

PROPOSTA DE CÓDIGO ESPECÍFICO PARA A SÍNDROME METABÓLICA PARA INSERÇÃO NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10¹

Nair Navarro²

Sérgio Pacheco de Oliveira³

Dayse Pereira Campos⁴

INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) foi descrita por Gerald Reaven (1988), que sugeriu relações dela com situações clínicas, todas elas com o maior risco de doença cardiovascular: intolerância à glicose, hiperinsulinemia, aumento de triglicerídeos, diminuição do colesterol HDL e hipertensão arterial.

Os critérios para o diagnóstico da SM têm evoluído desde a definição original feita pela OMS em 1998, como consequência de uma variedade de conferências de consenso e organizações profissionais.

¹O projeto de pesquisa intitulado “Vocabulário Padronizado e Codificado de Diagnósticos para uso em informação de saúde: estudo da Síndrome Metabólica”, que deu origem a este artigo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP/Fiocruz), instituição onde se realiza a pesquisa, e aprovado em 2 de abril de 2009. A proposta desse estudo é tecer uma análise retrospectiva dos dados clínicos disponíveis nos prontuários dos pacientes atendidos no CSEGSF/ENSP, em 2006. A partir do Sistema Gerenciamento de Informação Local (GIL), estão sendo selecionados os pacientes atendidos com diagnóstico da Síndrome Metabólica (SM) (E90) ou com doenças ou agravos associados (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e diabetes tipo 2). Dos prontuários desses pacientes está sendo realizada uma revisão das histórias clínicas, visando obter informações sobre idade, sexo, outros diagnósticos, uso de medicamentos, pressão arterial, circunferência abdominal, peso, dieta, tabagismo e resultados laboratoriais. Para a coleta desses dados, está sendo utilizado instrumento específico. A avaliação do diagnóstico clínico da SM verificado a partir dos prontuários será confrontada com o critério estabelecido pela National Cholesterol Education Program (NCEP) para ser determinado o diagnóstico da SM (diagnóstico médico/diagnóstico presumível). O objetivo deste estudo é propor a inclusão de um código específico para a SM na CID e melhorar o entendimento da SM.

²Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (LIREs) da EPSJV. Mestre em Ciências Pedagógicas pelo Instituto Superior de Estudos Pedagógicos (ISEP, 2004). Contato: nnavarro@epsjv.fiocruz.br.

³Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2007). Contato: spacheco@ensp.fiocruz.br.

⁴Pesquisadora do Serviço de Estatística e Documentação do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: dayse@ipecc.fiocruz.br.

As principais características da SM incluem obesidade central, hipertrigliceridemia, baixo colesterol HDL, hiperglicemia e hipertensão (ECKEL et al., 2005). A síndrome metabólica está associada ao envelhecimento e às doenças degenerativas, como as doenças cardiovasculares, ao diabetes tipo II com resistência à insulina e também à obesidade. A manifestação dessas doenças em conjunto são fatores de risco para doenças coronárias e atinge pessoas na faixa etária entre 30 aos 75 anos, acometendo mais os homens. A maioria das mulheres que têm a síndrome apresenta, simultaneamente, ovário policístico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o National Cholesterol Education Program (NCEP), para um indivíduo ser considerado portador da Síndrome Metabólica, deve apresentar três ou mais alterações metabólicas: hipercolesterolemia, HDL – colesterol reduzido, hipertensão arterial, glicemia de jejum alterada e obesidade abdominal.

Um dos problemas no manejo epidemiológico e clínico da SM vem da falta de código específico para esta condição. Está fora de discussão o fato de a padronização de vocabulários em saúde ser uma necessidade, que tem suscitado uma série de pesquisas, realização de eventos e induzido a formação de grupos de discussão envolvendo profissionais em vários países. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), a Classificação de Cuidados Primários e a Classificação de Procedimentos são exemplos de esforços para padronizar vocabulário em saúde. No século XIX, o médico francês Jacques Bertillon (1852–1922), considerado o pai da classificação, elaborou a primeira classificação de uso internacional, que ficou conhecida como Classificação de Bertillon.

A CID tem sofrido revisões com o passar do tempo, com o objetivo de adaptar a classificação às novas tecnologias diagnósticas e inclusões de novas doenças. A última revisão, a décima, ocorreu em 1998, e uma das principais modificações foi a inclusão, de forma adequada, da síndrome da imunodeficiência adquirida, a AIDS,

descoberta em 1981. No entanto, a atual revisão da Classificação Internacional não contempla ainda a Síndrome Metabólica (SM) com um código adequado.

Sendo a síndrome pouco conhecida por médicos e leiga, além de ser pouco difundida nos meios acadêmicos, é importante buscar o seu reconhecimento e a sua inserção na Classificação Internacional, para ser possível dimensioná-la em todos os países de forma a permitir, entre outras coisas, comparações de incidência e prevalência entre eles. O pouco conhecimento da SM por profissionais de saúde pode ser devido ao fato de a OMS ter só recentemente definido o critério para seu diagnóstico, ocorrido apenas em 1998. Barrios et al. referem que a SM é comum em pacientes com hipertensão, mas é pouco diagnosticada e tratada pelos médicos da atenção básica.

No Brasil, O Ministério da Saúde (MS) implantou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes considerando essas patologias de risco para as Doenças Cardiovasculares, porém não há nenhuma referência à SM. A referência quanto à SM aparece apenas com a criação da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica em 2005, de responsabilidade das associações médicas especialistas, como por exemplo a Sociedade de Cardiologia, Metabologia, Hipertensão Arterial etc.

A SM não está associada necessariamente a sintomas, mas sim a sinais, como pode ser verificado ao exame físico: medida aumentada da circunferência abdominal e medida da pressão arterial elevada. A presença de um ou de ambos os sinais deve alertar ao médico sobre a necessidade de buscar anormalidades bioquímicas que possam estar associadas à SM, enumeradas nos critérios de diagnóstico. O diagnóstico dessa síndrome tem sido motivo de controvérsias no meio científico, em relação à definição de critérios a serem usados para a definição de caso. Essa indefinição tem prejudicado a determinação do diagnóstico, a classificação e a codificação, impactando os resultados obtidos nos sistemas nacionais de

informação em saúde: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Gerenciamento de Informação Local (GIL). Esses sistemas são alimentados pela classificação e codificação dos agravos que são registrados no momento da prestação do serviço.

Este estudo se justifica pela necessidade de se avaliar a importância da Síndrome Metabólica em nosso meio e propor sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças, seja com a criação de um mecanismo que forneça um código apropriado na atual revisão (10^a) ou com a sua inclusão em uma futura revisão (11^a). Na falta de um código apropriado e na ausência de padrão para a classificação desta Síndrome, se desconhece como as unidades de saúde contornam o problema desta classificação.

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, com frequência, atende pacientes que apresentam simultaneamente alterações metabólicas que são preconizadas pelo NCEP como caracterizadoras da presença da síndrome metabólica, sem haver, no entanto, o seu reconhecimento clínico em todos os casos. O Setor de Registro e Informação em Saúde do CSEGSF/ENSP vem utilizando o código E90 da CID-10 para codificar a Síndrome Metabólica diagnosticada nos pacientes atendidos naquela unidade. Esse código é inespecífico e corresponde a um agrupamento de Distúrbios Metabólicos (E70-E90), que está incluído no Capítulo IV (CID-10), denominado Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90) (CID-10, v. 1, p. 265-302, 1995).

Considerando que um dos principais objetivos da CID é permitir a realização de estatísticas das doenças, e que tem sido usada para enumerar e analisar os diagnósticos/termos médicos há mais de 100 anos, no caso de mortalidade e, há mais de 50 anos, para morbidade, a possibilidade de sua inclusão nos sistemas de saúde é importante para maior difusão no meio médico e para facilitar a realização de pesquisas, em especial na epidemiologia.

O presente trabalho tem por objetivo principal propor a inclusão de código específico para a Síndrome Metabólica na Classificação Internacional de Doenças.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, é uma unidade de saúde que atende à população no entorno da Fiocruz e utiliza o Sistema de Gerenciamento de Informação Local (GIL) do SUS de forma ampla.

Para isso, conta com a colaboração permanente de especialista em classificação e codificação de doenças desde o ano 2000. Nesta ocasião, foi realizada capacitação do pessoal de nível médio para classificar e codificar na CID-10 os diagnósticos (primário/secundário), assim como um seminário com os profissionais de nível superior em que se discutiu o uso da CID em morbidade, ou seja, com uso de diagnóstico codificado pelo CID-10. Embora todo o processo de Classificação e codificação tenha tido revisão e supervisão, a questão do diagnóstico da SM e posterior codificação não havia sido abordada.

No entanto, a partir de 2005, a equipe de médicos desse Centro, que trabalham com idosos, tem observado e diagnosticado a Síndrome Metabólica. Os profissionais responsáveis pela classificação e codificação, ao encontrarem relatos de SM no atendimento, verificaram que não era possível o uso direto do código do CID-10. Houve então a necessidade de uma consulta ao Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) para saber como codificar esse diagnóstico. Enquanto isso, ficou estabelecido o uso do código E90. Esse código, inespecífico, corresponde a um agrupamento de Distúrbios Metabólicos (E70-E90), que está incluído no Capítulo IV (CID-10), denominado Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90).

Para ser possível dimensionar o problema causado pela inexistência do código e pelo pouco conhecimento da existência da SM, procedeu-se a um levantamento para verificar a frequência dos casos de SM no CSGSF. Em 2006, foram diagnosticados 11 (1%) casos de pacientes com 50 anos ou mais de ambos os sexos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Padronização da Informação em Saúde

Padronização é definida como um documento estabelecido por consenso e aprovado por um grupo reconhecido, que consolida para uso geral um conjunto de regras e protocolos com o objetivo de organizar atividades em contextos específicos para o benefício de todos.

A padronização viabiliza a troca de dados, o que não é, frequentemente, possível com texto livre, e possibilita a automação dos processos, incluindo apoio à decisão, avaliação de qualidade e estudos epidemiológicos. Portanto, é preciso definir diferentes conjuntos de padrões específicos para o contexto da saúde.

Padrões de Vocabulário

Os padrões de vocabulário definem os vocabulários a serem utilizados na descrição da informação de saúde. Integram a categoria de padrões mais amplamente conhecida e adotada e são utilizados para representar os diagnósticos e procedimentos. Existe uma série de padrões internacionais, entre os quais podemos destacar:

1 - CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Padrão internacional para a representação de diagnóstico, mantido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O CID está na décima versão e é, sem dúvida, o padrão mais utilizado na área de diagnóstico.

2 - ICPC – International Classification for Primary Care – Vocabulário criado pela World Organization of Family Doctors (WONCA), destinado à área de atenção primária. Traduzido para vários idiomas, é utilizado internacionalmente (<http://www.wonca.Org/working-groups/classification.htm>).

3 - CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Oferece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. A CIF é um modelo de estrutura da OMS para a saúde e incapacidade. A CIF pertence à família de classificações internacionais da OMS, cujo membro mais conhecido é a CID-10 (CIF-OMS-Genebra, 2002).

Classificação Internacional de Doenças

O estudo da CID se iniciou no século XVI com John Graunt (1662), com a finalidade de conhecer as estatísticas de mortalidade por causa. William Farr, que viveu entre 1808 a 1883 na Inglaterra, foi um dos grandes incentivadores à criação de uma classificação de doenças para o uso internacional. Ainda no século XIX o médico francês Jacques Bertillon (1852–1922), considerado o pai da classificação, elaborou a primeira classificação de uso internacional, que ficou conhecida como Classificação de Bertillon.

A OMS e os seus nove centros colaboradores, distribuídos nos países Inglaterra, Estados Unidos, Austrália, China, França, Suécia, Rússia, Venezuela e Brasil, são responsáveis pela elaboração e revisão contínua da classificação de Doenças. É previsto que a divulgação das revisões ocorra a cada dez anos, apesar da avaliação permanente do seu conteúdo pelos Centros. No entanto, isso nem sempre se verifica. A CID-9, oficializada em 1975, com uso previsto a partir de 1978, só veio a ser oficializada em 1989, portanto com quatro anos de atraso, e com uso previsto para 1993.

Até agora, a CID não tem sido atualizada entre as revisões, entretanto foi proposta a introdução para, por intermédio dos centros,

quando necessário, fornecerem códigos adequados para as novas doenças (referência CID-10, volume 1). Durante a vigência da CID-9, foi descoberta a AIDS, no início da década de 1980, que desencadeou a necessidade de criação desse mecanismo.

Em 1981, quando casos letais de algumas doenças infecciosas e um tipo específico de câncer de pele (Sarcoma de Kaposi) começaram a ser relatados nos Estados Unidos e na França, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta/USA (CDC) iniciou um trabalho contínuo visando estabelecer definições do que seriam estes novos agravos à saúde que se apresentavam em adultos jovens. Decidiu-se, então, agrupar estas doenças sob um denominador comum pelo fato de que as apontava para uma deficiência imunológica. Denominou-se este quadro Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS, sigla do inglês para “Acquired Immune Deficiency Syndrome”), termo que passou a fazer parte do vocabulário de praticamente todos os povos, sendo que nos países latino-americanos de língua espanhola usa-se também a abreviatura SIDA, traduzida do inglês. Os estudos dessa primeira fase de reconhecimento da AIDS mostraram tratar-se de uma alteração de imunidade celular que permitia a instalação e o desenvolvimento de vários agentes etiológicos, até então pouco patogênicos, produzindo um quadro clínico generalizado e bastante grave.

Surgiu, então, a necessidade de se caracterizar a síndrome por meio de um código na Classificação Internacional de Doenças (CID), o qual seria utilizado nas apresentações das estatísticas de morbidade e mortalidade. Considerando-se que naquele momento sabia-se apenas que se tratava de uma deficiência imunológica adquirida, atribuiu-se o código 279.1, correspondente aos transtornos envolvendo os mecanismos imunitários (onde o quarto algarismo especifica “deficiência da imunidade celular”).

Esta proposta apresentada pelo CDC e pelo Centro Norte-Americano de Classificação de Doenças, ligado à OMS, foi acatada por muitos países, incluindo o Brasil. O Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – CBCD – publicou a decisão em seu boletim em 1983 (Série divulgação n° 6, 1990).

Apenas em 1983, na França, e em 1984, nos Estados Unidos, foi identificado um vírus como o agente etiológico da síndrome. A partir dessa descoberta, compreendeu-se que os casos deveriam ser agrupados junto com as doenças virais. Portanto, deveriam ser codificadas pela CID no Capítulo I de Doenças Infecciosas e Parasitárias. No entanto, a OMS aconselhou que se mantivesse o código em uso, a fim de permitir a continuidade das várias tabulações estatísticas em morbidade e mortalidade até que uma nova revisão da CID provesse um ou mais códigos adequados à doença e suas manifestações. Então, na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a AIDS foi classificada e codificada no agrupamento do capítulo 1 em B20-B24 Doenças pelo vírus da imunidade humana (HIV).

A Classificação atual possui 21 capítulos com três volumes. O primeiro deles corresponde à lista tabular, o segundo, ao manual de instruções e o terceiro volume, ao índice alfabético, que contém as patologias e todos os códigos.

Síndrome Metabólica

Como já citado anteriormente, a síndrome metabólica (SM) foi descrita por Gerald Reaven em 1988. Ela possui outras denominações, como síndrome de resistência à insulina, quarteto letal, síndrome X ou plurimetabólica. Em uma conferência em 1988, Reaven sugeriu cinco condições da SM, todas elas associadas à maior risco de doença cardiovascular: intolerância à glicose, hiperinsulinemia, aumento de triglicérides, diminuição do colesterol HDL e hipertensão arterial. O termo “síndrome metabólica”, entretanto, tem sua origem anterior ao ano de 1950, quando foi referida por Joslin e Kylin em suas anotações em 1920, porém seu uso tornou-se mais popular a partir de 1970, quando começaram a ser descritos vários fatores de riscos cardiovasculares e metabólicos ligados à mesma (p. ex.: diabetes mellito). Em 1956, Vogue faz referência descrevendo pela

primeira vez a obesidade como um sinal adverso para a economia orgânica, vindo a se constituir num elemento predisponente ao diabetes, à aterosclerose, à gota e às litíases em geral, especialmente a vesicular.

No ano de 1967, Avogaro et al. descrevem seis pacientes diabéticos, com obesidade moderada, que apresentavam associadas hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Foi instituída uma dieta hipocalórica com baixa quantidade de carboidratos, ocorrendo melhora do seu quadro metabólico.

Em 1977, Haller utilizou os termos “síndrome metabólica” para associar a presença de obesidade com o diabetes tipo 2, hiperlipoproteinemia, hiperuricemia e esteatose hepática, referindo-se que essas condições eram fatores de risco da aterosclerose.

Nessa mesma época, Singer utilizou o termo SM para associação de obesidade, gota, diabetes tipo 2, hipertensão arterial e hiperlipoproteinemia.

Nos anos de 1977 e 1978, Phillips desenvolveu o conceito para fatores de riscos em infarto do miocárdio e que os mesmos eram decorrentes de uma “constelação de anormalidades”, estando entre elas a intolerância à glicose, hiperinsulinemia, hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica, as quais, quando associadas, não somente geram doença coronariana, mas também obesidade e outros estados clínicos.

A obesidade e a diminuição da atividade física aumentam a resistência à insulina e, portanto pioram a síndrome. Entretanto, ela pode ser encontrada em indivíduos sãos, com peso normal e tolerância à glicose. Esta síndrome, como a maioria, apresenta vários componentes e nem todos precisam estar expressos para caracterizá-la.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o National Cholesterol Education Program (NCEP) utilizam a SM para designar um conjunto de alterações metabólicas (dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, obesidade central e resistência à insulina) que comumente se manifestam juntas e são, cada um, fatores de risco de doença cardiovascular, porém, quando combinados, eles

se potencializam. A resistência à insulina pode ser um fator etiopatogênico comum aos elementos da síndrome metabólica, embora essas conexões não estejam completamente entendidas (BORGES, 2007). A resistência à insulina é causada por um defeito, que não é bem compreendido, da ação da insulina. O início da resistência à insulina é anunciado por hiperinsulinemia pós-prandial, seguida da hiperinsulinemia de jejum e finalmente hiperglicemia. Um grande contribuinte preliminar para o desenvolvimento da resistência à insulina é uma superabundância dos ácidos graxos circulantes. No desenvolvimento da resistência à insulina, o aumento da lipólise produz mais ácido graxo que reduzem ainda mais o efeito antilipolítico da insulina. O excesso de ácidos graxos aumenta a disponibilidade do substrato e cria resistência à insulina modificando a sinalização do jusante. Os ácidos graxos prejudicam a captação de glicose mediada pela insulina e acumulam-se como triglicerídeos tanto nos músculos esquelético quanto no cardíaco, enquanto o aumento da produção de glicose e o acúmulo de triglicerídeos são observados no fígado.

DIAGNÓSTICO E PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA

A etiologia da SM é ainda desconhecida, mas estão envolvidos fatores genéticos, metabólicos e ambientais, a obesidade (principalmente na região abdominal) e o sedentarismo. O diagnóstico da SM é baseado na observação da circunferência da cintura, no HDL, nos triglicerídeos, na pressão arterial e glicemia de jejum no sangue (GUIMARÃES, 2005) (Quadro 1). Outro distúrbio maior da lipoproteína na SM é uma redução do HDL-colesterol. Esta redução é uma consequência das modificações na composição e no metabolismo do HDL. Na presença de hipertrigliceridemia, há redução no conteúdo de HDL-colesterol. Além do HDL, as LDL são modificadas na sua composição⁵.

⁵As LDL densas e pequenas são consideradas mais aterogênicas, podendo ser tóxicas para o endotélio.

A maioria das pessoas que tem a SM, possivelmente, é assintomática. Contudo, corre o risco de desenvolver doenças crônicas graves no futuro, tais como diabetes e doenças cardiovasculares.

Os fatores que caracterizam a SM resultam de uma cadeia de eventos que ocorrem no interior do organismo. A obesidade abdominal inicia todo o processo, pois essa gordura acumulada (ácidos graxos) gera triglicerídeos de excesso. Os triglicerídeos, que vão para a circulação sanguínea, reagem com o HDL-C fragmentando suas moléculas. A fragmentação das moléculas do HDL-C potencializa sua eliminação pelo corpo e o HDL-C perde com isso seu poder de proteção cardiovascular. A mesma fragmentação acontece com o mau colesterol (LDL-C), que dá origem a pequenas partículas do mau colesterol, que são ainda mais perigosas, ajudando na formação da aterosclerose.

O fígado também é atingido pela grande quantidade de ácidos graxos na circulação, prejudicando a atuação da insulina, o que pode levar ao diabetes do tipo 2 ou do adulto. Como a insulina é responsável pelo processamento do açúcar no corpo, o pâncreas passa a produzi-la em maior quantidade a fim de evitar diabetes. Contudo, a grande quantidade de insulina aumenta a retenção de sódio no organismo, que, por sua vez, eleva a pressão arterial, com risco de acidente vascular cerebral.

A prevalência da Síndrome Metabólica tende a crescer em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento, tal como o Brasil, devido ao aumento da população idosa (mais de 60 anos) e ao conhecido crescimento dos indicadores de morbidade das doenças degenerativas, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1996 foram registradas 26.315 mortes tendo como causa básica o diabetes. Já em 2005 houve 40.315 óbitos pela mesma causa básica, o que representa um aumento de 53,2% no período. No estado do Rio de Janeiro, essa causa básica de óbito foi encontrada em 4.857 casos em 1996 e em 5.400 em 2005, crescimento de 11,2%. Com relação

às internações, houve 11.464 no estado do Rio de Janeiro, em 2006, por causa do diabetes mellito e 2.863 na capital. No Brasil, ocorreram 121.432 internações por esta causa no mesmo período (<http://tabnet.datasus.gov.br/>).

Segundo Borges et al. (2007), as diferentes classificações da SM têm mostrado valores variados na prevalência da doença em todo o mundo. Estima-se que 20% a 25% da população mundial tenham SM. Têm sido observados valores de 20% a 30% da população dos EUA com SM.

Nos estudos de Shimamoto e de Sone et al., foi observado que a população do Japão com diabetes tipo 2 tem uma prevalência de SM em 38% a 53%, a depender do sexo e do critério utilizado para definir a SM. Pelos critérios da NCEP, a população nipo-brasileira apresenta elevada prevalência de SM de 57%. Dados representativos da prevalência da SM têm proporcionado distintos valores. Os autores estimaram que cerca de 20 a 25% da população mundial tenham essa síndrome. Os autores também estimaram que, entre os norte-americanos, de 20 a 30% da população adulta têm SM. Thomas et al. referem que a SM está associada ao risco aumentado de mortalidade também em populações asiáticas. Rendell e Gurwitz (2006) referem a SM à “praga do século XXI nos países desenvolvidos”, citando que mais de 40% da população americana com mais de 60 anos são portadores da síndrome.

A presença de múltiplos fatores determinantes do diagnóstico da SM, seja de natureza comportamental ou laboratorial, e a presença das doenças indicadoras da SM dificultam a conclusão do diagnóstico nas diferentes especialidades em que o paciente é atendido, uma vez que cada especialista trata, em geral, apenas das manifestações na sua especialidade. O clínico geral poderia estar associando o quadro da SM por acompanhar o paciente nas consultas de rotina, usando um dos critérios de definição de caso estabelecido.

O monitoramento da prevalência das fontes de risco para doenças crônicas não transmissíveis, principalmente os de natureza

comportamental – dieta, sedentarismo, dependências químicas (tabaco, álcool e outras drogas) – cujas evidências científicas de associação estejam comprovadas, é uma das ações da vigilância mais importantes, que podem programar ações preventivas com maior poder custo-efetivo. A Síndrome Metabólica se constitui também em fator de risco para outras doenças além das cardiovasculares. Takeaki et al. citam a SM como fator preditivo para a depressão.

PRIMEIRA DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA

A SM é reconhecida como uma entidade complexa que associa fatores de riscos cardiovasculares bem estabelecidos, como hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes, entre outros. Com a deposição central de gordura e a resistência à insulina, a SM já ganha a dimensão como um dos principais desafios da prática clínica nesse início de século. Afinal, sua concomitância com afecções cardiovasculares aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em aproximadamente 2,5 vezes.

Compreendendo a importância do tema e coerência com os avanços mais atuais dos conhecimentos científicos, a Sociedade Brasileira de Hipertensão estruturou a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (1-DBSM). Para tanto, contou com o apoio e a participação efetiva de quatro outras grandes sociedades médicas de abrangência nacional: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes e Associação Brasileira para Estudos da Obesidade.

Existem alguns desencontros na definição de SM, por não haver uma descrição definitiva. Com isso, cada grupo de especialistas segue um conjunto de patologias associadas, de acordo com trabalhos desenvolvidos. Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a SM tem como ponto de partida a avalia-

ção da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, o que dificulta a sua utilização. Para a National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), a SM representa a combinação de pelo menos três componentes dos apresentados no Quadro 1. A definição do NCEP-ATP III foi desenvolvida para uso clínico e não exige a comprovação de resistência à insulina, facilitando a sua utilização (Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005).

Segundo a 1-DBSM, a Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado com a deposição central de gordura e a resistência à insulina. Pela sua simplicidade e praticidade, a definição recomendada pela 1-DBSM para diagnóstico da SM é a definição do NCEP-ATP III.

De acordo com as diretrizes europeias sobre SM, a doença é caracterizada pela presença de três ou mais dos seguintes indicadores clínicos: cintura abdominal acima de 94 cm para homens e 80 para mulheres; glicose acima de 100 mg/dL; pressão arterial igual ou acima de 130 mmHg por 85 mmHg; HDL-C abaixo de 40 mg/dL para homens e 50 para mulheres; e triglicérides acima de 150 mg/dL. Controlar esses índices é fundamental.

Quadro 1 – Componentes da Síndrome Metabólica segundo o NCEP-ATP III

| | |
|----------------------------|---|
| Obesidade Abdominal | Circunferência para homens maior que 102 cm e para mulheres, maior que 88 cm. |
| Glicose | Acima de 110 mg/dL. |
| Triglicérides | Elevado, maior que 150 mg/dL. |
| HDL-Colesterol | Para homens, menor que 40 mg/dL e para as mulheres, menor que 50 mg/dL. |
| Hipertensão | Maior que 135/85 mmHg ou uso de anti-hipertensivos. |

Nota: A presença de diabetes mellito não exclui o diagnóstico de SM. Fonte: Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2005.

Em síntese, há evidências científicas bastante sedimentadas sobre a relevância da SM e a disponibilidade de meios efetivos para sua identificação/diagnóstico que tornam recomendável a incorporação de rotinas assistenciais adequadas para a abordagem da SM. No que diz respeito aos profissionais (especialistas), seria importante construir uma rede de referência, interconsulta e colaboração, onde o clínico teria papel de destaque. O sucesso dessas medidas passa pelo engajamento de todos os profissionais que de alguma forma participam em diferentes níveis de assistência.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado com dados clínicos de prontuários de pacientes do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da ENSP, atendidos no ano de 2006. A seleção dos prontuários foi feita a partir do Sistema Gerenciamento de Informações Locais (GIL) utilizado no CSEGSF. Foram selecionados para análise os prontuários de pacientes de 50 anos ou mais, de ambos os sexos, atendidos com diagnóstico da SM (código E90) ou com diagnósticos de doenças ou agravos associados (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo II e obesidade). Desse universo foi realizada uma revisão de prontuários das histórias clínicas, visando obter as seguintes informações: idade, sexo, outros diagnósticos, uso de medicação, pressão arterial, circunferência abdominal, peso, dieta e resultados laboratoriais. Os dados foram coletados numa ficha de coleta de dados e, posteriormente, passados para um banco de dados.

A avaliação do diagnóstico clínico de Síndrome Metabólica (SM) verificado nos prontuários foi confrontada com o critério estabelecido pela National Cholesterol Education Program (NCEP) para se determinar o diagnóstico da Síndrome Metabólica. O código atribuído para uso dessa Síndrome no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria foi definido, provisoriamente, como “E90”. O uso

desse código convencionado está sendo verificado quanto ao seu uso adequado.

RESULTADOS

No ano de 2006, foram atendidos 2.092 pacientes com 50 anos de idade ou mais no Centro de Saúde Germano Sinval Faria, para os quais foram realizadas 5.120 consultas médicas, com média de 2,4 consultas por paciente no ano.

Nestas consultas, foram diagnosticados 11 casos de síndrome metabólica (0,5%). No entanto, nesse ano observou-se que os diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes mellito tipo 2, obesidade e dislipidemia apareceram com frequência elevada, respectivamente, 95%, 27%, 8% e 8% (Tabela 1). E, ainda, que a presença simultânea de três ou mais destes diagnósticos foi relatada para 99 pacientes (4,7%), mas somente para 4 deles havia sido feito o diagnóstico de SM pelo médico, restando 95 pacientes (95,9%) com a ausência do diagnóstico adequado da síndrome (Tabela 2).

Tabela 1 – Diagnósticos relatados no prontuário e códigos da CID-10 usados para a classificação

| Diagnóstico | Códigos usados | Casos | Percentual |
|-----------------------------|---|-------|------------|
| Síndrome Metabólica | E90 | 11 | 0,5 |
| Hipertensão Arterial | I10 | 1996 | 95,4 |
| Diabetes Mellito | E11.3 E11.8 E11.9 E14.3 E14.4 E14.8 E14.9 | 564 | 27,0 |
| Obesidade | E66.8 E66.9 | 170 | 8,1 |
| Dislipidemia | E78.0 E78.1 E78.5 E78.8 | 167 | 8,0 |

Tabela 2 – Presença de diagnósticos de SM e indicadores da SM relatados no prontuário

| Três ou mais códigos indicadores de SM | Diagnóstico médico (SM) | | Total |
|--|-------------------------|-------|-------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 4 | 95 | 99 |
| Não | 7 | 1.986 | 1.993 |
| Total | 11 | 2.081 | 2.092 |

Nota: A presença de diabetes mellito não exclui o diagnóstico de SM. Fonte: Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2005.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da proporção de idosos na população brasileira, observado a partir das três últimas décadas, aponta para a necessidade do desenvolvimento de novos estudos que procurem avaliar o impacto das doenças crônicas degenerativas neste segmento populacional em nosso meio. O aumento da prevalência das doenças degenerativas é, em grande parte, decorrente do acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica em curso nesse país. Estas doenças apresentam grande importância na população idosa (60 anos e +), tanto pela elevada ocorrência, como também pelo fato de apresentarem complicações, as quais contribuem para a queda da qualidade de vida dos idosos, além de determinarem um aumento do consumo de recursos de saúde.

No início do século XX, as afecções que atingiam a população eram doenças infecciosas agudas e as causas, externas (violências, procedimentos e efeitos adversos). Como as causas infecciosas e parasitárias diminuíram sua importância, primeiro nos países desenvolvidos, depois nos outros países, isto favoreceu o aumento

da sobrevivência dessas populações. Nessas populações, as causas de morte foram substituídas pelas chamadas doenças degenerativas que atingem as populações de mais idade.

O estudo das doenças degenerativas e de outros agravos à saúde poderá ser de grande utilidade para o planejamento da prevenção primária, secundária e terciária. A atenção ao paciente deverá incluir o diagnóstico e o tratamento.

Considerando os programas de controle de certos agravos do Ministério da Saúde (MS) e sendo um dos exemplos o diabetes mellito, a hipertensão arterial e as neoplasias, é importante destacar a necessidade de se incrementar a questão do estudo das doenças degenerativas para se conhecer a real condição dos agravos que atingem a população a conseguir melhor prevenção e controle.

Embora as chamadas doenças degenerativas sejam relacionadas à idade avançada, o processo degenerativo no ser humano pode iniciar-se mais cedo. A Síndrome Metabólica pode, muitas vezes, cursar assintomaticamente por um bom tempo. Suas condições associadas – hipertensão, diabetes, dislipidemia – favorecem o aparecimento da aterosclerose, que pode levar às doenças cardiovasculares, com alta letalidade.

É importante ressaltar que a SM tem como seus primeiros achados a obesidade central e a hipertensão.

A alta frequência observada de diagnóstico simultâneo de doenças indicadoras da SM sem ser referida à presença da síndrome indica subestimação dos casos de SM. Este fato pode ser atribuído, em parte, pela inexistência do código específico para a síndrome.

Para melhor entender a questão da ausência do código específico para a Síndrome e a forma que se enfrenta este problema nas unidades de saúde, faz-se necessária uma avaliação pormenorizada dos diagnósticos realizados e códigos usados pela equipe de saúde de modo a ser possível propor orientação para a solução do problema. Acredita-se que com a presença da SM nos sistemas de informação em saúde (SIM, SIH/SUS/GIL) esta passe a preocupar os estudiosos, a exemplo do que ocorre com outras patologias,

gerando publicações. A SM vem sendo discutida como fator de risco para as doenças cardiovasculares na especialidade de cardiologia, endocrinologia, metabologia, porém ainda como fator isolado em cada especialidade. Como não é parte de informação dos sistemas informatizados, dificulta a visão do todo que a SM representa como entidade mórbida.

REFERÊNCIAS

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. *Primeira Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica*, v. 84, Suplemento 1, abril. 2005.

AVOGARO, P. et al. Associazione di hiperlipidemia, diabete mellito e obesità di médio grado. *Acta Diabeto*, v. 4, p. 20-34, 1967.

BARRIOS, V. et al. Prevalence of the syndrome in patients with hypertension treated in general practice in Spain: An assessment of blood pressure and low-density lipoprotein cholesterol control and accuracy of diagnosis. *The Journal of Cardiometabolic Syndrome*, v. 2, p. 9-15, 2007.

BORGES, P. K. O. et al. Japanese-Brazilians Diabetes Study Group. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, p. 758-759, mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus – <http://tabnet.datasus.gov.br/>
CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. A AIDS/SIDA: As estatísticas de mortalidade como fonte de informações. São Paulo: USP, 1990.

ECKEL, R. H. *Harrison medicina interna*, 17. ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2005. p. 1509.

HALLER, H. Epidemiology associated risk factors of hiperlipoproteinemia. *Z Gesamte Inn Med*, v. 32, p. 124-128, 1977.

LEÃO, B. F. *Padrões para representar a informação em saúde*. Secretaria Executiva Ministério da Saúde, outubro de 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. re-

visão, São Paulo: CBCD, p. 265-302, 1995. v. 1.

_____. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Genebra, 2002.

PHILLIPS, G. B. Relationship between Serum sex hormones and glucose, insulin and lipid abnormalities in men with myocardial infarction. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*, v. 74, p. 1729-1733, 1977.

_____. Sex hormones risk factors and cardiovascular disease. *Am J Med*, v. 67, p. 7-11, 1978.

RENDEL, M.; GURWITZ, D. Metabolic syndrome: a wake-up call. *Drug development research*, v. 67, p. 535-538, 2006.

SHIMAMOTO, K. Epidemiologic study on metabolic syndrome-comparison between Japan and west-ern countries. *Nippon Rinsho*, v. 62, p. 1053-8, 2004.

SINGER, P. Diagnosis of primary hiperlipoproteinemia. *Z Gesamte Inn Med*, v. 32, p. 129-133, 1977.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. The Hormone Foundation and the Endocrine Society. Set. 2005.

SONE, H. et al. Is the diagnosis of metabolic syndrome useful for predicting cardiovascular disease in asian diabetic patients? *Diabetes care*, v. 28, p. 1463-71, 2005.

TAKEUCHI, T. et al. Association of the metabolic syndrome with depression and anxiety in japonese men: a 1-year cohort study. *Diabetes/metabolism research and reviews*, v. 25, p. 762-767, 2007.

THOMAS, G. N. et al. Metabolic syndrome increases all-cause and vascular mortality: the Hong Kong cardiovascular risk factor study. *Clinical endocrinology*, v. 66, p. 666-671, 2007.