, rico em alimentos industrializados, açúcares e gorduras, com pouco ou nenhum consumo de alimentos naturais como frutas, verduras e legumes, e quando as pessoas são sedentárias. Além disso, observou-se quase nenhum esforço da equipe em mudar essa realidade e pouco conhecimento sobre a importância para a saúde pública. A própria população não relaciona a alimentação e a atividade física ao desenvolvimento de patologias crônicas como a síndrome metabólica e a obesidade.

Com isso, elaborou-se um plano de intervenção objetivando mudar este cenário, ao difundir informações sobre a SM e aplicar de forma mais eficaz o tratamento não medicamentoso da síndrome metabólica. O primeiro passo desse projeto foi identificar os pacientes com a SM e aqueles que possuem fatores de risco. Em conjunto, realizar o treinamento da equipe do PSF e a integração da mesma com os profissionais de nutrição e educação física. Posteriormente, realizar diferentes abordagens dos pacientes afetados: palestras, grupos operativos e consultas individualizadas conforme necessidade. Ao realizar estas ações, informa-se a população sobre como adotar uma alimentação mais equilibrada e saudável e como iniciar a prática de atividades físicas. O importante é a consistência das informações e a disponibilidade da equipe para sanar possíveis dúvidas e dificuldades que os pacientes encontrem ao longo do processo. Os resultados deste plano de intervenção serão obtidos ao longo dos anos, com menores custos em saúde, com menor número de internações e menor morbidade e mortalidade decorrentes da SM.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. A. M.; SANTOS, C. R. P. O enfrentamento da síndrome metabólica em indivíduos obesos: a intervenção da atividade física. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.1, n. 5, p. 24-34, 2007.

CAMANDUCAIA. **Prefeitura de Camanducaia** 2020. Disponível em: <https://www.camanducaia.mg.gov.br/camanducaia/economia/>

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-324, 2004.

COLOMBO, C. M. *et al.* Efeitos de curto prazo de um programa de atividade física moderada em pacientes com síndrome metabólica. **Revista Einstein**, v. 11, n. 3, p. 324-330, 2013.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/camanducaia/panorama>

JUNQUEIRA, et al. Síndrome Metabólica: o risco cardiovascular é maior que o risco dos seus componentes isoladamente? **Rev. bras. cardio**. v. 24, n. 5, p. 308-315, 2011.

PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Rev. Med**. v.87, n.4, p.245-250, 2008.

SCHERER, F.; VIEIRA, J. L. C. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 347-355, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, supl. 1, p. 3-28, 2005.

STEEMBURGO, T. *et al.* Fatores dietéticos e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 9, p. 1425-1433, 2007.

Third Report of the National Cholesterol Education Program (NECP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). **JAMA**. v. 285. n.19, p. 2486-97, 2001.

VALMORBIDA, L.A. *et al.* Benefícios da modificação do estilo de vida na síndrome m
e
t
a
b
ó
l
i
c
a