

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA EM UMA COMUNIDADE DE FEIRA DE SANTANA - BA

Luana de Oliveira Almeida¹; Edna Maria de Araújo²; Renan Dourado dos Santos³.

1. Bolsista do PET-Saúde 2010-2011/UEFS, Graduando em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: renan_rds@yahoo.com.br
2. Orientadora, Tutora do PET-Saúde/UEFS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: ednakam@gmail.com
3. Bolsista do PET-Saúde 2010-2011/UEFS, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: luana_oliveira105@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: síndrome metabólica, fatores de risco, doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO

A síndrome metabólica é caracterizada por um conjunto de fatores de risco de origem metabólica, que promovem de forma direta o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Dentre os fatores, destacam-se a obesidade e a resistência à insulina. No entanto, comumente, observa-se a presença de outros fatores muito bem estabelecidos na gênese da doença cardiovascular, como hipertensão e dislipidemias, fazendo com que o sinergismo destes fatores aumente a mortalidade geral em 1,5 vezes e relacionada a patologias cardiovascular em 2,5 vezes (SBH et al, 2005).

Segundo a Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SM) esta é uma condição complexa representada por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares relacionada à deposição central gordura e à resistência à insulina, sendo responsável pelo aumento da morte cardiovascular em 2,5 vezes. A SM está fortemente associada à aterosclerose precoce, incluindo obesidade abdominal, pressão sanguínea elevada, lipídeos sanguíneos aumentados e resistência à insulina (DEVLIN, 2007).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal realizado de agosto de 2011 a março de 2012, tendo, como população de estudo, 50 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família (USF) Feira VI. O estudo foi baseado em dados secundários do Prontuário HIPERDIA da USF, o qual é composto por: Ficha de cadastro do HIPERDIA; Ficha de Acompanhamento do HIPERDIA e Prontuários de Atendimento da USF. Para a execução desse estudo, o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

A definição da OMS preconiza como ponto de partida a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, o que dificulta a sua utilização. A definição do NCEP-ATP III utilizada em nosso estudo foi desenvolvida para uso clínico e não exige a comprovação de resistência à insulina, facilitando a sua utilização. Alguns autores sugerem que a hipertensão seja menos metabólica em relação a outros componentes da SM por ser de origem multifatorial (GRUNDY, S.M et AL, 2005), porém a sua presença permanece como um dos critérios para caracterizar a síndrome.

Segundo o National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), a SM representa a combinação de pelo menos três componentes da Tabela 1. Pela sua simplicidade e praticidade é a definição recomendada pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM).

Tabela 1. Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III:

Componentes	Níveis
Obesidade Central por meio de circunferência abdominal:	
Homens	> 102 cm
Mulheres	> 88 cm
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL
HDL Colesterol:	
Homens	< 40 mg/dL
Mulheres	< 50 mg/dL
Pressão arterial*	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de jejum*	≥ 110 mg/dL

*A presença de Diabetes mellitus ou hipertensão controlada por medicamentos não exclui o diagnóstico de SM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 50 prontuários de indivíduos de 28 a 82 anos, dos quais foram encontrados 46 hipertensos e 23 diabéticos. Apenas quatro diabéticos não eram hipertensos e os 19 diabéticos restantes também eram hipertensos. Foram incluídos os seguintes parâmetros: circunferência abdominal, triglicerídeos, colesterol – HDL, pressão arterial e glicemia de jejum. Como é necessário pelo menos três parâmetros para classificação de portador da SM, 19 indivíduos, que eram hipertensos e diabéticos, já possuíam dois parâmetros independente de terem tratamento adequado ou não, e os 31 indivíduos restantes, que eram ou hipertenso ou diabético, possuíam já um parâmetro, restando apenas dois para serem incluídos na SM

Todos os hipertensos estão em tratamento medicamentoso e destes, 29 têm pressão arterial ainda elevada, incluindo três que estavam com a hipertensão em nível muito alto (PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110). Dos 23 diabéticos, os quais são classificados como tendo Diabetes tipo 2, apenas quatro não eram considerados hipertensos, embora dois destes apresentaram pressão arterial elevada.

Entre os 50 indivíduos do estudo 46% (n = 23) foram classificados como tendo Síndrome Metabólica, sendo 63,63% (n = 7) entre os homens e 41,02% (n = 16) entre as mulheres (Tabela 2). No homem, a presença de diabetes foi critério importante para classificação e na mulher, além da diabetes, a dislipidemia foi fator que contribui bastante. A intolerância a glicose em jejum pode levar o indivíduo a resistência à insulina, embora indivíduos normoglicêmicos possam apresentar resistência à insulina (REAVEN, G.M., 1988). A resistência à insulina normalmente é acompanhada do aumento da insulina circulante e isso se deve à redução das respostas normais a insulina nos tecidos como

músculos esqueléticos, tecido adiposo, fígado e endotélio (RHODES, C.J.; WHITE, M.F., 2002). No estudo, a glicemia foi precariamente analisada devido a não padronização dos dados, existindo alguns com apenas glicemia pós-prandial, no entanto, estes eram diabéticos. Por fim, dos 50 indivíduos, 23 tem síndrome metabólica ao estudo.

Tabela 2. Distribuição da Síndrome Metabólica Geral e por Gênero entre pacientes de um programa HIPERDA em Feira de Santana nos anos 2010 e 2011.

	Geral		Masculino		Feminino	
	%	n	%	n	%	n
Síndrome Metabólica	46	23	63,6	7	41	16

n = número de casos em 50 indivíduos, 11 homens e 39 mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde têm a possibilidade de tratar os fatores de risco relacionados à SM por meio da abordagem clínica da equipe sob uma visão holística do paciente (BRASIL, 2005). Identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada, efetiva e resolutiva, a ESF cria um espaço diferenciado para prevenção das DCV e outras doenças crônico-degenerativas no Brasil. A realização de um plano alimentar para a redução de peso, associado a exercício físico são considerados terapias de primeira escolha para o tratamento de pacientes com síndrome metabólica. Está comprovado que esta associação provoca a redução expressiva da circunferência abdominal e a gordura visceral, melhora significativamente a sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, podendo prevenir e retardar o aparecimento de diabetes tipo 2 (SBH, 2005).

Alguns estudos têm demonstrado a presença de resistência à insulina e crianças e adultos jovens, filhos de pacientes hipertensos, diabéticos e/ou dislipidêmicos, quando comparados a indivíduos na mesma faixa etária sem antecedentes familiares. Desta maneira esses indivíduos apresentariam um estado hiperinsulinêmico, geneticamente determinado, que seria agravado por um ambiente desfavorável, originando as alterações metabólicas associadas a SM (NOBRE, 2005).

A busca na identificação destes fatores de risco e estruturação de medidas profiláticas e de acompanhamento para os pacientes sob-risco de virem a desenvolver a SM tornou-se objetivo imprescindível às equipes de saúde.

REFERÊNCIAS:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO et al, 2005 . **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], vol.84, suppl.1, pp. 3-28. ISSN 0066-782X.
- GRUNDY S.M., CLEEMAN J.I., DANIELS S.R., DONATO K.A., ECKEL R.H., FRANKLIN B.A., et al, 2005. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation.*; 112 (17): 2735-52.
- REAVEN G.M., 1988. Banting Lecture 1988: role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37: 1596-607.

RHODES C.J., WHITE M.F., 2002. **Molecular insights into insulin action and secretion.** Pacific Northwest Research Institute & Department of Pharmacology, University of Washington, 720 Broadway, Seattle, WA 98122, USA; Eur J Clin Invest.;32 Suppl 3:3-13.

BRASIL 2005. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família.** Brasília.

NOBRE, FERNANDO; SERRANO JR, CARLOS V., 2005. **Tratado de cardiologia SOCESP.** Barueri, SP: Manole, 1850 p.