

* Artigo Original

Vocabulário padronizado e informações em saúde: é necessária uma codificação para a Síndrome Metabólica?

Standardized vocabulary and health information: is a code necessary for Metabolic Syndrome?

Nair Navarro

Médica, Mestre em Ciências Pedagógicas, Professora pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde - LIRES/EPSJV/FIOCRUZ
nnavarro@fiocruz.br

Sergio Pacheco de Oliveira

Doutor em Saúde Coletiva, Pesquisador da ENSP/Fiocruz
spacheco@ensp.fiocruz.br

Dayse Pereira Campos

Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora do IPEC/Fiocruz
dayse@fiocruz.br

Felipe Ferreira Ramos Costa

Graduado em Filosofia, professor de Filosofia da SEEDUC/RJ. Colaborador do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde - LIRES/EPSJV/FIOCRUZ
brevetudo@gmail.com

DOI: 10.3395/reciis.v7i2.Sup1.798pt

Resumo

Padrões de vocabulário definem quais os vocábulos a ser utilizados na descrição da informação. Na área de Saúde trata-se de códigos utilizados para representar diagnósticos e procedimentos facilitando identificação e registro para fins de gerenciamento da atenção individual e estudos em Saúde Coletiva. No presente estudo discute-se a necessidade de código específico para a síndrome metabólica (SM) e sua inclusão na *Classificação Internacional de Doenças*, posto que não consta na versão atual (décima revisão). Segundo relatório da National Cholesterol Education Program, um indivíduo é considerado portador da SM quando apresenta minimamente três das seguintes alterações metabólicas: hipertensão arterial, glicemia em jejum alterada, dislipidemia e obesidade; conferindo alto risco para ocorrência de doença cardiovascular. Foram analisados dados do sistema de informação e de prontuários de uma unidade básica de saúde buscando a ocorrência de registros da SM, estabelecido pelos profissionais como código "E90", e morbidades associadas. Como resultados: foram encontrados 104 casos, contudo apenas 25 casos de SM foram relatados nos prontuários; destes, somente 11 constavam no sistema de informação da unidade. Destaca-se a necessidade de atribuir um código à SM e difundir o mesmo para dar conhecimento aos gestores de sua real prevalência.

Palavras-chave: Padrões de vocabulário; Síndrome metabólica; Classificação Internacional de Doenças – CID; Informação em Saúde; Prontuário do paciente.

Abstract

Vocabulary standards define which words should be used to report information. In health care, codes are used to represent diagnoses and procedures, facilitate identification and recording for the purpose of managing individual care and to study public health. In the present study, the need for a specific code for metabolic syndrome (MS) and its inclusion in the International Classification of Diseases is discussed. According to a report by the National Cholesterol Education Program, an individual is considered an MS patient when presenting at least three of the following metabolic abnormalities: high blood pressure, abnormal fasting glucose, dyslipidemia and obesity, which indicate a high risk for cardiovascular disease. Data from the information system and medical records from a primary health center were analyzed to determine the co-occurrence of MS records, known by the code "E90", and associated morbidities. The results showed that 104 cases were found, but only 25 cases of MS were reported in the medical records. Of these, only 11 were in the center's information system. The findings suggest that a code should be assigned to MS and disseminated to help managers see its true prevalence.

Keywords: Vocabulary standards; Metabolic syndrome; International Classification of Diseases – ICD; Health information; Patient medical records

Introdução

De acordo com a definição da Organização Internacional de Padronização (Internacional Standards Organization – ISO), Padrão é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um grupo reconhecido, que estabelece para uso geral e repetido, um conjunto de regras, protocolos ou características de processos com o objetivo de ordenar e organizar atividades em contextos específicos para o benefício de todos. A padronização é por natureza uma atividade voluntária, pública e de participação livre para todos os interessados.

A questão do uso de padrões de informação na área de saúde no Brasil vem sendo motivo de reflexões. Podemos localizar o início dessa discussão como uma problemática de saúde pública na década de 1970, com a implantação do primeiro sistema de informação em saúde, o Subsistema de informação em mortalidade (1975). Naquele momento cada estado da federação emitia seu formulário de declaração de óbito (DO), o que dificultava a compilação e o tratamento dos dados. A primeira providência tomada pelo Ministério da Saúde (MS) foi padronizar o formulário para uso em todo o país.

Outra medida observada pelo MS nesse âmbito foi relativa à informação de causa de declaração de óbito (DO), que deveria seguir o padrão internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para preservar a comparabilidade das informações das causas de morte, tanto em nível nacional quanto internacional.

As principais categorias de padrões na área de informação e informática em saúde são: padrões de vocabulário, padrões de conteúdo e estrutura, padrões de comunicação e padrões de privacidade, confidencialidade e segurança. No caso, padrões de vocabulário definem quais vocábulos devem ser utilizados na descrição da informação. Trata-se de códigos utilizados para representar diagnósticos e procedimentos visando facilitar a identificação e o registro dos mesmos para fins de diagnóstico e tratamento no âmbito da Clínica e para estudos no âmbito da Saúde Coletiva.

A padronização de vocabulários em saúde tem suscitado uma série de eventos, pesquisas e formação de grupos de discussão, envolvendo inúmeros profissionais em vários países, considerando interesses comuns (LEÃO, 2000). Dentre os padrões de vocabulários em uso no setor de saúde no Brasil podemos citar: *Classificações de Procedimentos*, a *Classificação de Cuidados Primários* e a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)*.

Um dos principais objetivos da CID é permitir a realização de estatísticas das doenças, e 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. Para atender a finalidade a que se propõe a CID passa continuamente por revisões, que têm por objetivo a adaptação da Classificação às novas tecnologias diagnósticas e inclusão de novas doenças. A última revisão, a décima, ocorreu em 1989, e uma das principais modificações foi a inclusão, de forma adequada, da síndrome da imunodeficiência adquirida, a AIDS, descoberta, em 1981. (OMS, 2009)

Existem atualmente nove Centros Colaboradores da OMS para a Classificação de Doenças que prestam assistência aos países no desenvolvimento e no uso de Classificações relacionadas à saúde. Esses centros estão localizados no Reino Unido, Estados Unidos da América, Austrália, China, França, Suécia, Brasil, Rússia e Venezuela.

A CID não tem sido atualizada entre as revisões, entretanto foi proposta a introdução de mecanismos para, por intermédio dos Centros Colaboradores, quando necessário, o fornecimento de códigos adequados para as novas doenças. Assim, os países devem levar ao conhecimento de um dos Centros Colaboradores quaisquer problemas que eventualmente possam encontrar no uso da CID e, especialmente, quando uma nova doença é descrita e para a qual a CID não apresenta uma classificação apropriada.

A CID dá conta de uma ampla gama de sinais, sintomas, achados anormais, queixas e circunstâncias sociais que podem ocupar o lugar de um diagnóstico em registros relacionados à saúde. Ela pode então ser usada para classificar dados registrados sob títulos como "diagnóstico", "razão para admissão", "afecções tratadas" e "motivo de consulta", que aparecem numa ampla variedade de registros de saúde a partir dos quais se derivam estatísticas e outras informações de situação de saúde. Embora a CID seja adequada para muitas aplicações diferentes, ela nem sempre permite a inclusão de detalhes suficientes para algumas especialidades, e pode ser necessária a informação acerca de diferentes atributos das afecções classificadas.

A Síndrome Metabólica (SM), agravo considerado de alto risco para doença cardiovascular, não está contemplada na atual revisão da Classificação Internacional. A ausência de um código na CID para a SM dificulta a identificação e o registro adequado, implicando desconhecimento sobre a sua real ocorrência na população, e conseqüentemente a não adoção de medidas preventivas.

A síndrome metabólica é o nome proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults* (NCEP-ATP III) para um conjunto de fatores de risco metabólico que comumente se manifestam de forma associada e constituem alto risco para doença cardiovascular. O diagnóstico da SM é dado quando três ou mais fatores de risco estão presentes simultaneamente.

Este estudo foi motivado pela necessidade dos médicos do Centro de Saúde Germano Sinval Farias, unidade pertencente à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ) que, sensibilizados pela importância da produção de

informação consistente para subsidiar o processo decisório na Clínica e na Saúde Coletiva, se ressentiam da inexistência de um código específico na CID para a síndrome metabólica. O objetivo principal do estudo é discutir a necessidade da inclusão da SM na Classificação Internacional de Doenças em sua próxima revisão.

Aspectos conceituais, clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica

O termo síndrome metabólica (SM) descreve um conjunto de fatores de risco metabólico, tais como obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardiovasculares, incluindo doença arterial do coração (DAC), infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral (AVC) e fibrilação atrial.

Embora ainda pouco difundida como agravo relevante para a Saúde Coletiva no Brasil, essa síndrome tem sido descrita há algumas décadas. Segundo Meisinger et al. (2006) a SM foi difundida como morbidade a partir de 1975, após Hermann Haller ter introduzido o termo na literatura científica baseado nos estudos que desenvolveu, identificando combinações de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e distúrbio metabólico da glicose como fatores de contribuição para aumento do risco de doenças cardiovasculares, destacando a obesidade como o fator mais comum. Contudo, para Eckel et al. (2005), a síndrome já teria sido relatada por Kylin, médico sueco que em 1923 descreveu a associação de distúrbios metabólicos (hipertensão, hiperglicemia e gota) constituindo o agravo. Posteriormente, em 1956, Vague teria já relacionando a obesidade como um fator associado a certas anormalidades metabólicas, contribuindo com a definição da síndrome.

Para ECKEL (2008), a síndrome metabólica consiste em um grupo de anormalidades metabólicas que conferem aumento de risco de doença cardiovascular (DCV) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Nesse sentido, Gerald Reaven desempenhou um papel importante no desenvolvimento do conceito da síndrome metabólica, relacionando riscos cardiovasculares e a síndrome "X", como ele a intitulou. Em 1988 esse pesquisador demonstrou a importância clínica desta síndrome identificando e relacionando-a com a resistência à insulina como um fator fisiopatológico (REAVEN, 1993).

No ano de 2001, a partir do *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (NCEP-ATP III)*, referente à atenção, avaliação e tratamento do colesterol alto em adultos, foram renomeados os fatores de riscos cardiovasculares e desordens metabólicas como "síndrome metabólica". O relatório e o artigo de 1988 são considerados "certidões de nascimento" da síndrome metabólica (REAVEN, 2006).

O critério para o diagnóstico da SM, que teve sua definição pela OMS em 1998, vem se refletindo nas crescentes evidências e análises clínicas por uma variedade de conferências de consenso e organizações profissionais. Cassiano (2011), em seu estudo intitulado "Análise de componentes da síndrome metabólica e complicações em pacientes com diabetes mellitus tipo 2", conclui que o rastreamento de componentes da síndrome metabólica é muito importante e deveria ser obrigatório no controle de pacientes portadores de DM2.

Os principais fatores que levam ao desenvolvimento de SM incluem: hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, aumento da pressão arterial, colesterol anormal e tendência para diabetes (predisposição genética). A resistência à insulina pode ser um fator etiopatogênico comum aos elementos da síndrome metabólica, embora essas conexões, segundo Barrios et al. (2007), não estejam completamente entendidas.

O aumento da circunferência abdominal (CA) é um importante componente dos critérios diagnósticos mais recentes e mais frequentemente aplicados à SM. A obesidade abdominal inicia todo o processo, pois essa gordura acumulada gera excesso de triglicerídios, que na circulação sanguínea reagem com o HDL-C, fragmentando suas moléculas. A fragmentação das moléculas do HDL-C potencializam a eliminação desse lipídio pelo corpo, perdendo com isso seu poder de proteção cardiovascular. A mesma fragmentação acontece com o mau colesterol (LDL-C) que dá origem a pequenas partículas que são ainda mais perigosas, ajudando na formação da aterosclerose (ECKEL, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2004), o risco de doenças cardiovasculares relacionadas à aterosclerose também é aumentado em indivíduos com índice de massa corporal (IMC) a partir de 25 kg/m², quando se caracteriza o sobrepeso, de acordo com classificação adaptada pela OMS, especialmente naqueles com depósitos abdominais de gordura – e é independente de outras alterações metabólicas geralmente associadas à obesidade, como hipertensão, dislipidemia e alterações do metabolismo glicídico. Para qualquer IMC, o risco parece ser maior para os indivíduos com maiores valores de relação cintura/quadril (RCQ) ou circunferência abdominal (CA).

Os critérios atualmente em vigor para confirmar cada uma das alterações na identificação da SM para uso clínico são os estabelecidos pela NCEP-ATPIII (Quadro1). A escolha por esses critérios pautou-se na não exigência da comprovação de resistência à insulina, como está previsto nos critérios da OMS.

Quadro1 - Componentes da Síndrome Metabólica segundo o NCEP-ATPIII

Obesidade Abdominal: Circunferência para homens maior que 102 cm e para a mulher maior que 88 cm.

Glicose acima de 110 mg/dl.

Triglicerídeos: Elevado maior do que 150 mg/dl.

HDL (Colesterol): Para o homem menor que 40mg/dl e para as mulheres menor de 50 mg/dl.

Hipertensão: Alta maior do que 130/85 mmHg ou uso de anti-hipertensivos.

Nota: A presença de Diabetes mellitus não exclui o diagnóstico de SM.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005.

No Brasil a referência quanto à SM aparece com a criação da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I DB-SM) em 2005, de responsabilidade das associações médicas especialistas, como Sociedades de Cardiologia, Metabologia, Hipertensão Arterial, etc. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

As diversas classificações da SM têm mostrado valores variados na prevalência da doença em todo o mundo; estima-se que 20% a 25% da população mundial tenha essa síndrome (BORGES, 2007). Estudos norte-americanos mostram que 20% a 30% da população adulta naquele país tem SM, atingindo aproximadamente 50% das pessoas com mais de 60 anos, 85% de diabéticos e de 40% a 50% dos cardíacos; e a prevalência da SM em pessoas com mais de 40 anos teria aumentado para 60% durante a última década (BARRIOS et al., 2007). De acordo com estatísticas americanas a SM ocorreria em função de problemas relacionados com inatividade (sedentarismo) e abusos alimentares.

As observações de que a SM apresenta prevalência elevada e crescente com o incremento da faixa etária são aspectos preocupantes considerando o envelhecimento da população em diferentes países (POZZAN et al., 2004). As consequências desse quadro se fazem sentir nos sistemas de saúde de vários países que discutem as demandas crescentes impostas pelas doenças crônicas e suas complicações.

A visão dos médicos sobre SM tem se ampliado, principalmente após a famosa descrição de Gerald Reaven (1993), proporcionando condições para desenvolver conhecimentos, tais como: compreensão da fisiopatologia do agravo e de como os fatores de risco podem estar associados, utilização de abordagens terapêuticas mais amplas, conscientização sobre a importância de tratar globalmente o paciente e instituir medidas preventivas, bem como a necessidade de se combater a obesidade e o sedentarismo (ECKEL et al., 2005). Essas discussões se tornam de grande importância pela aproximação criada nas áreas de endocrinologia e cardiologia, o que faz com que os profissionais passem a ver seus pacientes de forma mais abrangente. Pode-se dizer que se dá o nascimento da "endocrinologia cardiovascular" ou a "cardiologia endócrina".

Material e métodos

Neste estudo foi realizada uma avaliação transversal da coorte de pacientes atendidos no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), sendo estimada a frequência da síndrome metabólica diretamente diagnosticada pelo médico e indiretamente por meio do relato das alterações que determinam os casos de SM, denominada SM presumível.

O CSEGSF, unidade básica de saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), foi criado em 1967. Esta unidade conta, desde o ano 2000, com um sistema de informação denominado Sistema de Gerenciamento de Informação Local (GIL) desenvolvido pelo DATASUS/MS, para cadastro dos pacientes e registros dos atendimentos.

Os profissionais lotados no Serviço de Informação dessa unidade digitam nesse sistema os dados das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde registradas no prontuário dos pacientes, em especial os diagnósticos médicos, classificando-os e codificando-os pela CID para posteriormente serem usados na gestão e em pesquisas.

Para o desenvolvimento do estudo, no ano de 2005, foi estabelecido através de consenso entre os médicos da equipe do CSEGSF, que o código "E90" seria utilizado, provisoriamente, para identificar a SM. Esse código está previsto, ao final do capítulo IV da CID – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, para agravos metabólicos não contemplados na Revisão em vigor. Desta forma possibilitaria o registro da SM no sistema de informação da unidade.

Incluídos no estudo estão os pacientes que preenchem os seguintes critérios:

- Ter tido pelo menos um atendimento durante o ano de 2006;
- Ser adulto, independente do sexo, com idade igual ou superior a 50 anos;
- Possuir, no sistema GIL, o registro de três ou mais agravos relacionados com a SM ou o próprio diagnóstico de SM codificado em 2006.

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira, realizada no ano de 2009, a principal fonte de dados foi o GIL, verificando a existência do código E90 (SM) e de outros

códigos que se associam a SM como E11/E14 (DM2), E66.8 ou E66.9 (obesidade), I10 (HAS) e E78 (dislipidemia).

Na segunda etapa, durante o ano de 2010, foi realizada a revisão dos prontuários. As informações do sistema informatizado foram comparadas com as dos prontuários para verificação de consistência, confirmando os diagnósticos codificados com o relato médico, considerando todos os atendimentos dos pacientes na unidade.

Os prontuários dos pacientes foram revisados, retrospectivamente, obtendo todos os dados a partir da consulta inicial até 29/12/2006, última consulta da unidade de saúde no ano. O primeiro comparecimento do paciente ao CSEGSF está sendo considerado na pesquisa como consulta inicial.

O formulário de coleta de dados dos prontuários revisados foi dividido em três partes: identificação do paciente e dados da primeira consulta; dados das consultas subsequentes; e resultados de exames. Foram coletadas e analisadas, sempre que registradas, as variáveis: data de nascimento, sexo, altura (cm) e, em toda consulta em que estava disponível foi coletada a informação sobre peso do paciente (kg), circunferência abdominal (cm), pressão arterial, diagnóstico primário, diagnóstico secundário (comorbidades), medicamentos, tabagismo (sim/não), dieta (sim/não) e exercício físico (sim/não).

Foram objeto de registro os resultados e datas de realização dos seguintes exames: colesterol total (CT), HDL-C, LDL-C, triglicerídeos (TG) e glicemia em jejum. Os resultados dos exames foram utilizados para confirmar os diagnósticos codificados de dislipidemia e diabetes quando não havia o diagnóstico correspondente no prontuário do paciente, a fim de não se considerar como corretos possíveis erros de digitação do código.

Para definição de caso de SM, e conseqüentemente tratamento dos dados, utilizou-se como referência o Relatório da National Cholesterol Education Program (NCEP-ATPIII), que em 2001 estabeleceu os critérios para diagnóstico e tratamento da síndrome.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, instituição da qual o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria faz parte, tendo sido aprovado em 02 de abril de 2009, nº do protocolo 186/08.

Resultados

Entre os 2.092 pacientes com 50 anos ou mais e que tiveram pelo menos um atendimento no ano de 2006, a SM foi registrada diretamente com código temporário (E90) no sistema de informação da unidade (GIL) em apenas 11 casos. Por outro lado, foram identificados outros 14 casos de SM corretamente relatados por médicos, mas não codificados no GIL, indicando erros de registros por parte da equipe codificadora. Além destes, outros 95 casos foram localizados no mesmo sistema considerando o critério de terem pelo menos três dos componentes (diagnósticos) da SM, entre eles: dislipidemia, HAS, diabetes tipo 2 e obesidade.

Na comparação dos dados registrados no sistema com os relatos em prontuário, dois casos foram excluídos porque os agravos existentes no sistema não constavam nos prontuários.

Dessa forma, 104 pacientes foram identificados e selecionados para o estudo entre os 2.092 atendidos no período (5,0%). Avaliando os dados destes observou-se que foram realizadas um total de 2.520 consultas do início da assistência, sendo o primeiro registro de 1984, até o fim do acompanhamento avaliado (2006), o que correspondeu a uma média de 24 consultas por paciente. As mulheres constituíram a maioria, tanto em número absoluto (75 ou 72,1%) como em consultas realizadas (77,3%) (Tabela 1).

Observou-se frequência acima de 70% dos agravos hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e dislipidemia, como pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Resumo das informações em valor absoluto e percentual - referente à revisão de prontuário realizada em 2010 - ano base: 2006

Informação	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Pacientes	29 (27,9)	75 (72,1)	104 (100)
Nº de consultas	571 (22,7)	1949 (77,3)	2520 (100)
Média de Consultas	19,7	26,0	24,2
Diagnóstico			
Diabetes	24 (30,8)	54 (69,2)	78 (75,0)
Dislipidemia	21 (28,0)	54 (72,0)	75 (72,1)
HAS	29 (28,4)	73 (71,6)	102 (98,1)
Obesidade	20 (24,1)	63 (75,9)	83 (79,8)
SM diag. médico	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (24,0)
SM diag. presumível	21 (26,6)	58 (73,4)	79 (76,0)
SM total	29 (27,9)	75 (72,1)	104 (100)

O primeiro registro de SM em uma consulta de paciente atendido no CSEGSF aparece em 23/08/2004, e outros casos vão aparecendo em anos seguintes até o ano de 2006. (Tabela 2). Usando os critérios vigentes à época, entre os 104 pacientes havia registro médico no prontuário com diagnóstico da SM (E90) em apenas 25 casos (24%).

Para a distribuição da evolução dos diagnósticos da SM nos anos que foram diagnosticados foi utilizado os eventos históricos, a saber: Em 1988, Gerald Heaven demonstrou a importância clínica da SM; em 1998 a OMS divulgou os critérios para o diagnóstico SM; em 2001 National Cholesterol Education Program (NCEP-ATPIII) estabeleceu os critérios clínicos para diagnóstico e tratamento da síndrome; em 2005 foi publicada a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (IDB-SM), de responsabilidade das associações médicas especialistas, como por exemplo, Sociedades de Cardiologia, Metabologia, Hipertensão Arterial, etc. A publicação dessa Diretriz é importante pela divulgação da SM no Brasil (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do diagnóstico médico da SM segundo os Critérios vigentes

Ano	Critério		Total
	NCEP	IDB	
2004	7	-	7
2005	-	9	9
2006	-	9	9
Total	7	18	25

O índice de massa corporal (IMC) utilizado no diagnóstico da obesidade leva em conta o peso ajustado para a altura e é classificado em: normal, sobrepeso, pré-obesos e obesos (I, II e III). Foi observado os seguintes valores de IMC: Normais e pré-obesos: 33,7% na primeira

medição e 29,8% na última, Obesos: 64,4% na primeira medição e 68,3% na última. Em quatro pacientes não havia nenhum registro de altura e/ou peso no prontuário, mas dois deles possuíam registro de obesidade (E66.9), sem determinar o grau (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) nas consultas inicial e final

Classe do IMC	Frequência	
	1ª medição* (%)	Última medição** (%)
Normal	7 (6,7)	8 (7,7)
Pré-obeso	28 (26,9)	23 (22,1)
Obeso – grau I	33 (31,7)	37 (35,6)
Obeso – grau II	17 (16,3)	16 (15,4)
Obeso – grau III	15 (14,4)	16 (15,4)
Obeso – sem informação	2 (1,9)	2 (1,9)
Sem informação peso/altura	2 (1,9)	2 (1,9)
Total	104 (100)	104 (100)

* não necessariamente primeira consulta.

** não necessariamente última consulta.

Discussão

Embora os médicos da unidade tenham relatado em prontuário apenas 25 diagnósticos de SM, a hipótese era que mais casos de SM poderiam estar presentes. Através do uso dos critérios estabelecidos pela NCEP-ATPIII, foram identificados mais 79 casos prováveis. Como o conjunto de dados foi composto por pacientes que tiveram ao menos três dos diagnósticos relacionados à SM (obesidade -E66. 8-9, HAS - I10, dislipidemia -E78, e diabetes mellitus tipo 2 -E11-14), a expectativa que todos fossem casos de SM se confirmou quando foi analisado o relato médico, consulta a consulta.

Observou-se assim o desconhecimento dos profissionais de que determinadas alterações metabólicas, quando associadas, identificam a SM, agravo relevante por se constituir em alto risco de doença cardiovascular, contudo, em certa medida, passível de prevenção. Outra observação é que, em alguns casos o médico não registrou os resultados dos exames que se constituíam em diagnósticos importantes, impossibilitando assim a classificação e codificação pelos profissionais do Serviço de Informação. A informação em saúde tem por finalidade subsidiar processos decisórios; deve ser atual, completa e fidedigna. O processo de produção envolve as etapas de coleta, processamento, análise e disponibilização dos dados produzidos. A utilização de códigos padronizados facilita o processo, mas, se o registro não for completo e fidedigno, a codificação não atingirá a finalidade.

Outra constatação do trabalho é que, embora a I Diretriz Brasileira para SM date de 2005, os primeiros registros de SM na unidade campo de estudo ocorrem em 2004, indicando que parte da equipe já acompanhava os eventos relacionados à definição da SM anteriores a essa Diretriz: descrição por Gerald Reaven em 1988 e o reconhecimento como diagnóstico em 1989; a definição da OMS em 1998, com divulgação em seu *web site* em 1999; da NCEP-ATPIII em 2001.

Vale ressaltar que essa síndrome tem como base a resistência à ação da insulina, daí também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina. Esse hormônio age menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais insulina elevando o seu nível no sangue. Alguns fatores contribuem para o aparecimento da resistência à insulina, tais como: excesso de gordura (principalmente na região abdominal), ausência de atividade física, além de características genéticas. A obesidade e a diminuição da atividade física aumentam a resistência à insulina e, portanto, agravam a síndrome (REAVEN, 1993).

A obesidade aumenta o risco de hipertensão e de diabetes tipo 2, doenças associadas à agravos cardíacos. Também é de conhecimento médico que a prática de atividade física diminui os níveis de LDL e aumenta os níveis de HDL (o "bom"), diminui o risco de doenças do coração e melhora a saúde como um todo; e que fumar diminui os níveis de HDL. A combinação de colesterol alto com o fumo aumenta o risco de doenças cardíacas e morte.

No Brasil a síndrome metabólica vem sendo discutida nas especialidades de cardiologia e de endocrinologia, mas não como um agravo que pela possível magnitude e pela possibilidade de prevenção deve ser manejada também pelos profissionais da Atenção Básica. A correta identificação da síndrome, bem como o conhecimento de seus aspectos fisiopatológicos, poderão desencadear medidas mais efetivas para prevenir o agravo e conseqüentemente doenças cardiovasculares.

A definição de um código para identificar a SM como diagnóstico facilitará o registro do agravo nos sistemas de informação, e conseqüentemente contribuirá para o conhecimento da sua prevalência na população. Por outro lado, as comorbidades que diagnosticam a síndrome, isoladamente, também tem sua relevância no âmbito da Clínica e da Epidemiologia. Nesse aspecto, a proposta é que a definição dessa codificação contemple as comorbidades nas subdivisões do quarto caractere (ou quarto dígito), a exemplo do que ocorre com a codificação do diabetes (OMS, 2009).

Considerações Finais

Os vários distúrbios metabólicos, quando associados, aumentam o risco de doenças cardiovasculares. Daí a importância do diagnóstico explícito da SM e a sua codificação, facilitando a realização de estatísticas epidemiológicas. A frequência considerável de distúrbios metabólicos nos prontuários investigados indica que houve subestimação dos casos de SM na unidade campo de estudo. Essa subestimação pode ter ocorrido, em parte, devido à ausência de um código para identificar e registrar a síndrome.

A quantificação dos casos e conseqüentemente o cálculo de medidas de prevalência permitem o conhecimento da magnitude do agravo na população. Contudo, a produção da informação na atualidade envolve processos informatizados, e estes necessitam de códigos padronizados, que por sua vez só serão válidos se os registros forem completos e fidedignos.

Posto que a padronização de vocabulário viabiliza a troca de informações, o que geralmente é dificultado no uso do texto livre, destaca-se a necessidade de codificar a SM e divulgar esse código, bem como os seus critérios de diagnóstico, para que possa constar nos sistemas de informação em saúde, e, desta forma, permitir a realização de estatísticas para dar conhecimento aos profissionais de saúde e gestores da real ocorrência do agravo. A adoção de tais medidas permitirá avaliar a pertinência de dispensar esforços no estabelecimento de protocolos de prevenção e tratamento, recomendando o manejo do agravo também pelos profissionais de Atenção Primária.

Referências

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. **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.

CASSIANO, D. P. et al. Análise de componentes da síndrome metabólica e complicações em pacientes com diabetes mellitus tipo2. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v. 9, n.1, p.15, 2011.

ECKEL, R. H. et al. The metabolic syndrome. **Lancet**, v. 366, p.1059-62, 2005.

ECKEL, R. H. A Síndrome Metabólica. In: FAUCI, A. S. et al. **Harrison medicina interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008. p. 1509-1513.

LEÃO, M. B. F. Padrões para representar a informação em saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE INFORMAÇÃO E SAÚDE, 2000, Rio de Janeiro. O **Setor de Saúde no Contexto da Sociedade da Informação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 21-34.

MESINGER, C.; KILETZKO, B.; HENRICH, J. Metabolic Syndrome: older than usually assumed, but still too young to die. **Clinical Chemistry**. v. 52, n. 5, p. 898-899, 2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional

de doenças e problemas relacionados à saúde. – 10. revisão. São Paulo: CBCD, 2009. 3 v.

POZZAN, R. et al. Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular. **Revista da Socerj**. v. 17, n. 2, p. 97-104, 2004.

REAVEN, G. M. Role of insulin resistance in human disease (syndrome X): an expanded definition. **Annual Review of Medicine**. v. 44, p. 121-31, 1993.

_____. The Metabolic Syndrome: what's in a name? replay to: Mesinger et al. Metabolic Syndrome: older than usually assumed, but still too young to die. **Clinical Chemistry**. v. 52, n. 5, p. 898-899, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 84, Supl. 1, p. 1-28, abr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Sobrepeso e Obesidade: diagnóstico. 2004. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf>. Acesso em 12 ago. 2013.

Recebido: 26-03-2013

Aceito: 08-08-2013