



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA –
MEPISCO**



DANDARA ALMEIDA REIS DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME
METABÓLICA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Salvador
2020

DANDARA ALMEIDA REIS DA SILVA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME
METABÓLICA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Dissertação de autoria de Dandara Almeida Reis da Silva, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva junto ao programa Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO da Universidade do Estado da Bahia.

Orientador: Prof. Dr. Magno Conceição das Mercês.

Salvador
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB
Dados fornecidos pelo autor

S586p

Silva, Dandara Almeida Reis da

Prevalência e fatores de risco associados à síndrome metabólica em usuários de um centro de atenção psicossocial / Dandara Almeida Reis da Silva.-- Salvador, 2020.

96 fls.

Orientador(a): Prof. Dr. Magno Conceição das Mercês.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2020.

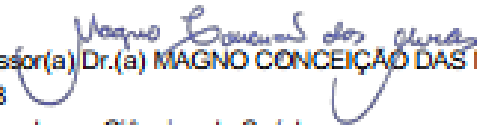
1. Saúde coletiva. 2. Epidemiologia. 3. Saúde mental. 4. Síndrome metabólica.


CDD: 610


FOLHA DE APROVAÇÃO
"PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME METABÓLICA EM
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL"


DANDARA ALMEIDA REIS DA SILVA


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 16 de outubro de 2020, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:


Professor(a) Dr.(a) MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCES
UNEB
Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade Federal da Bahia


Professor(a) Dr.(a) ANA GABRIELA ALVARES TRAVASSOS
UNEB
Doutorado em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia


Professor(a) Dr.(a) LÍVIA LUGARINHO CORREA DE MELLO
IEDE/RJ
Doutorado em Medicina (Endocrinologia)
Universidade Federal do Rio de Janeiro


Professor(a) Dr.(a) PAULO JOSE BASTOS BARBOSA
UNEB
Doutorado em Epidemiologia
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA


Professor(a) Dr.(a) ARGEMIRO D'OLIVEIRA JUNIOR
UFBA
Doutorado em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia

Dedico esse trabalho aos usuários e equipe do Centro de Atenção Psicossocial Eduardo Saback, que me acolheram com tanto carinho e foram luz quando muitos diziam que eu estava no caminho errado.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus por ter feito esse casamento entre Dandara e a medicina, certamente sou agraciada por amar a minha profissão e honrá-la diariamente. Agradeço por ter uma única pegada na areia nos momentos que precisei.

Agradeço a minha família por sempre estarem ao meu lado, incluindo Ícaro que esteve perto em todos os momentos, e meu presenteou com Antônio que em breve estará conosco.

Agradeço ao meu orientador por sempre ser luz e estímulo nessa jornada.

E não poderia esquecer de mestres que estiveram no começo dessa história e certamente ajudaram na construção do meu eu de hoje: Prof.^a Vanda Miranda, Prof.^a Cristiana Nascimento, Prof. Antônio Alberto Lopes, Prof.^a Gildete Lopes e Prof.^a Priscila Gil.

A banca também agradeço a aceitação em dividir comigo esse momento e ajudar que o meu olhar possa ir além.

*“Não sou nem otimista, nem pessimista.
Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos.
Sou um realista esperançoso.
Sou um homem de esperança
Sei que é para um futuro muito longínquo.
Sonho com um dia em que o sol de Deus vai espalhar justiça
pelo mundo todo.”*
Ariano Suassuna

RESUMO

Introdução: A Síndrome Metabólica (SM) está associada ao aumento do risco cardiovascular e maior mortalidade. Na literatura é bem estabelecida a associação entre SM e os transtornos esquizotípicos. Entretanto, estão menos disponíveis estudos entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Objetivo:** Estimar a prevalência da SM entre usuários do CAPS e identificar fatores associados. **Método:** Estudo transversal ambientado em CAPS na cidade de Salvador, Bahia, Brasil entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. **Resultados:** Foram entrevistados 284 usuários, com obtenção de dados sociodemográficos e clínicos. Destes, 214 com exames laboratoriais. A SM esteve presente em 100 indivíduos, 35,2% na amostra e 46,3% entre aqueles com exames complementares. O aumento da circunferência da cintura esteve presente em 165(58,1%) indivíduos e 116(40,9%) eram obesos. Polifarmácia foi identificada em 63(22,3%) usuários e 243(85,9%) faziam uso de antipsicóticos. Na avaliação bruta da razão de prevalência, o sexo feminino (RP=1,88; IC95%:1,35- 2,63) e o uso de antidepressivos (RP=1,41; IC95%:1,05- 1,88) estiveram associados ao diagnóstico de SM, entretanto após a regressão logística, os fatores associados a SM foram: presença de depressão (RP=1,86; IC95%:1,38- 2,51), acantose (RP=1,50; IC95%:1,18- 1,90), uso de antipsicóticos (RP=1,88; IC95%:1,13- 2,75) e alteração na cintura hipertrigliceridêmica (RP=3,33; IC95%:2,48- 4,46). **Conclusão:** A prevalência de SM alerta para a necessidade de rastreio clínico, principalmente entre os usuários de antipsicóticos e indivíduos com depressão. Apesar de não ter sido o objetivo do estudo, a avaliação antropométrica e a identificação de acantose poderiam ser formas de rastreio de indivíduos com risco metabólico no contexto do CAPS.

Palavras-chave: Síndrome metabólica. Transtornos mentais. Obesidade. Centro de Atenção Psicossocial. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Metabolic Syndrome (MS) is associated with increased cardiovascular risk and higher mortality. In the literature, the association between MS and schizotypic disorders is well established. However, studies are less available among users of Psychosocial Care Centers (CAPS). **Objective:** To estimate the prevalence of MS among CAPS users and to identify associated factors. **Method:** Cross-sectional study set in CAPS in the city of Salvador, Bahia, Brazil between August 2019 and February 2020. **Results:** A total of 284 users were interviewed, obtaining sociodemographic and clinical data. Of these, 214 with laboratory tests. MS was present in 100 individuals, 35.2% in the sample and 46.3% among those with complementary exams. Increased waist circumference was present in 165 (58.1%) individuals and 116 (40.9%) were obese. Polypharon was identified in 63 (22.3%) users and 243 (85.9%) used antipsychotics. In the crude evaluation of the prevalence ratio, the female gender (PR=1.88; CI95%:1.35- 2.63) and antidepressant use (PR=1.41; CI95%:1.05- 1.88) were associated with the diagnosis of MS, however after logistic regression, the factors associated with MS were: presence of depression (PR=1.86; CI95%:1.38- 2.51), acanthosis (PR=1.50; CI95%:1.18- 1.90), use of antipsychotics (PR=1.88; CI95%:1.13- 2.75) and hypertriglyceridemic waist alteration (PR=3.33; IC95%:2.48- 4.46). **Conclusion:** The prevalence of MS alerts to the need for clinical screening, especially among antipsychotic users and individuals with depression. Although the objective of the study was not the objective, anthropometric evaluation and identification of acanthosis could be forms of screening of individuals at metabolic risk in the context of CAPS.

Keywords: Metabolic syndrome. Mental disorders. Obesity. Psychosocial care center. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração	Página
Figura 1. Distribuição quantitativa e qualitativa dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.	20
Figura 2. Descrição resumida do desenho do estudo.	32
Quadro 1. Descrição da pesquisa sistematizada sobre síndrome metabólica e transtornos mentais na Bireme, Scielo e PubMed.	27
Quadro 2. Fórmula para cálculo de população finita.	34
Quadro 3. Fluxograma dos participantes da pesquisa.	35
Quadro 4. Definição das variáveis independentes e suas categorias de exposição.	40

LISTA DE TABELAS

Tabelas Gerais	Página
Tabela 1. Aspectos operacionais dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.	22
Tabela 2. Critérios diagnósticos para síndrome metabólica.	25
Tabela 3. Estudos de prevalência da Síndrome Metabólica entre indivíduos com transtornos mentais.	30
Tabelas do artigo	
Tabela 1. Descrição geral do total de usuários do Centro de Atenção Psicossocial, que aceitaram participar do estudo, Salvador, Bahia, Brasil, 2019 (n=284).	48
Tabela 2. Razão de prevalência bruta da Síndrome Metabólica e seus intervalos de confiança de 95%, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, Bahia, Brasil, 2019 (n=215).	50
Tabela 3. Razão de prevalência bruta da Síndrome Metabólica e seus intervalos de confiança de 95%, segundo diagnóstico psiquiátrico e uso de psicofármacos em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, Bahia, Brasil, 2019 (n=215).	51
Tabela 4. Fatores associados à Síndrome Metabólica em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, obtidos por meio da análise multivariada.	52

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AACE	<i>American Association of Clinical Endocrinologists</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CC	Circunferência da Cintura
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIAVE	Centro de Informações Antiveneno
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Departamento de Ciências da Vida
EPI INFO	É um pacote de ferramentas interoperacionais de software de domínio público produzido pelo <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
HDL	Colesterol de alta densidade (HDL- colesterol)
IC	Intervalo de Confiança
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
JASSO	<i>Japanese Society for the Study of Obesity</i>
LEPESC	Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva
MSH	<i>Medical Subject Heading</i>
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos
NCEP	<i>National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III Report</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUBMED	É um serviço da <i>United States National Library of Medicine</i>
RP	Razão de Prevalência
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SM	Síndrome Metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAPSV	Termo de Assentimento do Participante em Situação de Vulnerabilidade

UNEB

Universidade do Estado da Bahia

VIGITEL

Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
3 REVISÃO COMENTADA DA LITERATURA	19
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Desenho do estudo	32
4.2 Lócus do estudo	33
4.3 Procedimentos de Amostra e Amostragem.....	33
4.4 Critérios de elegibilidade	34
4.4.1 Critérios de inclusão	34
4.4.2 Critérios de exclusão.....	34
4.5 Procedimentos de coleta de dados	34
4.5.1 Instrumentos de coleta de dados	34
4.5.2 Treinamento e calibração.....	35
4.5.3 Coleta de dados.....	36
4.6 Aferição das variáveis	36
4.6.1 Critérios diagnósticos da Síndrome metabólica	36
4.6.2 Pressão arterial.....	37
4.6.3 Variáveis antropométricas	37
4.6.3.1 Índice de Massa Corporal	37
4.6.3.2 Circunferência da cintura	38
4.6.4 Diagnósticos psiquiátricos	39
4.6.5 Prescrição de psicofármacos	39
4.6.6 Cintura hipertrigliceridêmica	39
4.7 Definição das variáveis.....	40
4.7.1 Variáveis independentes	40
4.7.2 Variável dependente	40
4.8 Análise dos dados	41
4.9 Confeção do produto técnico	41
4.10 Aspectos éticos	41

5 RESULTADOS.....	42
5.1 Artigo.....	42
6 CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	70
Apêndice A	71
Apêndice B.....	73
Apêndice C.....	74
Apêndice D.....	78
Apêndice E.....	81
Apêndice F.....	83
Apêndice G.....	85
ANEXOS	86
Anexo A.....	87
Anexo B.....	92
Anexo C.....	93
Anexo D.....	94
Anexo E.....	95

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis lideram as estatísticas de mortalidade no Brasil e no mundo. Os números mais atuais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2016, demonstram as doenças do aparelho cardiovascular como primeira causa de óbito no país, sendo responsável por pouco mais de 362 mil óbitos (1). A Síndrome Metabólica (SM) é representada por um agregado de alterações metabólicas e bioquímicas relacionadas a resistência insulínica, estado pró-trombótico e inflamatório, sendo associada a maior chance de desfecho cardiovascular, assim como aumento da mortalidade geral (2). Indivíduos com SM tem cerca de duas vezes mais chances de desenvolver diabetes mellitus (3), e 1,6 (IC95%: 1,28-2,01) mais chances de morte por etiologia coronariana (4).

Apesar de a SM poder ser composta por até cinco determinantes como a elevação de triglicérides, glicemia, pressão arterial, redução dos níveis de HDL – colesterol e o aumento da adiposidade visceral, representado pela circunferência da cintura, este último é o principal marcador dessa condição (5). Seguindo a tendência da obesidade, a SM tem alcançado parcelas maiores da população, afetando cerca de 16% dos americanos não obesos, e média de 34,2% no período de 2007-2012 entre os cinquenta e um mil americanos avaliados (6). Os dados do Brasil não são diferentes, e nos grupos brasileiros, a prevalência de SM varia de 22,7% (7) a 48,6% (8). Estudo de revisão sistemática a partir de dados brasileiros identificou prevalência de aproximadamente 30% (9).

Estando associada a aumento da cintura e alteração do padrão metabólico, a SM tem relação com a obesidade e é descrita principalmente entre mulheres, indivíduos com maior faixa etária e menor escolaridade. Em revisão da epidemia da obesidade de 2011, houve projeção de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e 700 milhões de obesos para 2015, e esse aumento do número de obesos tem sido descrito em todo o mundo, inclusive entre os idosos (10). Segundo dados do programa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), desde 2006, quando foi implantado, a obesidade tem aumentado entre homens e mulheres e os dados de 2018 apontam que 55,7% da população brasileira estão acima do peso e 19,8% são obesos. No Brasil, referente aos dados do VIGITEL a obesidade apresenta comportamento semelhante a SM, com maior frequência entre aqueles com menor escolaridade e nas faixas etárias mais avançadas (11).

A associação entre obesidade e alterações metabólicas em indivíduos com doenças psiquiátricas já tem despertado a atenção dos estudiosos, e em 2004 foi sugerida por entidade de endocrinologia a pesquisa de disglucemia e fatores associados nessa população (12).

Mesmo com a literatura já desenvolvida na relação entre esquizofrenia e SM, são mais escassos os trabalhos que demonstram a associação do grupo das afecções psiquiátricas em geral com a SM. Apesar da esquizofrenia ser o protótipo da doença psiquiátrica, todas as afecções são importantes e podem estar relacionadas a alterações metabólicas, além desse contexto ser o mais representativo da estrutura do nosso sistema de saúde que tem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o polo do cuidado psiquiátrico.

Os trabalhos com o objetivo de descrever a prevalência de SM nos indivíduos com transtornos mentais mostram resultados bastante variáveis (29,4% a 67,9%) (13,14). Dados mais alarmantes como a ausência de intervenção dietética e de programa de atividade física foi encontrada em toda a amostra, assim como o não tratamento de alteração glicêmica em 63,9% dos indivíduos e de alterações do perfil lipídico em 81,7% deste mesmo grupo (13), demonstrando a negligência das outras demandas desses usuários. Dessa forma, como esperar que pacientes e sua rede de apoio possam reconhecer a necessidade de aderir a práticas de vida saudável?

A associação entre SM e transtornos psiquiátricos é algo já relatado na literatura, entretanto, a maioria desses estudos são em populações exclusivamente afetadas por esquizofrenia e transtornos esquizotípicos. Outro dado relevante é que muitos desses trabalhos retratam indivíduos em tratamento no regime de internamento ou tem parcela do grupo em internamento hospitalar, o que pode impactar nos resultados já que os pacientes internados tendem a ter doença de mais gravidade, e, conseqüentemente, maior complexidade clínica. A inércia diagnóstica e terapêutica descrita nessa população também é impactante.

Há escassez de dados brasileiros, e o único estudo (14) disponível que avalia a prevalência de SM e transtornos mentais nas três das bases de dados mais relevantes para as ciências da saúde (BIREME, PubMed e SciELO), busca essa associação em indivíduos internados. Estudos no campo atual da saúde mental no Brasil, o CAPS, são inexistentes nessas bases citadas.

Como cenário para avaliação dessa problemática, foi escolhido CAPS por ser o principal responsável pela rede de tratamento do indivíduo com distúrbio psiquiátrico no país. O primeiro CAPS do Brasil surgiu na década de 80 em São Paulo após a reestruturação do hospital psiquiátrico da Casa de Saúde Anchieta, no qual houve registros de maus tratos aos pacientes. Essa experiência exitosa, assim, como os desejos de mudança vem colaborando para a reorganização do cenário de acolhimento e tratamento da saúde mental no país, tendo nos CAPS o principal articulador do cuidado a esses indivíduos, devendo promover

atendimento aos casos de maior complexidade que não tem solução na rede básica de saúde, além de reduzir o número de internamentos, sendo um marco da saúde mental no Brasil, a Lei nº 10.216/2001 (15).

Diante do já exposto, esse trabalho foi desenhado com intuito de demonstrar a necessidade do cuidado integral aos usuários dos CAPS, que inclusive é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sensibilizando os profissionais de saúde sobre a importância de agir na identificação da SM e de seus componentes e os devidos encaminhamentos. Além de sensibilizar seus usuários e rede de apoio da importância das doenças metabólicas e seu impacto na morbimortalidade da população. Sendo mais uma medida de inclusão desses indivíduos que não devem ter seu cuidado de saúde limitado ao diagnóstico psiquiátrico, o que pode limitar até mesmo a expectativa de vida dessas pessoas diante do impacto da SM no processo de saúde-doença.

Frente ao contexto apresentado, levantou-se como pergunta de pesquisa: qual a prevalência da SM e seus fatores associados em usuários do Centro de Atenção Psicossocial Eduardo Saback da cidade de Salvador, Bahia, Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal:

Estimar a prevalência da Síndrome Metabólica entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial.

2.2 Objetivos secundários:

Identificar os fatores associados à Síndrome Metabólica entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial;

Estimar a prevalência dos componentes da síndrome metabólica isoladamente nos indivíduos estudados;

Elaborar um material educativo para os usuários do Centro de Atenção Psicossocial e destacar a importância de avaliação clínica básica para esses usuários.

3 REVISÃO COMENTADA DA LITERATURA

3.1 A saúde mental no Brasil

No final da década de setenta, em meio aos movimentos para redemocratização do país, a sociedade e profissionais de saúde se organizaram para buscar a reestruturação do sistema de saúde brasileiro que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) posto em vigor pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, que define a saúde como um direito constitucional do indivíduo em território brasileiro e uma obrigação do estado. Contemporaneamente a criação do SUS, aos desenlaces da Reforma Sanitária Brasileira e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (ocorridas em 1987 e 1992), os movimentos civis organizados pela luta antimanicomial fomentaram a reorganização da atenção a doença mental no país (16).

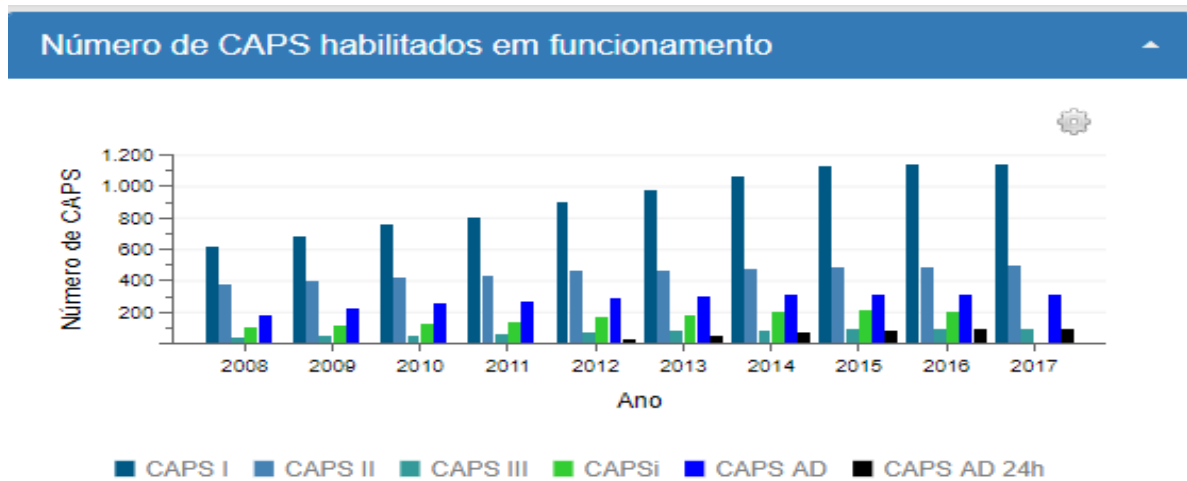
No Brasil, o surgimento dos cuidados à saúde mental aconteceu em 1852 com a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, e esse se manteve como modelo hegemônico até década de 60 a 70, quando os profissionais da saúde mental junto a segmentos da sociedade civil começam a se articular na busca de modificações do modelo de atenção à saúde mental vigente. Além do clamor por mudanças nacionais da ampliação do acesso a saúde, modificações na percepção da saúde mental em outros países motivadas pelo pós Segunda Guerra, colaboram para a inquietação por um novo modelo de assistência que deveria mudar o foco do adoecimento mental para a saúde mental de forma mais ampla (17,18).

Já na I Conferência de Saúde Mental em 1987, que precedeu a criação do SUS, foi discutido o impacto do modelo econômico e determinantes sociais como participantes da gênese do adoecimento mental, e da importância da participação de usuários no controle das políticas de atenção à saúde mental. Assim, juntamente com o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, acontece a movimentação de seguimentos sociais e de profissionais da saúde pela reestruturação da rede assistencial pela saúde mental assim como sua ampliação (15).

A implantação dos CAPS foi uma proposta com perspectiva de mudanças significativas na atenção à saúde mental no país, com foco na reabilitação e ressocialização do indivíduo com doença mental, e sua expansão pelo território brasileiro está demonstrado na figura 1. O objetivo dessas unidades ultrapassa o processo terapêutico individualizado da saúde mental, mas prioriza aspectos funcionais como integração social, atividades de lazer e

busca de alternativas de renda para esses usuários, o que certamente resulta em melhoria da qualidade de vida, autonomia, autoestima e cidadania para esses indivíduos (19).

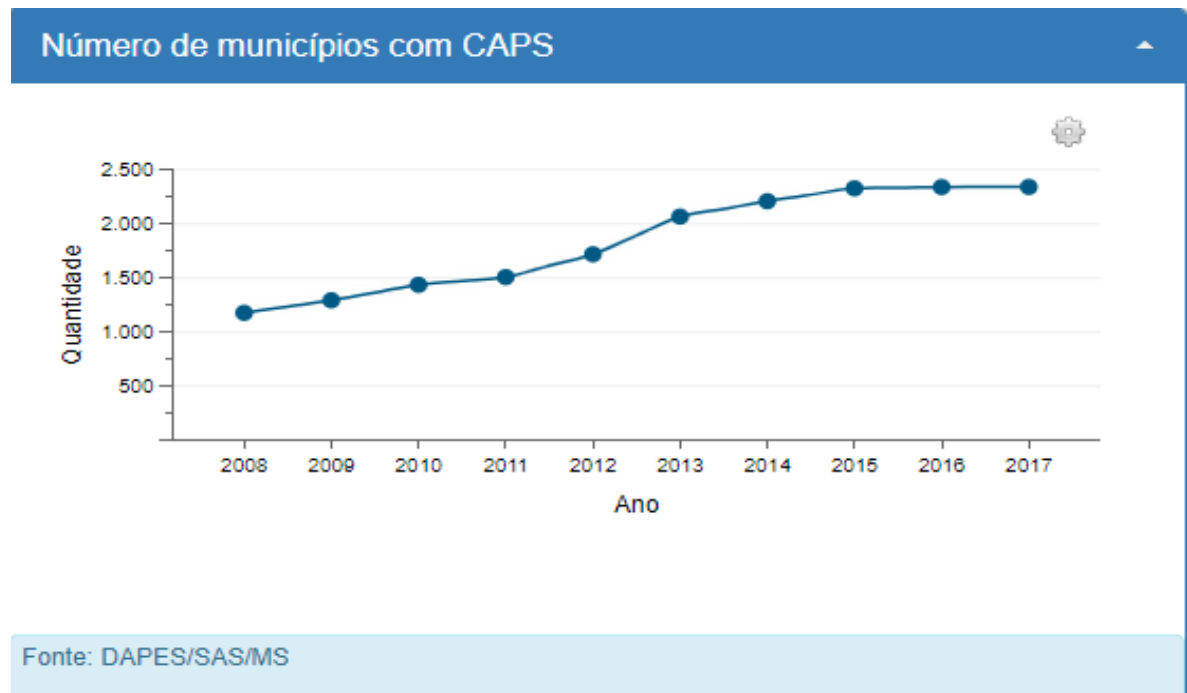
Figura 1. Distribuição quantitativa e qualitativa dos Centros de Atenção Psicossocial no



Fonte: DAPES/SAS/MS

Brasil.

A.



B

A. Número de CAPS por tipo de CAPS durante os anos apresentado na forma de gráficos de barras.

B. Tendência temporal do número de CAPS no Brasil entre 2008 e 2017.

Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/paineis/caps/corpao.php?idPagina=27>

Os CAPS foram pensados como novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Tendo como arcabouço a experiência desenvolvida a partir do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo no ano de 1987 e no Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos (NAPS) também conhecido como casa de Saúde Anchieta, que foram pioneiros em metodologia alternativas à internação e ao tratamento psiquiátrico convencional (16,17). Desta forma, desde a década de 80, antecedendo a criação do SUS já se delineava um novo modelo de saúde mental, em que os leitos dos hospitais psiquiátricos seriam substituídos, mesmo que parcialmente, por espaços de ressocialização do indivíduo com doença mental em regime ambulatorial em seu maior período (16,20).

E com a progressão da legislação a respeito desses estabelecimentos de saúde hoje temos sete tipos diferentes de CAPS, e implantação desses serviços em todo o território brasileiro promovendo mudanças no modelo de assistência a saúde mental no país. O primeiro documento definindo conceitualmente os CAPS foi a Portaria nº 336 de 2002, e desde então a legislação tem se modificado, e mais recente houve a criação da Portaria nº 544 de 2018, com objetivo de criar um novo modelo de CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV, com maior foco no internamento dos usuários e modificações na estrutura da composição da equipe. Entretanto, percebe-se fragilidades nesse novo modelo de CAPS, como a ausência de critérios claros para a formação das equipes, além de gerar a possibilidade de uma mesma equipe e/ou profissionais atuarem em mais de um centro de atenção psicossocial o que possivelmente dificultará a tão necessária vinculação entre equipe e usuário, que é particularmente importante para esses indivíduos que já tem muitas vulnerabilidades sociais.

Segundo dados da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (atualizados em março de 2017), existem 226 CAPS no estado da Bahia e dezenove no município de Salvador, distribuídos em: um CAPS AD III, um CAPS III, dois nas modalidades CAPS I, CAPS i e CAPS AD e onze CAPS II. Esses diferentes tipos de CAPS foram pensados para atender demandas um pouco diferentes e com objetivo de prestar serviços de saúde mais voltados para sua clientela alvo e permitindo ações individualizadas baseadas no distúrbio psiquiátrico assim como no grau de acometimento intelectual e social desses usuários.

As demandas e equipes mínimas diferem entre os CAPS e estão disponíveis na tabela 1.

Tabela 1: Aspectos operacionais dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.

Tipo de CAPS	Médico/ Enfermeiro	Nível superior	Nível médio	Horário de funcionamento	Número de usuários assistidos	Perfil da cidade/ Número de unidades ativas na Bahia±
CAPS I	1 médico com formação em saúde mental. 1 enfermeiro.	Três: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro necessário ao projeto terapêutico.	Quatro: Técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	8 às 18 horas. Dias úteis.	20 pacientes por turno. 30 pacientes/dia em regime intensivo.	20.000 a 70.000 habitantes. Cento e cinquenta e oito CAPS.
CAPS II	1 psiquiatra. 1 enfermeiro especialista em saúde mental.	Quatro: além dos possíveis para os CAPS I, poderá haver mais um enfermeiro.	Seis: Igual ao CAPS I.	8 às 18 horas. Pode funcionar até às 21 horas. Dias úteis.	30 pacientes por turno. 45 pacientes/dia em regime intensivo.	70.000 a 200.000 habitantes. Trinta e cinco CAPS.
CAPS III	2 psiquiatras. 1 enfermeiro especialista em saúde mental.	Cinco: mesmos critérios do CAPS II.	Oito: Igual ao CAPS I.	Ininterrupto.	40 pacientes por turno. 60 pacientes/dia em regime intensivo.	Acima de 200.000 habitantes. Três CAPS.
CAPS AD II	1 psiquiatra e 1 clínico. 1 enfermeiro especialista em saúde mental.	Quatro: além dos possíveis para os CAPS I, poderá haver mais um enfermeiro.	Seis: Igual ao CAPS I.	8 às 18 horas. Pode funcionar até às 21 horas. Dias úteis.	25 pacientes por turno. 45 pacientes/dia em regime intensivo.	70.000 a 200.000 habitantes. Dezesseis CAPS.
CAPS AD III	1 psiquiatra e 1 clínico. 1 enfermeiro	Cinco: mesmos critérios do CAPS II.	Quatro técnicos de enfermagem, e quatro: redutor de danos,	Ininterrupto. 8 a 12 leitos.	40 pacientes por turno. 60 pacientes/dia em	Acima de 200.000 habitantes. Quatro CAPS.

	especialista em saúde mental.		técnico administrativo, técnico educacional, artesão e outros.		regime intensivo.	
CAPS I	1 psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental. 1 enfermeiro.	Quatro: além dos possíveis para os CAPS I, poderá haver um fonoaudiólogo.	Cinco: Igual ao CAPS I.	8 às 18 horas. Pode funcionar até às 21 horas. Dias úteis.	15 pacientes por turno. 25 pacientes/dia em regime intensivo.	Acima de 200.000 habitantes. Dez CAPS.
CAPS AD IV	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental	Informação indisponível portaria.	Ininterrupto. na 10 a 20 leitos.	Informação indisponível na portaria.	*

±Os dados referentes ao número de CAPS no Brasil foi retirado da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde com atualização dos dados em março de 2017. (disponível:

https://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&q=&ufcidade=&qt=&pop=&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=27).

*A portaria de criação dos CAPS AD IV foi a Nº 544, de 7 de Maio de 2018.

Portarias:

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 (diretrizes iniciais de criação dos CAPS)

PORTARIA Nº 2.841, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010 (CAPS AD)

PORTARIA Nº 544, DE 7 DE MAIO DE 2018 (CAPS VI)

Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (eMAESM):

“§2º As eMAESM1 deverão ser contar com um Médico Clínico (preferencialmente um psiquiatra), um Psicólogo e um Assistente Social.

§3º As eMAESM2 deverão ser contar com um Médico Psiquiatra, dois Psicólogos e um Assistente Social.

§4º As eMAESM3 deverão ser contar com um Médico Psiquiatra, dois Psicólogos, um Assistente Social e mais um profissional de nível da seguinte listagem: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

§5º As eMAESM deverão atuar de forma obrigatória por pelo menos 30hs semanais.

§6º Profissionais participantes de eMAESM poderão atuar em outras equipes, evitando ultrapassar o total de 60hs semanais vinculado atuando em equipes.”

3.2 Aspectos gerais sobre a Síndrome Metabólica

3.2.1 Conceito e critérios diagnósticos

Conceitualmente a SM é diagnosticada a partir da identificação de alteração em, pelo menos, três dos cinco fatores preditores de alterações metabólicas que são: valores séricos de triglicérides, glicemia, colesterol HDL, além dos valores da pressão arterial e a medida da cintura. A SM, anteriormente conhecida como quarteto mortal, síndrome plurimetabólica, síndrome de resistência a insulina e síndrome X (esses dois últimos termos inclusive já tendo sido utilizados como termos MeSH) nasceu das observações do doutor Reaven, um médico endocrinologista que agregou achados principalmente de estudos de doença coronariana.

Reaven (1993) (21) partiu de trabalhos demonstrando a associação de níveis elevados de insulina com doença difusa em coronárias de indivíduos sem diabetes como o relatado por Dean em 1991 (22). Além disso, Reaven mostrava associação entre resistência insulínica com elevação da pressão arterial e pior controle dos níveis pressóricos entre pacientes com alterações nos níveis de glicemia e insulinemia. Mas já em 1965, Avogaro e Cheapaldi descreveram o seguimento de cinco pacientes, os quais eles definem como portadores de uma síndrome de associação de obesidade, dislipidemia e hiperglicemia (23).

Desde então, algumas entidades criaram definições próprias para a SM, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a primeira a estabelecer seus critérios diagnósticos e definir pontos de cortes para as variáveis usadas para o diagnóstico da SM como pode ser visto na tabela 2. Apesar de descritas posteriormente, as diretrizes mais utilizadas atualmente são as da *International Diabetes Federation (IDF)* e *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III Report (NCEP)*, em parte devido a sua facilidade de classificação e menor número de variáveis utilizadas.

Apesar das definições da IDF e NCEP serem as mais utilizadas na literatura internacional, alguns autores reforçam a importância das especificidades para cada população já que dispomos de indivíduos com composição corporal diferentes o que pode ter impacto não só no diagnóstico de SM, mas se haverá relação da SM com desfechos cardiovasculares.

Assim, no Brasil pode-se citar estudo conduzido por Barbosa et al., em 2006 com população de Salvador sugerindo pontos de corte para circunferência de cintura, a saber: 84 cm para mulheres e 88 cm para homens (24). Enfatizam que este ponto de corte seja o mais adequado a população brasileira. Outro ponto de corte circunferência abdominal foi sugerido pelo *Japanese Society for the Study of Obesity (JASSO)* (25) para serem adotados em populações japonesas, sendo 85 cm para homens e 90 cm para mulheres, com a curiosidade de

propor ponto de corte mais elevado para o sexo feminino, o que difere da maioria dos *guidelines* (26).

Tabela 2. Critérios diagnósticos para síndrome metabólica.

Critérios diagnósticos	IDF*	NCEP#
Glicemia	≥100mg/dl ou uso de medicação hipoglicemiante	≥100mg/dl ou uso de medicação hipoglicemiante
Pressão arterial	≥130/85 mmHg ou uso de anti-hipertensivos	≥130/85 mmHg ou uso de anti-hipertensivos
Circunferência abdominal	> 94 cm em homens europeus > 90 cm em homens asiáticos > 80 cm em mulheres	> 102 cm em homens > 88 cm em mulheres
Triglicérides	≥150mg/dl	≥150mg/dl
HDL colesterol	<40 mg/dl em homens e <50 mg/dl em mulheres	<40 mg/dl em homens e <50 mg/dl em mulheres

**International Diabetes Federation*(27), #*National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III report*(5)

3.2.2 Fisiopatologia

Seguindo a própria definição da síndrome metabólica, independente da classificação proposta, a resistência insulínica e o excesso de peso (essencialmente a adiposidade abdominal) são os principais fatores envolvidos na gênese dessa condição. A gordura visceral é um determinante da resistência insulínica, estando associada a hiperinsulinemia, alteração do metabolismo lipídico, com aumento dos níveis de ácidos graxos circulantes e liberação de citocinas próinflamatórias, que propiciam a instalação da aterosclerose e elevação da pressão arterial (28).

Para além dos fatores biológicos relacionados à SM, é importante ressaltar o componente ambiental e social relacionado ao desenvolvimento dessa condição, o que pode ser retratado pelas associações com hábitos de vida, como será descrito melhor no tópico abaixo. No Brasil, Merces *et al.*, demonstraram associação entre SM e ocupação entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (29). Em estudo populacional na China, Li *et al.*, reforçam a importância de fatores ambientais ao apresentar dados de associação inversa entre SM e escolaridade (30).

3.2.3 Aspectos epidemiológicos

Diretamente relacionada a obesidade e a resistência insulínica que por sua vez também está fortemente relacionada a adiposidade abdominal, a SM atinge grandes prevalências no Brasil e no mundo como já descrito anteriormente. Entretanto, a falta de uniformização dos critérios diagnósticos e mesmo as diferenças nas composições corporais dos grupos populacionais contribuem para divergências e por vezes, dificuldade em extrapolar esses dados para populações. Em levantamento realizado por pesquisadora brasileira em 2018 a prevalência de SM, em diversos países, variou de 11% a 89%, com diferenças entre populações rurais e urbanas e entre os sexos, além de prevalências distintas na mesma população ao se utilizar de critérios diagnósticos diferentes (31).

No Brasil, como no restante do mundo, a prevalência de SM é elevada, com taxa de 29,6% identificada em estudo de revisão sistemática brasileira em 2013(9). Estudos posteriores descrevem prevalência que variam de 22,7% em população em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil(7) a 48,6% entre trabalhadores no Rio de Janeiro, Brasil(8). Dados representativos do nordeste e com população etnicamente mais próxima ao presente trabalho foi publicado em 2019 e descreve a prevalência de SM entre quilombolas no estado da Bahia (32), no qual foi identificado 25,8% de SM entre adultos dessas comunidades, com predomínio do sexo feminino.

Ao estudar a prevalência de SM entre portadores de transtornos psiquiátricos, além dos confundidores já descritos acima, é importante destacar outros vieses que são importantes nesse grupo como o tempo de diagnóstico, o uso de medicações e a origem da amostra estudada, pois seria esperado que pacientes psiquiátricos com necessidade de internação possam ter um perfil clínico diferente dos tratados ambulatorialmente.

Ao realizar pesquisa nas bases Bireme, Scielo e PubMed foram encontrados estudos nos quais havia como produto a descrição de prevalência. No quadro 1 estão sumarizados os principais resultados desses estudos. A revisão foi realizada no mês de maio de 2019, sem limite de idioma e de tempo de publicação. A busca foi iniciada pelo PubMed com uso dos termos MeSH “*metabolic syndrome*” e “*mental disorders*”, usando a seguinte estratégia de busca: *(Mental Disorders[Title/Abstract]) AND Metabolic Syndrome[Title/Abstract]*, sendo encontrados 95 artigos. Na Bireme foram usados os mesmos termos mesh do PubMed com a seguinte estratégia: *(tw:(mental disorders)) AND (tw:(metabolic syndrome)) AND (instance:"regional") AND (db:("IBECS" OR "LILACS" OR "BINACIS" OR "INDEXPSI" OR "DESASTRES" OR "BDEFN" OR "CUMED" OR "MedCarib" OR "BBO" OR "PAHO" OR*

"PAHOIRIS" OR "PERNAL" OR "SMS-SP" OR "tese") AND limit:("humans" OR "adult" OR "middle aged" OR "aged")) e sendo encontrado 166 artigos.

Quadro 1. Descrição da pesquisa sistematizada sobre síndrome metabólica e transtornos mentais na Bireme, Scielo e PubMed.

Total de estudos por base de dados	PubMed: 95 artigos Bireme: 166 artigos Scielo: 15 artigos
Excluídos após a avaliação do título	1 com animais 1 Com gestantes 11 Com menores de 18anos 37 Estudos de revisão 161 Leitura do título
Duplicatas	26 artigos entre bases 2 duplicados na própria base
Outros	6 artigos não encontrados
Excluídos após leitura do artigo	2 Indivíduos sem doença mental 1 Dados da amostra já apresentados em trabalho anterior 6 Artigos sem informação de prevalência
Número final de artigos selecionados	22 Artigos

Na Scielo a pesquisa foi realizada com os mesmos termos, mas em três idiomas: inglês, português e espanhol com a estratégia a seguir: *metabolic syndrome and mental disorders*; *síndrome metabólica and transtornos mentais* e *trastornos mentales and síndrome metabólico*, sendo encontrados 15 artigos. Só foram incluídos artigos originais e com população adulta não gestante para a avaliação final, sendo excluídos trabalhos de revisão de

literatura, relatos de caso e estudos com animais. Ao final da análise restaram 22 artigos como pode ser identificado no quadro 1.

Todos os artigos tiveram título avaliado. Não foi excluído nenhum trabalho devido ao seu desenho de estudo, mas nos estudos de caso-controle foram usados os dados de prevalência e número de participantes considerando apenas os indivíduos com doença mental. Nos estudos de coorte foi extraída a prevalência da avaliação inicial da população estudada. O compilado dos estudos avaliados ao final da seleção dos artigos está demonstrado na tabela 3.

3.2.4 Fatores associados a síndrome metabólica

A literatura mostra que assim como o diagnóstico é formado por múltiplas alterações, também são múltiplos os fatores que estão associados ao desenvolvimento da SM. A relação com o aumento de desfechos cardiovasculares (2,4) e aumento da idade (6,8,29,32) já estão bem estabelecidas. Além do aumento dos desfechos cérebro e cardiovascular, os indivíduos com SM, mantem elevado risco cardiovascular mesmo não ausência de diabetes e tem RR: 1.58 para mortalidade geral (IC95%: 1.39-1.78)(2). Apesar da grande produção científica sobre a SM, alguns dados se mantem ainda contraditórios sobre a relação de SM com hábitos de vida. O consumo de álcool, assim como a inatividade física também são descritas comumente como fatores associados(33–36), mas não é uma unanimidade(37).

A relação da SM com o tabagismo, por exemplo, que aparentemente seria óbvia se mostrou ausente em estudo coreano (37), apesar de resultados oposto descritos por outros estudos (34,35). E quando se trata de pessoas com transtornos mentais, o hábito de fumar é frequente e muitas vezes associados com o grau de comprometimento do indivíduo(38). A diferença da prevalência da SM entre sexos é uma característica importante, porém muitos estudos não descrevem as diferenças entre homens e mulheres. Dentre os grupos que trabalham com essa variável, muitos demonstram ausência de relação da SM com sexo (6–8,30)(6–8,30), enquanto outros relacionam o sexo feminino com a síndrome (4,39,40), entretanto deve-se considerar a maior proporção do sexo feminino na maioria dos estudos.

Em um trabalho realizado entre profissionais da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, Brasil (29) em que se espera confluências populacionais com a nossa amostra por se tratar de território geográfico localizado no estado da Bahia, houve associação da SM com o consumo de bebida alcoólica e inatividade física, além de associação inversa com a idade como demonstrado em outros estudos (8,29,32).

Outra relação importante foi a da cor negra e menor renda com a presença da SM demonstrando explicações para além da biomédica para a gênese da SM. Dados nacionais discutidos pelo VIGITEL, 2018 (11) demonstram informações que seguem essa tendência ao apresentar que os indivíduos com menor escolaridade (que possivelmente possuem menor renda) apresentam prevalência mais elevadas de diagnóstico de diabetes melitus, inatividade física, hábito de consumo de tabaco e o sobrepeso/obesidade que são alguns dos fatores de risco relacionados a SM. Inclusive o excesso de peso é um dos critérios diagnósticos da SM propostos pela diretriz da OMS e da *American Association of Clinical Endocrinologists* (AAACE) para o diagnóstico da síndrome (5)

A associação da SM e estresse ocupacional exacerbado (*Burnout*) também esteve presente no estudo baiano citado anteriormente (29), apresentando uma Razão de Prevalência de 1,45 com (IC95%: 1,17–1,81). Porém ao realizar estudo de revisão sobre a associação entre SM e *Burnout*, esse mesmo autor encontrou associação em apenas um dos cinco trabalhos selecionados (41).

A associação entre a SM e a doença mental é principalmente estabelecida em indivíduos com esquizofrenia e principalmente entre os usuários de psicotrópicos com os antipsicóticos que tem como efeito colateral o aumento de apetite e ganho de peso, além de alterações metabólicas. Diante dessa associação que despontava, entre obesidade e alterações metabólicas em indivíduos com doenças psiquiátricas, em 2004 foi sugerida por entidade de endocrinologia a busca ativa de alterações metabólicas nesse grupo (12)

Tabela 3. Estudos de prevalência da Síndrome Metabólica entre indivíduos com transtornos mentais.

Ordem/ Autor/ Ano	País	População	Desenho de estudo	Método diagnóstico	Prevalência (%)	Diagnóstico psiquiátrico
1. Alosaimi (42)/ 2017	Arábia Saudita	992	Corte transversal	IDF	41,2	Geral/ Internados e ambulatoriais
2. Ricapa (43)/ 2016	Peru	272	Corte transversal	NCEP	40,8	Esquizofrenia/ Ambulatorial
3. Bartoli (44)/ 2016	Itália	176	Corte transversal	AHA	32,4	Geral/ Internados
4. Franco (45)/ 2015	Espanha	53	Corte transversal	NCEP	26,0	Transtornos esquizotípicos e bipolar/ Internados
5. Gutiérrez-Rojas (46)/ 2014	Espanha	251	Coorte	NCEP	59,5	Transtornos esquizotípicos
6. Faasen (47)/ 2014	África do Sul	29	Corte transversal	IDF	44,8	Esquizofrenia/ Ambulatorial
7. Boreu (48)/ 2013	Espanha	137	Corte transversal	NCEP	48,4	Geral/ Ambulatorial
8. Medeiros-Ferreira(49)/ 2013	Espanha	76	Corte transversal	NCEP	36,8	Transtornos esquizotípicos/
9. Steylen (50)/ 2013	Holanda	543	Coorte	NCEP	48,0	Geral/ Ambulatorial
10. Albert (51)/ 2013	Itália	104	Corte transversal	NCEP	21,2	Transtorno obsessivo compulsivo
11. Joshi (52)/ 2013	Índia	45	Caso-controle	AHA	28,8	Esquizofrenia/ Internados
12. Said (53)/ 2012	Malásia	270	Corte transversal	NCEP	46,7	Esquizofrenia/ Ambulatorial

13. Gossell-Williams (54)/ 2012	Jamaica	38	Corte transversal	IDF	28,9	Eixo 1 do DSM 4/ Internados
14. O'Callaghan (55)/ 2011	Irlanda	64	Corte transversal	IDF	27,3	Geral/ Ambulatorial
15. Díaz-Castro (56)/ 2011	México	216	Corte transversal	NCEP	14,0	Geral/ Internados
16. Sugawara (57)/ 2011	Japão	1186	Corte transversal	NCEP, IDF e JASSO	9,1- 48,1*	Transtornos esquizotípicos/ Internados e ambulatorial
17. Sung-Hwan Kim (58)/ 2010	Coreia	225	Corte transversal	NCEP	34,2	Geral/ Internados
18. Medved (59)/ 2009	Croácia	94	Coorte	IDF	15,0 [#]	Esquizofrenia/ Internamento seguido de seguimento ambulatorial
19. Tirupati (13)/ 2007	Austrália	221	Corte transversal	IDF	67,9 [§]	Geral/ Internados e ambulatorial
20. Rocha (14)/ 2007	Brasil	170	Corte transversal	NCEP	29,4	Geral/ Internados
21. Moreno (60)/ 2007	Espanha	136	Corte transversal	NCEP	36,0	Transtornos esquizotípicos/ Internados
22. Jones (61)/ 2006	Estados Unidos	133.977	Corte transversal	NCEP	4,9	Geral/ Internados e ambulatorial

*Nesse estudo a prevalência de síndrome metabólica foi avaliada por três diferentes critérios e segmentada entre pacientes internados e ambulatoriais, por isso foi reportado na tabela a variação da prevalência.

[#] Nesse estudo houve acompanhamento dos indivíduos por três meses após o início de segunda geração, com aumento da prevalência para 27%.

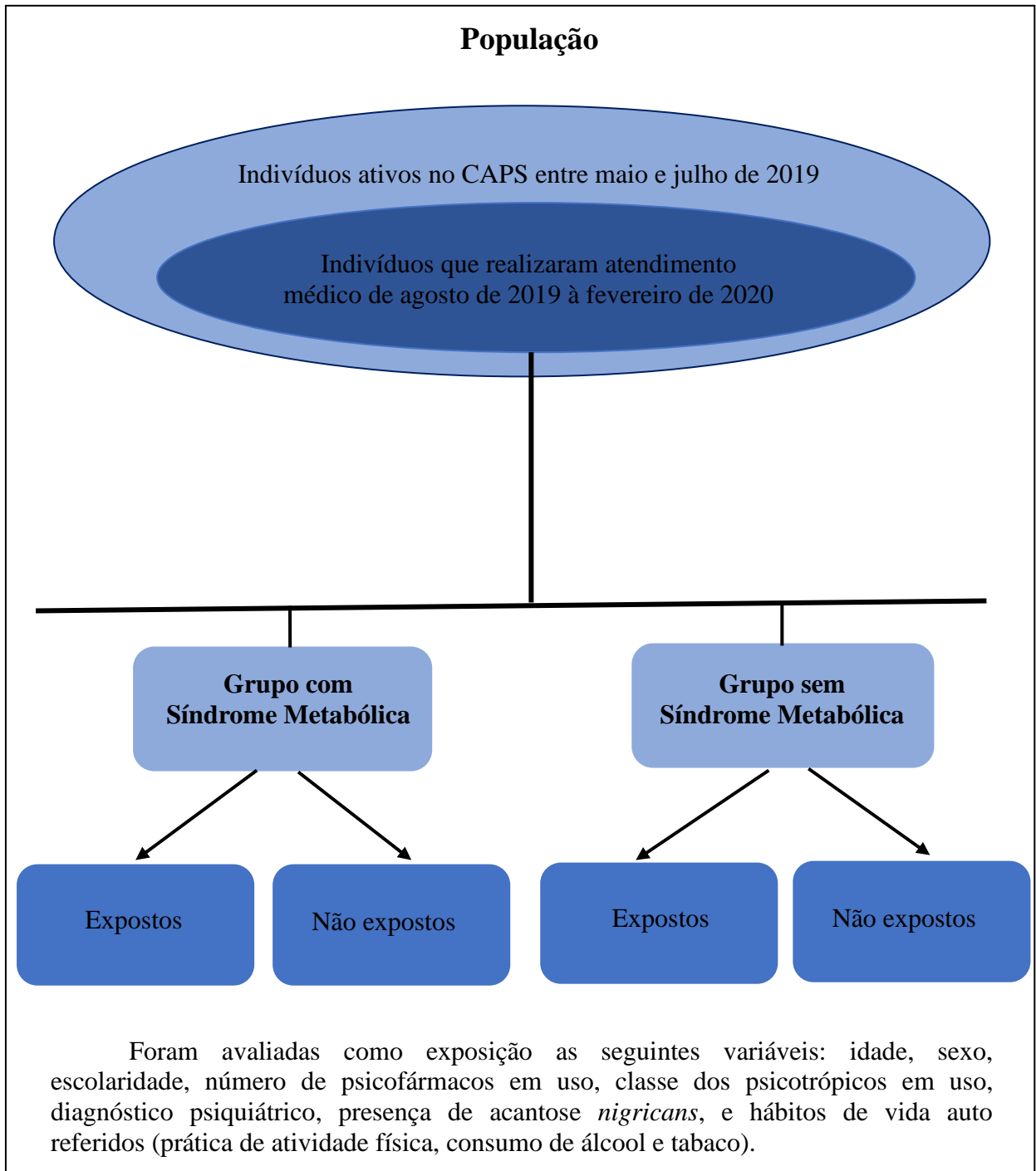
[§]Não houve diferença na prevalência entre internados e não internados.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Foi conduzido um estudo epidemiológico, com desenho transversal e exploratório conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2. Descrição resumida do desenho do estudo.



4.2 *Lócus* do estudo

Este estudo foi desenvolvido no CAPS II Eduardo Saback, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

Foi optado pelo CAPS Eduardo Saback por este fazer parte do distrito sanitário Cabula-Beiru, distrito em que está inserida a Universidade do Estado da Bahia, instituição na qual foi desenvolvido este trabalho de mestrado e que tem como característica o desenvolvimento de atividades de integração ensino-serviço-comunidade em seu território. O distrito Cabula- Beiro é composto por 69 bairros, tendo 392.542 habitantes, destes 207.728 pertencentes ao sexo feminino, representando 52,9% da população(62). Dentre os 12 distritos sanitários da cidade de Salvador, ele ocupa a quinta posição em densidade demográfica com 14.172,42 habitantes/km², equivalendo a 367% da densidade média do município que é de 3.859,44 habitantes/km²(63).

O distrito dispõe de 23 unidades municipais de saúde (destas duas são especializadas em atendimento de saúde mental: um CAPS II e um CAPS AD II), um hospital geral de alta complexidade que conta com serviços ambulatoriais e maternidade (Hospital Geral Roberto Santos), um hospital psiquiátrico (Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira), e uma Unidade de Pronto Atendimento estadual (UPA Cabula), além de um serviço de referência: Centro de Informações Antiveneno – Ciave (62,64).

4.3 Procedimentos de Amostra e Amostragem

A amostra foi delimitada a partir de cálculo amostral para população finita (quadro 2) considerando o quantitativo médio de 1.006 indivíduos ativos na unidade, entre os meses de maio e julho de 2019, dado fornecido pela gerência do referido CAPS.

Para o cálculo foi usado como base o estudo brasileiro de Rocha *et al.*, 2007 (14) que encontrou prevalência de Síndrome Metabólica de 29,4% em pessoas com doença mental durante internamento, considerou-se ainda erro absoluto de 5% e nível de confiança de 95%. O valor obtido através do cálculo amostral foi de 241, sendo acrescidos 10%, para suprimir potenciais erros de preenchimento e perdas, além de aumentar o poder do estudo, chegando ao valor de 265 indivíduos. O cálculo foi realizado no programa *Epi Info 7.0* (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

Quadro 2. Fórmula para cálculo de população finita.

$n = \frac{N z_{(1-\alpha/2)}^2 \sigma^2}{d^2 (N - 1) + z_{(1-\alpha/2)}^2 \sigma^2}$
<p>n; número mínimo calculado para o estudo, σ: desvio padrão, N: número total de indivíduos da população.</p>

4.4 Critérios de elegibilidade

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos em tratamento para distúrbio psiquiátrico no CAPS, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) ou Termo de Assentimento do Participante em Situação de Vulnerabilidade (TAPSV) (Apêndice B).

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão: gestação, cirrose, usuários com diagnóstico de bulimia, anorexia, vigorexia e dependência de drogas. Sendo que este último grupo, não fazia parte dos indivíduos tratados no CAPS em estudo. Também foram excluídos pacientes com psicoses agudas e pacientes em atendimento de triagem para avaliar admissão na unidade.

Foram realizados 343 contatos com usuários do serviço, com total de quatro questionários coletados em duplicata, sendo considerado o primeiro coletado. Duas pacientes desistiram da participação da pesquisa durante a realização da entrevista.

Apenas um paciente foi excluído por agitação. Não foi abordado nenhum paciente com diagnóstico de cirrose, bulimia, anorexia, vigorexia e dependência de drogas. Uma única paciente esteve gestante após a coleta dos dados. Seis indivíduos foram excluídos, pois apenas os familiares estavam presentes para a consulta médica no dia em que foram sorteados, como está apresentado no quadro 3.

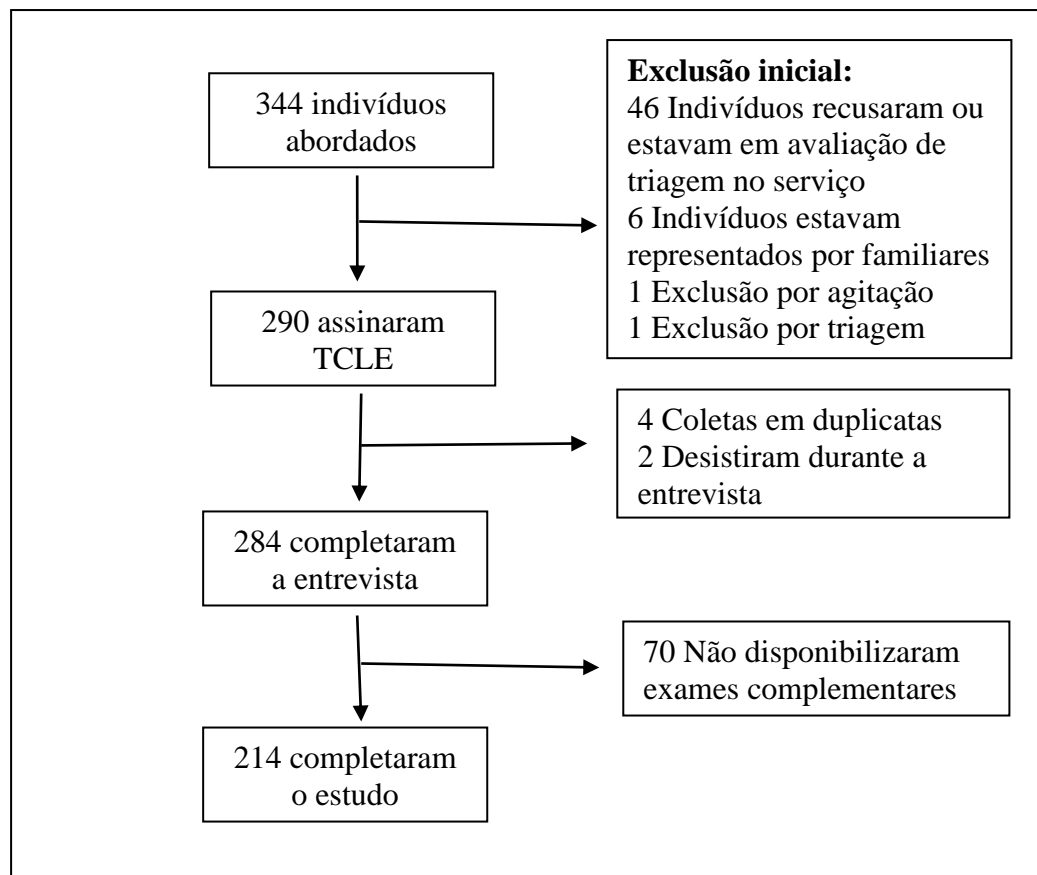
4.5 Procedimentos de coleta de dados

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevista, sendo aplicado um questionário estruturado contendo informações sobre os aspectos sociodemográfico, laboral, estilo de vida, medidas antropométricas, avaliação laboratorial e anamnese (Apêndice C). Foi utilizada uma ficha padrão para solicitação de exames (Anexo B).

Foi aplicado TCLE (Apêndice A) aos indivíduos elegíveis ou aos seus representantes (em caso que não foi possível assinatura pelo paciente por dificuldade motora ou de cognição). Para os indivíduos com TCLE assinado por representante, foi aplicado o termo de assentimento (Apêndice B), que assim como o TCLE foi em dupla via, sendo uma do participante e outra do pesquisador.

Quadro 3. Fluxograma dos participantes da pesquisa.



4.5.2 Treinamento e calibração

Destaca-se, que um instrumento explicativo da coleta e da obtenção dos dados antropométricos e de aferição de pressão arterial foi produzido e disponibilizado para haver padronização na coleta de dados (Apêndice D). Foi encaminhado para a colaboradora de pesquisa o material explicativo, e cópia do questionário previamente a coleta para familiarizar-se, e esta foi treinada na aplicação do questionário, assim como na obtenção das medidas antropométricas e avaliação da pressão arterial, em momento prévio à coleta.

Também foi realizado treinamento *in loco* da colaboradora, com a pesquisadora principal (expert), para melhor aplicação do questionário que já havia sido previamente treinada.

4.5.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre a segunda semana de agosto de 2019 e fevereiro de 2020 sendo atingido o n amostral calculado previamente. Os indivíduos foram selecionados a partir de lista de frequência dos usuários do CAPS para atendimento médico, nos diferentes dias da semana. Desta lista foram escolhidos os indivíduos de acordo com sua ordem de chegada e, sendo eleitos sempre os que ocupavam ordenação ímpar e se atendiam os critérios de elegibilidade. Não eram admitidos na pesquisa indivíduos que estavam em acolhimento para avaliação de admissão no CAPS.

O questionário e procedimentos para avaliação da pressão arterial e verificação de medidas antropométricas foram realizados em consultório, resguardando a privacidade do participante. Foram conduzidos por duas pesquisadoras, sendo uma médica endocrinologista e uma estudante de medicina, vinculadas a um grupo de pesquisa do Departamento de Ciências da Vida (DCV), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Os participantes foram orientados a realizar sua coleta de exames (nos casos em que não havia em prontuário exames disponíveis dos últimos seis meses) em qualquer unidade da rede pública de saúde sendo recomendada principalmente a rede municipal.

Foi orientada a realização de jejum de doze horas previamente a coleta dos exames, para todos os pacientes que não dispunham de dados laboratoriais dos últimos seis meses. Foram entregues as solicitações de exames de sangue previamente padronizadas nesses casos. Foram utilizadas técnicas enzimáticas para quantificação dos exames laboratoriais avaliados (glicemia de jejum, HDL colesterol e triglicerídeos).

Para calibração da coleta entre as duas pesquisadoras foi realizado o cálculo do kappa, sendo encontrado o valor de 0,79, considerado aceitável (65).

4.6 Aferições das variáveis

4.6.1 Critérios diagnósticos da Síndrome Metabólica

Apesar de possuir avaliação dos mesmos critérios, diferentes órgãos usam pontos de cortes diferentes para as variáveis que compõe a SM, tendo impacto diferente na definição final da SM ao se utilizar as diferentes classificações. Para o presente estudo foi adotada a

classificação propostas *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III report* (NCEP) inicialmente proposto em 2001(66) e revisado (5), na qual é necessária a presença de pelo menos três dos cinco critérios definidores, sendo que o diagnóstico de diabetes mellitus ou hipertensão não exclui o diagnóstico da SM. Os critérios definidores foram apresentados na tabela 2.

Os diferentes pontos de corte estabelecidos pelas diferentes instituições podem determinar prevalência diferente na população estudada como já foi mostrado em estudo em grupo de portadores de diabetes *mellitus* tipo 1 do Rio de Janeiro, Brasil (67). Nesse estudo foi adotada classificação da NCEP por ser mais difundida na literatura, o que facilita a comparação com outros estudos. Além disso, devido aos menores pontos de corte adotados para a CC proposta pelo IDF(27), há tendência a encontro de maior prevalência de SM.

4.6.2 Pressão arterial

Para a aferição da pressão arterial o paciente esteve sentado, por pelo menos cinco minutos, com braço apoiado na altura do coração, pernas descruzadas e os dois pés apoiados no chão. O braço esquerdo foi condicionado para aferição da pressão arterial. Foram utilizados estetoscópio da marca Littmann® e tensiômetros Premium®, estando disponíveis na versão com braçadeira para adulto padrão e outro para obesos, já que a inadequação do instrumento ao indivíduo pode ser responsável por aferição de valores incorretos. A avaliação da pressão arterial aconteceu em dois momentos da entrevista, sendo respeitados os critérios definidos acima, devendo acontecer no meio e ao final da entrevista.

Nesse estudo foi utilizada a média da pressão arterial obtida nas duas aferições. Os valores foram considerados elevados conforme o proposto pelo NCEP, com medidas $\geq 130\text{mmHg}$ e $\geq 85\text{mmHg}$ para os valores de pressão sistólica e diastólica respectivamente.

4.6.3 Variáveis antropométricas

4.6.3.1 Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um indicador antropométrico muito conhecido, com pontos de corte bem delimitados. Usado mundialmente para definir nutrição e graus de obesidade e magreza. É calculado a partir da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). O peso e altura foram avaliados por balança única da marca Lider®, com estadiômetro acoplado, modelo LD 1050 com precisão de 100g e variação de peso entre

2 e 300kg. No momento destas aferições o paciente permanecia sem calçado e sem excessos de roupas.

Ao analisar o IMC é importante ressaltar que se trata de índice de fácil cálculo, não demandando treinamento especializado e com fácil obtenção das variáveis que o compõe. Outro dado relevante é que o IMC é um marcador antropométrico largamente utilizado na literatura. No entanto, tem como grande limitação, não ser um índice discriminatório, não diferenciando entre massa muscular e gordura na composição corporal, além de não avaliar a deposição abdominal de gordura. Além disso, alguns estudos tem questionado sua validade como marcador prognóstico mesmo na população geral (68). Valores maiores ou igual a 25kg/m² já são definidores de excesso de peso e a partir de 30 fazem o diagnóstico de obesidade, sendo este último o ponto de corte utilizado pela OMS como critério para diagnóstico da SM (5). Para o presente estudo foi adotada a classificação do estado nutricional bastante difundida avaliada pelo IMC atribuindo obesidade para indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m² e sobrepeso para aqueles com IMC entre 25 e 29,99kg/m² (69).

4.6.3.3 Circunferência da cintura

A Circunferência da Cintura (CC) foi medida em duplicata no ponto médio da distância entre a borda inferior do gradil costal e o íliaco, no plano horizontal, em posição ortostática, braços ao longo do corpo, pés juntos, peso dividido entre as pernas e o olhar voltado para o horizonte, utilizando fita métrica inelástica em material de vidro com precisão de 0,1 cm da marca ISP®. A padronização e aferição da CC seguiram as recomendações do Manual de antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde(70).

A CC é amplamente utilizada como forma de avaliação antropométrica, e como medida de estado nutricional, e é um dado importante na definição da SM por ser o principal marcador de obesidade abdominal (71). O limitador para a avaliação desse parâmetro na população brasileira se deve à miscigenação racial que dificulta o enquadramento dos nossos parâmetros aos já estabelecidos para grupos populacionais mais estudados, inclusive com dados de população soteropolitana publicados por Barbosa et al, que define como ponto de corte 84cm para mulheres e 88cm para homens (24).

No presente estudo adotamos como pontos de corte, os mesmos definidos pelo NCEP para aumentar a possibilidade de comparação com outros dados, em diferentes países.

4.6.4 Diagnósticos psiquiátricos

Foram obtidos por meio da coleta de dados registrados em prontuário por médicos psiquiatras no primeiro ano de acompanhamento do serviço. Como o dado referente ao diagnóstico foi secundário não foi possível definir os critérios diagnósticos utilizados pela equipe médica da unidade. A coleta dessa informação foi realizada pela pesquisadora principal.

Para análise, os diagnósticos psiquiátricos foram categorizados nos seguintes grupos: transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, depressão, transtorno bipolar, retardo mental, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, transtornos hipercinéticos e transtornos mentais orgânicos. Para avaliação no presente estudo, foram novamente categorizadas em: esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, retardo mental e outros.

4.6.5 Prescrição de psicofármacos

A prescrição dos pacientes foi revisada pela pesquisadora principal do estudo a partir de dados obtidos no prontuário. Foi considerada para esse estudo a prescrição realizada na consulta anterior a data da participação na pesquisa, havendo intervalo de pelo menos quatro meses entre os atendimentos com psiquiatra.

Para análise, foram agrupados em número de medicamentos utilizados pelos indivíduos, considerando-se o conceito de polifarmácia, que ainda não é bem definido na literatura. Para este trabalho optamos pelo critério de definição de polifarmácia como o uso de cinco ou mais medicamentos frente a literatura nacional e revisão sistemática sobre o tema (72–74). Esse dado foi considerado importante para avaliação no presente estudo não só pelos efeitos colaterais associados aos psicofármacos que podem desencadear alterações metabólicas e aumento de níveis pressóricas (75), mas, também, pela importância da avaliação da polifarmácia entre indivíduos com adoecimento mental (76).

Os psicotrópicos também foram divididos por classe: antipsicóticos, estabilizadores do humor, anti depressivos, benzodiazepínicos e outros.

4.6.6 Cintura hipertrigliceridêmica

O fenótipo da cintura hipertrigliceridêmica é definido pela elevação concomitante dos níveis séricos de triglicérides e circunferência abdominal. Foi descrita inicialmente, em 2000, por Lemieux entre homens canadenses como preditor de doença cardiovascular e pior perfil aterogênico com presença de LDL pequeno e denso, além de hiperinsulinemia. Foi proposta como alternativa simples para rastreamento de risco cardiovascular populacional (77).

Estudos posteriores demonstraram associação desse fenótipo com o diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensão(78,79), redução de função renal(80), espessamento intimal da carótida e risco cardiovascular(81). Além de possuir forte correlação com a SM (82).

Devido a falta de consenso na literatura sobre os pontos de corte para a circunferência abdominal, no presente estudo considerou-se os valores adotados pelo NCEP(5) que define como inadequados quando CA ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres. O valor definido como alterado para os triglicérides foi ≥ 150 mg/dl.

4.7 Definição das variáveis

4.7.1 Variáveis independentes

As exposições foram definidas pelas variáveis dicotomizadas, com sua categoria de exposição conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4. Definição das variáveis independentes e suas categorias de exposição.

Variável	Categoria de exposição
Sexo	Feminino.
Idade	Indivíduos de maior idade.
Escolaridade	Escolaridade inferior (oito anos).
Prática de atividade física	Ausência de regularidade na prática de atividade física semanal.
Etilismo	Referir consumo de álcool.
Tabagismo	Referir hábito de fumar.
Acantose <i>nigricans</i>	Presença de acantose.
Polifarmácia	Indivíduos em uso de cinco ou mais psicofármacos.
Classe de psicofármacos	Uso de alguns dos remédios: antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos.
Diagnóstico psiquiátrico	Apresentar um dos diagnósticos psiquiátricos eleitos para avaliação.

4.7.2 Variável dependente

O desfecho definido para o presente estudo foi a Síndrome Metabólica dicotomizada em presente e ausente, a partir da classificação conforme os critérios da NCEP (5).

4.8 Análise dos dados

A digitação e o processamento de dados foram realizados no *Statistic Package for Social Sciences - SPSS* versão 22.0 para *Windows* e a análise de dados no programa *STATA for Windows* versão 14.0 no Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (LEPESC) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) no Brasil.

A melhor definição dos procedimentos de análise de dados foi apresentada no artigo científico que compõe esta dissertação.

4.9 Confeção do produto técnico

Foi construído material educativo (Apêndice E) sobre o objeto do estudo, para explicação lúdica a partir de textos curtos e imagens com o objetivo de atrair a atenção do público alvo. O material foi divulgado entre profissionais e usuários do CAPS por meio de WhatsApp® e e-mail para equipe assistencial para uso com pacientes e rede de apoio em momentos oportunos como a oficina de auto-cuidado promovida por uma técnica de referência (enfermeira) da unidade. Assim, buscou-se atuar com medidas educativas que pudessem proporcionar tratamento não farmacológico da SM, fomentando a prevenção de agravos a saúde.

Os profissionais e pacientes foram estimulados a luz das discussões disparadas pelo material educativo, a serem multiplicadores desse conhecimento apreendido. Outrossim, cumpre-se o objetivo principal do mestrado profissional de integrar ciência, ensino e assistência proporcionando impacto da pesquisa no seu campo de realização.

4.10 Aspectos éticos

Esse trabalho foi realizado obedecendo os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 466 publicada pelo Ministério da Saúde em 2012 e os princípios básicos da declaração de Helsinki.

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia CAAE: 13159819.6.0000.0057 (Anexo A). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou o termo de assentimento nos casos em que isso foi necessário (Apêndice A e B, respectivamente). A carta de anuência disponibilizada pela prefeitura de Salvador permitindo a realização da pesquisa está disponível no Anexo C).

5 Resultados

5.1 Artigo submetido a Revista de Saúde Pública (Comprovante de submissão-Anexo D)

Síndrome Metabólica em Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Brasil: estudo transversal

Metabolic Syndrome in Users of a Psychosocial Care Center in Salvador, Brazil: a cross-sectional study

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência da Síndrome Metabólica (SM) entre usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e identificar fatores associados. **Método:** Estudo transversal ambientado em CAPS na cidade de Salvador- Bahia, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. Para o diagnóstico da SM foi utilizado o critério proposto pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*. Além da estatística descritiva, foram descritas razões de prevalência bruta e ajustada. A Regressão de Poisson foi utilizada para obtenção da razão de prevalência (RP) ajustada entre a SM e fatores associadas. O teste de Hosmer e Lemeshow *godness of fit* foi usado para ajustes do modelo final da regressão. **Resultados:** A SM esteve presente em 100 indivíduos, 35,2% na amostra e 46,3% entre aqueles com exames complementares. O aumento da circunferência da cintura esteve presente em 165(58,1%) indivíduos e 116(40,9%) eram obesos. Polifarmácia foi identificada em 63(22,3%) usuários e 243(85,9%) faziam uso de antipsicóticos. Na avaliação bruta da RP, o sexo feminino (RP=1,88; IC95%:1,35- 2,63) e o uso de antidepressivos (RP=1,41; IC95%:1,05- 1,88) estiveram associados ao diagnóstico de SM, entretanto após a regressão logística, os fatores associados a SM foram: presença de depressão (RP=1,86; IC95%:1,38- 2,51), acantose (RP=1,50; IC95%:1,18- 1,90), uso de antipsicóticos (RP=1,88; IC95%:1,13- 2,75) e alteração na cintura hipertriglicéridêmica (RP=3,33; IC95%:2,48- 4,46). **Conclusão:** A prevalência de SM alerta para a necessidade de rastreamento clínico, principalmente entre os usuários de antipsicóticos e indivíduos com depressão. A avaliação antropométrica e a identificação de acantose poderiam ser formas de rastreamento de indivíduos com risco metabólico. **Palavras-chave:** Síndrome metabólica. Transtornos mentais. Obesidade. Centro de Atenção Psicossocial. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of Metabolic Syndrome (MS) among users of a Psychosocial Care Center (CAPS) and to identify associated factors. **Method:** Cross-sectional study set in CAPS in the city of Salvador- Bahia, between August 2019 and February 2020. In addition to the descriptive statistics, the criteria of crude and adjusted prevalence were described for the diagnosis of MS. Poisson Regression was used to obtain the adjusted prevalence ratio (PR) between MS and associated factors. The Hosmer and Lemeshow goodness of fit test was used to adjust the final regression model. **Results:** MS was present in 100 individuals, 35.2% in the sample and 46.3% among those with complementary exams. Increased waist circumference was present in 165 (58.1%) individuals and 116 (40.9%) were obese. Polypharon was identified in 63 (22.3%) users and 243 (85.9%) used antipsychotics. In the crude evaluation of PR, the female gender (PR=1.88; CI95%:1.35- 2.63) and antidepressant use (PR=1.41; CI95%:1.05- 1.88) were associated with the diagnosis of MS, however after logistic regression, the factors associated with MS were: presence of depression (PR=1.86; CI95%:1.38- 2.51), acanthosis (PR=1.50; CI95%:1.18- 1.90), use of antipsychotics (PR=1.88; CI95%:1.13- 2.75) and hypertriglyceridemic waist alteration (PR=3.33; IC95%:2.48- 4.46). **Conclusion:** The prevalence of MS alerts to the need for clinical screening, especially among antipsychotic users and individuals with depression. Anthropometric evaluation and identification of acanthosis could be forms of screening of individuals at metabolic risk.

Keywords: Metabolic syndrome. Mental disorders. Obesity. Psychosocial care center. Epidemiology.

Introdução

A Síndrome Metabólica (SM) é representada por uma confluência de alterações metabólicas relacionadas à resistência insulínica, estado pró-trombótico e inflamatório, sendo associada a maior chance de desfecho cardiovascular, assim como aumento da mortalidade geral (1). Indivíduos com SM têm cerca de duas vezes mais chances de desenvolver diabetes mellitus (2) , e 1,6 (IC: 1,28- 2,01) mais chances de morte por etiologia coronariana (3).

Apesar de a SM poder ser composta por até cinco determinantes como a elevação de triglicérides, da glicemia e da pressão arterial, além da redução dos níveis de HDL-colesterol, o aumento da adiposidade visceral, representado pela circunferência abdominal que é o principal marcador dessa condição (4). Seguindo a tendência da obesidade, a SM tem

alcançado parcelas maiores da população, afetando cerca de 16% dos americanos não obesos, e média de 34,2% no período de 2007-2012 entre os cinquenta e um mil americanos avaliados (5). Os dados do Brasil não são diferentes, e nos grupos brasileiros, a prevalência de SM varia de 22,7% (6) a 48,6% (7), sendo encontrada prevalências menores em populações rurais (8).

Estando associada ao aumento da cintura e alteração do padrão metabólico, a SM tem relação com a obesidade e é descrita principalmente entre mulheres, indivíduos com maior faixa etária e menor escolaridade. No Brasil, referente aos dados do Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a obesidade apresenta comportamento semelhante a SM, com maior frequência entre aqueles com menor escolaridade e nas faixas etárias mais avançadas (9).

Os trabalhos com o objetivo de descrever a prevalência de SM nos indivíduos com transtornos mentais mostram resultados bastante variáveis (29,4-67,9%) (10,11), e risco 1,58 maior de desenvolvimento de SM entre indivíduos com adoecimento mental quando comparada a população geral (12). Dados mais alarmantes, como a ausência de intervenção dietética e de programa de atividade física foi encontrada em toda a amostra, assim como o não tratamento de alteração glicêmica em 63,9% dos indivíduos e de alterações do perfil lipídico em 81,7% deste mesmo grupo (10), demonstrando a negligência das outras demandas desses usuários. Além disso, são escassos os dados no modelo de atenção brasileiro voltado para o acompanhamento transdisciplinar e reintegração social proposto pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Diante do cenário acima exposto, ainda merece se reconhecer a escassez de dados brasileiros e estudos no campo atual da saúde mental no Brasil, CAPS. Assim, o objetivo desse trabalho foi estimar a prevalência e identificar os fatores associados a Síndrome Metabólica (SM) entre os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, de natureza descritiva e exploratória, realizado entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, em CAPS II, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Foi aplicado questionário estruturado entre indivíduos em tratamento para distúrbio psiquiátrico, com idade a partir de 18 anos, que compareceram para atendimento médico no dia da pesquisa. Os procedimentos de coleta de dados foram conduzidos por duas pesquisadoras, sendo uma médica endocrinologista e uma estudante de medicina.

Foram excluídas gestantes, cirróticos, usuários com diagnóstico de bulimia, anorexia, vigorexia e dependência de drogas. Ressalta-se que este último grupo, não faz parte dos indivíduos tratados nos CAPS incluídos no estudo. Também foram excluídos pacientes com psicoses agudas.

A amostra foi delimitada a partir de cálculo amostral para população finita considerando o quantitativo de 1006 indivíduos ativos na unidade, média dos três meses que antecederam o estudo, e como base no estudo brasileiro de Rocha *et al.*, 2007 (11) que encontrou 29,4% de prevalência de SM em pessoas com doença mental durante internamento, considerou-se ainda erro absoluto de 5% e nível de confiança de 95%. O valor obtido através do cálculo amostral foi de 241, sendo acrescidos 10%, para suprimir potenciais erros de preenchimento e perdas, além de aumentar o poder do estudo, chegando ao valor de 265 indivíduos. O cálculo foi realizado no programa *Epi Info 7.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos)*.

Os dados sociodemográficos foram obtidos no momento da entrevista. O diagnóstico psiquiátrico foi obtido de registros disponíveis no prontuário dos usuários que aceitaram participar da pesquisa.

Para o diagnóstico da Síndrome metabólica foi utilizado os critérios propostos pela *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III report (NCEP- ATP III)*(4), que define como SM a presença de pelo menos três dos cinco critérios diagnósticos a seguir: triglicérides $\geq 150\text{mg/dl}$, glicemia $\geq 110\text{mg/dl}$, HDL colesterol $< 50\text{mg/dl}$ para mulheres e $< 40\text{mg/dl}$ para homens, pressão arterial $\geq 130 \times 85\text{mmHg}$ e circunferência abdominal $\geq 88\text{cm}$ para mulheres e $\geq 102\text{cm}$ para homens. Vale pontuar que diagnóstico de hipertensão arterial e/ ou diabetes a partir do uso de medicamentos para essas comorbidades também foram considerados, visto que não invalidam os critérios de SM, e podem ser utilizados em substituição aos parâmetros utilizados para medida da pressão e da glicemia de jejum (4).

O fenótipo da cintura hipertrigliceridêmica é definido pela elevação concomitante dos níveis séricos de triglicérides e CA. Foi descrita inicialmente, em 2000, por Lemieux (13). Devido a falta de consenso na literatura sobre os pontos de corte para a circunferência abdominal, no presente estudo, adotou-se os valores preconizados pelo NCEP que define como inadequados quando CA $\geq 102\text{ cm}$ para homens e $\geq 88\text{cm}$ para mulheres. O valor definido como alterado para os triglicérides foi de $\geq 150\text{mg/dl}$.

Foi orientada a realização de doze horas de jejum para coleta dos exames laboratoriais. Foram utilizadas técnicas enzimáticas para quantificação dos exames laboratoriais avaliados (glicemia de jejum, HDL colesterol e triglicerídeos).

A avaliação clínica, assim como a aplicação dos questionários foi realizada em ambiente com privacidade, em atendimentos individuais realizados por uma das duas entrevistadoras do estudo.

A medida da pressão utilizada foi a média das medidas obtidas no início e ao final da entrevista. A aferição da pressão arterial foi realizada com tensiômetro analógico da marca Premium® com braçadeira adequada para o membro do indivíduo, no meio e ao final da entrevista, para cálculo da média das medidas obtidas. O indivíduo deveria estar sentado com os dois pés apoiados no chão há pelo menos 5 minutos antes da avaliação.

A circunferência abdominal foi medida com uso de fita inelástica ISP®, em linha imaginária no terço médio entre a crista ilíaca ântero-superior e último arco costal. Para cálculo do índice de massa corporal (IMC), peso e altura foram avaliados por balança única da marca Lider®, com estadiômetro acoplado, modelo LD 1050 com precisão de 100g e variação de peso entre 2 e 300kg. No momento destas aferições o paciente permanecia sem calçado e sem excessos de roupas. Os dados referentes a prescrição foram revisados para todos os pacientes, com avaliação de prontuário. Foram considerados os medicamentos prescritos na consulta anterior ao dia da avaliação da pesquisa. Polifarmácia foi definida como o uso de cinco ou mais psicotrópicos (14).

A SM foi considerada como única variável de desfecho. Foram avaliadas como exposição as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, polifarmácia, classe dos psicotrópicos em uso, diagnóstico psiquiátrico, presença de acantose *nigricans*, e hábitos de vida auto referidos (prática de atividade física, consumo de álcool e tabaco). A idade foi dicotomizada conforme a mediana (não apresentou normalidade no teste de Shapiro-Wilk), e para a escolaridade foi definido como ponto de corte oito anos de escolaridade. Os hábitos de vida foram dicotomizados da seguinte maneira: para tabagismo e etilismo foi considerado o auto relato de consumo ou ausência de consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade consumida diariamente, e a prática de atividade física foi definida em duas classes, ausência/irregularidade e regularmente.

A digitação e o processamento de dados foram realizados no Statistic Package for Social Sciences - SPSS versão 22.0 para Windows e a análise de dados no programa STATA for Windows versão 14.0. A estatística descritiva foi utilizada para descrição da população

estudada assim, como para descrição da estimativa de prevalência de SM. Foram obtidas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para a descrição de variáveis contínuas. A descrição das frequências de comorbidades psiquiátricas foi realizada a partir da distribuição de cada uma delas, entre indivíduos com e sem SM.

Em seguida, foi conduzida análise bivariada para avaliar a associação bruta entre as variáveis independentes e a dependente (SM), utilizando as Razões de Prevalência (RP), seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% (valor de $p \geq 0,05$), a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson, para análise da significância estatística das associações encontradas e seleção para a etapa seguinte. Para as análises bivariadas as variáveis independentes contínuas ou politômicas foram dicotomizadas.

Para inclusão na análise multivariada, modelo de regressão logística Backward, considerou-se as associações com valor de $p \leq 0,25$ e literatura. A posteriori, foi possível estimar os fatores associados à SM, utilizando como critério de seleção para a permanência da variável no modelo final o valor de $p \leq 0,05$. As RP e respectivos IC foram obtidos por meio da Regressão Robusta de Poisson, método também utilizado por Coutinho, Sczufca e Menezes (15), Francisco e colaboradores (16) para conversão de *Odds Ratio* (OR) (obtida nos modelos de regressão logística) em RP.

Para a análise da adequação do modelo final de regressão utilizou-se o teste de bondade de ajuste do modelo (teste de Hosmer e Lemeshow *godness of fit*), a área sob a curva ROC, o Teste de Estatística VIF (*Variance Inflation Factor*) para identificar possíveis colinearidades entre as variáveis e existência de padrões de observação influentes.

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia CAAE: 13159819.6.0000.0057. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou o termo de assentimento nos casos em que isso foi necessário.

Resultados

Foram abordados 344 usuários, destes 284 aceitaram participar da pesquisa, sendo que desse total 214 dispunham de exames laboratoriais. A caracterização clínica e social, além de hábitos de vida da amostra encontra-se descrita na tabela 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com e sem adesão a realização dos exames laboratoriais quando avaliados: dados antropométricos, níveis pressóricos e dados

sociodemográfico. As características psiquiátricas como o perfil de diagnósticos psiquiátricos e polifarmácia também apresentaram $p > 0,05$. Houve um óbito no período do estudo secundário a pancreatite por hipertrigliceridemia.

A SM foi identificada em 100 indivíduos com prevalência de 35,2% na amostra geral e de 46,5% entre aqueles que com exames laboratoriais disponíveis. A alteração mais comum foi o aumento da adiposidade abdominal com 165 (58,1%) dos indivíduos apresentando circunferência da cintura aumentada, acompanhando a tendência de obesidade do grupo estudado como pode ser visto na tabela 1, na qual identificamos que mais da metade da população estudada apresenta excesso de peso. Entre os indivíduos com obesidade, 15 (12,9%) possuía $IMC \geq 40 \text{kg/m}^2$.

Tabela 1. Descrição geral do total de usuários do Centro de Atenção Psicossocial, que aceitaram participar do estudo, Salvador, Bahia, Brasil, 2019 (n=284).

Variáveis	Descrição
Sociodemográficas	
Sexo n (%) (n=284)	
Masculino	129 (45,4)
Feminino	155 (54,6)
Idade (anos) (n=284)	
Média \pm SD	44,3 \pm 11,9
Mediana (IQ)	43 (36-54)
< 43anos n (%)	137 (48,2)
\geq 43anos n (%)	147 (51,8)
Cor autorreferida n (%) (n=284)	
Branco	28 (8,8)
Negro	95 (33,5)
Pardo	154 (54,2)
Outras	10 (3,5)
Escolaridade n (%) (n=282) ^a	
Sem escolaridade	25 (8,9)
1- 7anos	106 (37,6)
8-12anos	131 (46,5)
\geq 12anos	20 (7,1)
Estado civil n (%) (n=284)	
Casado/união estável	65 (22,9)
Solteiros	185 (65,1)
Viúvo/divorciado	34 (12,0)
Hábitos de vida	
Hábito de fumar n (%) (n=284)	
Não	232 (81,7)
Sim	52 (18,3)
Consumo de bebida alcoólica n (%) (n=284)	
Não	161 (91,9)
Sim	23 (8,1)
Prática regular de atividade física n (%) (n=284)	
Regular	89 (31,3)
Sedentário	195 (68,7)
Clínicas	
Peso (kg) (n=284)	
Média \pm SD	78,1 \pm 16,9
Mediana (IQ)	76,2 (65,8- 89,1)

IMC (kg/m ²) (n=284)	
Média ± SD	29,1 ± 6,1
Mediana (IQ)	28,2 (24,5- 32,8)
IMC ≥25 n (%)	206 (72,5)
IMC ≥30 n (%)	116 (40,9)
Cintura (cm) (n=284)	
Média ± SD	97,7 ±14,1
Tratamento para Diabetes Mellitus n (%) (n=284)	
Não	248 (87,3)
Sim	36 (12,7)
Tratamento para Hipertensão Arterial n (%) (n=284)	
Não	226 (79,6)
Sim	58 (20,4)
Tratamento para Dislipidemia n (%) (n=284)	
Não	252 (89,0)
Sim	31 (11,0)
Presença de acantose <i>nigricans</i> n (%) (n=276) ^a	
Não	220 (79,7)
Sim	56 (20,3)
Cintura hipertrigliceridêmica n (%) (n=213) ^a	
Não	143 (67,1)
Sim	70 (32,9)
Número de psicofármacos em uso n (%) (n=283) ^a	
Média ± SD	3,7 ± 1,3
Acompanhamento médico fora do serviço psiquiátrico n (%) (n=260) ^a	
Não	146 (56,2)
Sim	114 (43,8)

^aVariável com dados perdidos; SD: desvio padrão; IQ: intervalo interquartil; IMC: índice de massa corporal

A análise bivariada entre os dados sociodemográficos, clínicos e psiquiátricos e SM estão demonstrados nas tabelas 2 e 3.

Na avaliação da média da pressão arterial, 88 (31%) indivíduos apresentaram elevação da pressão compatível com os valores definidos como elevados pelos critérios do NCEP, entretanto, o número de usuários que utilizava algum medicamento para controle pressórico foi de 58 (20,4%) indivíduos. O mesmo foi notado no controle glicêmico, em que níveis de glicemia iguais ou superiores a 100mg/dl foram encontrados em 48 pessoas, e destas, 27 (56,3%) não recebiam tratamento para hiperglicemia. O valor médio da glicemia foi 104,4 ±38,8 mg/dl, e em vinte nove indivíduos a glicemia assumiu valores maiores ou igual a 126mg/dl.

Não havia registro de diagnóstico psiquiátrico no prontuário de 15 (5,3%) usuários, e em 02 (0,7%) indivíduos não foi possível recuperar esse dado. A comorbidade psiquiátrica mais prevalente foi a esquizofrenia que acometeu 163 (50,7%) indivíduos seguidos pelos transtornos depressivos 57 (20,2%). Dentre os outros transtornos não descritos na tabela 3 estão alguns com frequência inferior a 5% da amostra como transtorno do humor não especificado, transtorno de personalidade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno dissociativo e simulação. Outro grupo não citado foram os chamados transtornos

orgânicos, por corresponderem a uma grande gama de patologias e que foram diagnosticados em 29 (10,3%) indivíduos.

Tabela 2. Razão de prevalência bruta da Síndrome Metabólica e seus intervalos de confiança de 95%, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, Bahia, Brasil, 2019 (n=215).

Variáveis	Síndrome Metabólica		
	P(%) ^b	RP ^c (IC95%) ^d	p-valor ^e
Sociodemográficas			
Sexo (n=284)			
Masculino	30 (31,3)	1,00	
Feminino	70 (58,8)	1,88 (1,35-2,63)	<0,01*
Idade (n=284)			
< 43anos	42 (48,0)	1,00	
≥ 43anos	55 (58,0)	1,24 (0,93-1,67)	0,14
Cor autodeclarada (n=284)			
Branco	10 (55,6)	1,00	
Não branco	90 (45,7)	0,82 (0,53-1,27)	0,42
Escolaridade (n=282)			
≥ 8anos	55 (47,8)	1,00	
< 8anos	45 (45,0)	0,94 (0,70-1,26)	0,68
Estado civil (n=284)			
Casado/união estável	72 (44,2)	1,00	
Sem companheiro	28 (53,8)	0,82 (0,60- 1,11)	0,22
Hábitos de vida			
Hábito de fumar (n=284)			
Não	78 (44,6)	1,00	
Sim	22 (55,0)	1,23 (0,89-1,71)	0,23
Consumo de bebida alcoólica (n=284)			
Não	94 (47,7)	1,00	
Sim	6 (33,3)	0,69 (0,35-1,36)	0,24
Prática regular de atividade física (n=284)			
Regular	25 (39,7)	1,00	
Sedentário	75 (49,3)	1,24 (0,88-1,75)	0,19
Clínicas			
Presença de acantose <i>nigricans</i> (n=276) ^a			
Não	64 (38,8)	1,00	
Sim	34 (73,9)	1,90 (1,47-2,46)	<0,01*
Acompanhamento médico fora do serviço psiquiátrico (n=260) ^a			
Sim	45 (46,7)	1,0	
Não	48 (45,7)	1,06 (0,79- 1,44)	0,65
Cintura hipertrigliceridêmica (n=213) ^a			
Não	36 (25,2)	1,00	
Sim	62 (88,6)	3,52 (2,62- 4,72)	<0,01*
Polifarmácia (n=283) ^a			
Não	74 (44,3)	1,00	
Sim	26 (54,2)	1,22 (0,89-1,66)	0,23

^aVariável com dados perdidos; ^bP: prevalência do desfecho entre expostos e não expostos; ^cRP: razão de prevalência bruta; ^dIC95%: intervalos de confiança de 95%; ^eteste do qui-quadrado de Pearson; *significância estatística.

Os antipsicóticos e os benzodiazepínicos foram os psicofármacos mais utilizados, estando presente em 243 (85,9%) e 157 (55,5%) das prescrições respectivamente. Polifarmácia foi identificada em 63 (22,3%) usuários.

A razão de prevalência bruta demonstrou associação entre a variável sexo feminino, presença de acantose *nigricans*, alteração na cintura hipertrigliceridêmica, diagnóstico de depressão e uso de antidepressivos como fatores associados ao diagnóstico da SM.

Tabela 3. Razão de prevalência bruta da Síndrome Metabólica e seus intervalos de confiança de 95%, segundo diagnóstico psiquiátrico e uso de psicofármacos em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, Bahia, Brasil, 2019 (n=215).

Variáveis	P(%) ^b	Síndrome Metabólica RP ^c (IC95%) ^d	p-valor ^e
Uso de psicofármacos por classe (n=283)^a			
Antipsicóticos			
Não	9 (33,3)	1,00	
Sim	91 (48,4)	1,45 (0,83- 2,52)	0,14
Antidepressivos			
Não	45 (39,1)	1,00	
Sim	55 (55,0)	1,41 (1,05- 1,88)	0,02*
Estabilizadores do humor			
Não	55 (43,3)	1,00	
Sim	45 (51,1)	1,18 (0,88- 1,57)	0,26
Benzodiazepínicos			
Não	55 (43,3)	1,00	
Sim	45 (51,1)	1,06 (0,79- 1,41)	0,69
Diagnósticos psiquiátricos (n=282)^a			
Esquizofrenia			
Não	66 (50,4)	1,00	
Sim	34 (40,5)	0,80 (0,59- 1,09)	0,16
Depressão			
Não	74 (42,8)	1,00	
Sim	26 (61,9)	1,45 (1,07- 1,94)	0,03*
Transtornos de ansiedade			
Não	94 (46,5)	1,00	
Sim	6 (46,2)	0,99 (0,54- 1,82)	0,98
Transtorno bipolar			
Não	82 (45,6)	1,00	
Sim	18 (51,4)	1,12 (0,79- 1,62)	0,52
Retardo mental			
Não	84 (46,4)	1,00	
Sim	16 (47,1)	1,01 (0,69- 1,49)	0,94

^aVariável com dados perdidos; ^bP: prevalência do desfecho entre expostos e não expostos; ^cRP: razão de prevalência bruta; ^dIC95%: intervalos de confiança de 95%; ^eteste do qui-quadrado de Pearson; *significância estatística.

Na regressão logística, as variáveis: acantose (RP ajustada: 1,50), antipsicótico (RP ajustada: 1,76), depressão (RP ajustada: 1,86) e cintura hipertrigliceridêmica (RP ajustada: 3,33) associaram-se estatisticamente à SM. Destaca-se que o modelo final exibiu a Curva ROC = 0,87 e Teste de *Hosmer e Lemeshow goodness of fit* = 0,41 apontando adequado poder

de discriminação e ajustando-se bem aos dados. Não foram encontradas colinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$) e não foram identificados padrões de observações influentes (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados à Síndrome Metabólica em usuários do Centro de Atenção Psicossocial, obtidos por meio da análise multivariada.

Fatores associados à Síndrome Metabólica	RP _{ajustada}	IC (95%)
Acantose Nigricans	1,50	1,18 – 1,90
Antipsicóticos	1,76	1,13 – 2,75
Depressão	1,86	1,38 – 2,51
Cintura hipertrigliceridêmica	3,33	2,48 – 4,46
Área sob a Curva ROC	0,87	
Teste de bondade de ajuste [‡]	0,41	

[‡]Hosmer-Lemeshow

Discussão

De acordo as literaturas nacionais e internacionais investigadas até o hodierno momento, este é o primeiro estudo a avaliar a prevalência e fatores associados a SM entre indivíduos acompanhados pelo CAPS.

No presente estudo, a elevada prevalência de SM e excesso de peso/obesidade foram descritos entre indivíduos portadores de doença mental em geral, sendo que aqueles com depressão foram os mais afetados com razão de prevalência de 1,86 (IC95% 1,38- 2,51). Os antipsicóticos além de representarem a classe de psicofármacos mais prescrita, foi a única relacionada no modelo final associada a SM (RP:1,76; IC95%: 1,13- 2,75), respectivamente. Apesar de não se manter na análise multivariada, o sexo feminino demonstrou associação com o diagnóstico de SM na análise bivariada (RP: 1,88; IC95%: 1,35-2,63). Não foi encontrada associação da SM com a idade dos indivíduos estudados na avaliação da RP bruta e ajustada.

Apesar da prevalência de SM encontrada ser superior àquela descrita no estudo de base de Rocha et al. (29,4%) (11), outros grupos demonstram prevalências semelhantes e até superiores de SM entre indivíduos com adoecimento mental (12). Em revisão sistemática com estudos de população geral no Brasil, publicada em 2013, foi demonstrada uma prevalência média de 29,6% (8). Entretanto, assim como no mundo, notamos um aumento da frequência de obesidade na população brasileira atingindo 19,8% dos adultos no último levantamento publicado em 2019 (9), e que provavelmente deve colaborar para o aumento da morbidade por SM, reforçando o presente achado com aumento da frequência de SM quando comparada ao estudo de Rocha et al (11).

Além, da elevada prevalência da SM como já descrito, a prevalência de obesidade (40,9%) e deposição abdominal de adiposidade (58,1%) encontradas, alertam para

possibilidade de maior adoecimento metabólico desses indivíduos, que poderá concorrer para mortalidade prematura nesse grupo, que inclusive já é descrita com redução da expectativa de vida que chega a doze anos em pacientes com esquizofrenia (17).

Assim como o presente trabalho, outros estudos também não identificaram associação da SM com a esquizofrenia (12). Entretanto a associação entre SM e depressão é perigosa e deve servir de alerta pois pode gerar um agregado de fatores de risco para morbimortalidade, visto que além da associação com a SM, depressão tem sido descrita como fator de risco cardiovascular e perda de anos ativos (18,19).

O uso de antipsicóticos, assim como os achados de estudos anteriores, estiveram relacionados a maior prevalência de SM, alertando para a maior atenção que deve ser despendida com os indivíduos que utilizam essa classe de fármacos (12). Diante desse cenário de uma classe tão prescrita, este trabalho traz a necessidade de reflexão sobre a necessidade de minimizar essas alterações metabólicas e consequentemente cardiovasculares.

O incentivo às medidas não farmacológicas para prevenção e controle metabólico, como estímulo a alimentação saudável e a prática de atividade física regularmente são importantes. Estudos de intervenção não farmacológica com objetivo de melhora metabólica e de redução de obesidade estão sendo desenvolvidos (20), incluindo estratégias com utilização de tecnologia remota (21), porém os dados já existentes são conflitantes (22,23), e há descrição de baixo custo efetividade de um programa de intervenção de estilo de vida em população de pessoas com adoecimento mental no Canadá (24).

Medidas de rastreio de fácil aplicação pelos profissionais de saúde do serviço, se mostram necessárias, para otimizar o fluxo de encaminhamento para avaliação metabólica dos indivíduos em risco metabólico, já que 56,2% dos usuários do serviço não faz acompanhamento médico, além da avaliação com psiquiatra do serviço. E essa inércia terapêutica já foi descrita por outros grupos (25,26).

A associação entre SM e acantose também já foi descrita por Mercês et al (27), em população também do nordeste do Brasil. E apesar de ainda controverso na literatura, o fenótipo da cintura hipertrigliceridêmica, vem sendo estudado como possibilidade de marcador simplificado do risco cardiovascular (28) e sua correlação, através do índice Kappa, com o diagnóstico de SM variou de 0,42- 0,58 (29).

Um dado surpreendente no presente estudo foi a não associação da SM no modelo final com a idade, apesar da literatura já demonstrar essa associação independentemente da

presença de transtorno mental (27,30). O que no presente estudo poderia se justificar pela idade jovem do grupo estudado.

A elevada prevalência de SM e obesidade como já descrito anteriormente, deve servir de alerta para o melhor acompanhamento clínico dos indivíduos com adoecimento mental, assim esse estudo já demonstra sua relevância em promover um diagnóstico local do adoecimento metabólico desses indivíduos que é reforçado pela literatura (12).

Entretanto, precisamos refletir sobre as limitações do trabalho: (I) impossibilidade de definição de causalidade, podendo ser estabelecida apenas análises de associação; (II) elevada frequência de não adesão à realização dos exames laboratoriais pode ter impacto na avaliação dos dados apresentados, (III) a obtenção de informações sobre hábitos de vida auto referidos também traz limitações, que precisam ser avaliadas a luz das peculiaridades dos participantes do estudo. Frente as limitações apontadas, destaca-se a robustez metodológica empregada no presente estudo.

Conclusão

A alta prevalência de SM na amostra estudada suscita reflexões acerca da importância da avaliação básica de alterações metabólicas entre os indivíduos que convivem com adoecimento mental, como forma de realizar cuidado integrado e otimizar a qualidade e expectativa de vida desses cidadãos. O diagnóstico de depressão, o uso de antipsicóticos, assim como a presença de acantose nigricans (que é um dado clínico e de fácil obtenção), mostraram-se como fator de risco para a SM.

Os dados alertam para necessidade de atualização da equipe para detecção de indivíduos em maior risco de doenças metabólicas, assim como a necessidade de avaliação médica ampliada, com participação do médico clínico no cuidado ao indivíduo com adoecimento mental. Nesse cenário, a avaliação antropométrica e a capacitação para reconhecimento da acantose *nigricans* podem ser aliados no rastreamento de indivíduos com maior risco metabólico, com baixo custo e complexidade.

Referências

1. Mottillo S, Bs C, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(14):1113–32.

2. Stern MP, Williams K, González-Villalpando C, Hunt KJ, Haffner SM. Does the metabolic-syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care*. 2004;27(11):2676–81.
3. Gami AS, Witt BJ, Howard DE, Erwin PJ, Gami LA, Somers VK, et al. Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Events and Death. A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49(4):403–14.
4. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation*. 2005;112:2735–52.
5. Moore JX, Chaudhary N, Akinyemiju T. Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–2012. *Prev Chronic Dis*. 2017;14(24):1–16. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/16_0287.htm
6. Moreira GC, Cipullo JP, Ciorlia LAS, Cesarino CB, Vilela-Martin JF. Prevalence of metabolic syndrome: Association with risk factors and cardiovascular complications in an urban population. *PLoS One*. 2014;9(9):1–10.
7. Chini LSN, Greffin S, Lugon JR. Prevalence of metabolic syndrome among workers from the Company of Generation and Distribution of Energy in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(4):359–64.
8. Vidigal FDC, Bressan J, Babio N, Salas-salvadó J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults : a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:1–10.
9. Brasil. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos*

- 26 estados brasileiros. Ministério da Saúde. 2019.
10. Tirupati S, Chua L. Obesity and metabolic syndrome in a psychiatric rehabilitation service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:606–10.
 11. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):330–6.
 12. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 14, *World Psychiatry*. 2015.
 13. Lemieux I, Pascot A, Couillard C, Lamarche B, Tchernof A, Alméras N, et al. Hypertriglyceridemic Waist. A Marker of the Atherogenic Metabolic Triad (Hyperinsulinemia; Hyperapolipoprotein B; Small, Dense LDL) in Men? *Circulation*. 2000;102(2):179–84.
 14. Nashwa Masnoon, Sepehr Shakib, Lisa Kalisch-Ellett GEC. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(230):1–10.
 15. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992–8.
 16. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MB de A, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(3):347–55.
 17. Lesage A, Rochette L, Émond V, Pelletier É, St-Laurent D, Diallo FB, et al. A surveillance system to monitor excess mortality of people with mental illness in Canada. *Can J Psychiatry*. 2015;60(12):571–9.
 18. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional,

- and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859–922.
19. Charlson FJ, Moran AE, Freedman G, Norman RE, Stapelberg NJC, Baxter AJ, et al. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: A comparative risk assessment. *BMC Med*. 2013;11(1).
 20. Walburg FS, Van Meijel B, Van Tulder MW, Adriaanse MC. Cost-effectiveness of a lifestyle intervention for people with a serious mental illness (SMILE): Design of a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–8.
 21. Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: Results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–12.
 22. Vancampfort D, Solmi M, Firth J, Vandenbulcke M, Stubbs B. The Impact of Pharmacologic and Nonpharmacologic Interventions to Improve Physical Health Outcomes in People With Dementia: A Meta-Review of Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;(February):53–66.
 23. De Rosa C, Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Poci B, Borriello G, et al. Improving physical health of patients with severe mental disorders: a critical review of lifestyle psychosocial interventions. *Expert Rev Neurother*. 2017;17(7):667–81.
 24. Holt RIG, Hind D, Gossage-Worrall R, Bradburn MJ, Saxon D, McCrone P, et al. Structured lifestyle education to support weight loss for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first episode psychosis: The STEPWISE RCT. Vol. 22, *Health Technology Assessment*. 2018. 1–160 p.

25. Tirupati S, Chua LE. Obesity and metabolic syndrome in a psychiatric rehabilitation service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(7):606–10.
26. Hor ESL, Subramaniam S, Koay JM, Bharathy A, Vasudevan U, Panickulam JJ, et al. Improving metabolic monitoring in patients maintained on antipsychotics in Penang, Malaysia. *Australas Psychiatry*. 2016;24(1):67–71.
27. Magno Conceição das Mercedes AICS, Iracema Lua, Dandara Almeida Reis da Silva, Douglas de Souza e Silva, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Manuela Conceição das Mercedes Miranda, Caroline da Silva Barbosa, Lucelia Batista Neves Cunha Magalhaes, Julita Maria Freitas Coelho, Maria Lucia Silva Servo VPF and ADJ. Metabolic Syndrome Among Primary Health Care Nursing Professionals : A Cross-Sectional Population-Based Study †. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2686):1–13.
28. Poirier J, Kubow S, Noël M, Dupont C, Egeland GM. The hypertriglyceridemic-waist phenotype is associated with the Framingham risk score and subclinical atherosclerosis in Canadian Cree. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015;25(11):1050–5.
29. Freitas RS, da Fonseca M de JM, Schmidt MI, Molina M del CB, de Almeida M da CC. Fenótipo cintura hipertrigliceridêmica: Fatores associados e comparação com outros indicadores de risco cardiovascular e metabólico no ELSA-Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):1–16.
30. Alosaimi FD, Abalhassan M, Alhaddad B, Alzain N, Fallata E, Alhabbad A, et al. Prevalence of metabolic syndrome and its components among patients with various psychiatric diagnoses and treatments: A cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;45:62–9.

6 CONCLUSÕES

Como esperado, os dados apontam alta prevalência de SM entre os indivíduos com adoecimento mental. Outro dado importante e bastante relacionado a SM e marcante nesse estudo, é a elevada prevalência de obesidade na amostra, com frequência ainda maior do que a as estatísticas nacionais oficiais, alertando para a necessidade de combate a esta pandemia.

A confecção do produto técnico (Apêndice E) foi um desafio para o desenvolvimento de uma linguagem simples, atrativa e informativa. O modelo de desenvolvimento também foi limitado pelo baixo nível socio econômico dos usuários e indisponibilidade de acesso a mídias em formatos digitais.

A baixa frequência de acompanhamento médico além do fornecido pela equipe de psiquiatria também é um dado relevante, e contraditório ao notarmos o elevado risco cardiometabólico a que esses indivíduos estão expostos minimamente pela avaliação da obesidade. Outras avaliações dos dados gerados nesse trabalho são propostas, entre elas a avaliação do risco cardiovascular por estratégias de baixa complexidade como o score de Framingham ajustado pelo IMC.

A vivência no campo de coleta e suas singularidades despertaram ao longo do desenvolvimento da pesquisa maior preocupação com o campo da saúde mental, que ficou mais sensível com o surgimento da pandemia do novo coronavírus (Sars- CoV- 2) motivando a confecção de um editorial publicado na Revista de Saúde Pública (Apêndice F) sobre a interseção da pandemia da COVID 19 com a saúde mental, independente de adoecimento mental prévio a esse momento. A vulnerabilidade social desses indivíduos também motivou a produção de um trabalho aceito no XXXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria com dados parciais (Apêndice G e Anexo E).

Assim, apesar das limitações desse trabalho, principalmente em atingir uma maior aderência a realização da avaliação complementar proposta através dos exames laboratoriais, traz dados suficientes para informar que é preciso avançar no cuidado interprofissional e clínico das pessoas em condição de adoecimento mental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Óbitos por Residência por Capítulo CID-10 segundo Região. DATASUS 2016. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Mottillo S, Bs C, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(14):1113–32.
3. Stern MP, Williams K, González-Villalpando C, Hunt KJ, Haffner SM. Does the metabolic-syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care.* 2004;27(11):2676–81.
4. Gami AS, Witt BJ, Howard DE, Erwin PJ, Gami LA, Somers VK, et al. Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Events and Death. A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *J Am Coll Cardiol.* 2007;49(4):403–14.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation.* 2005;112:2735–52.
6. Moore JX, Chaudhary N, Akinyemiju T. Metabolic Syndrome Prevalence by Race/Ethnicity and Sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–2012. *Prev Chronic Dis.* 2017;14(24):1–16.
7. Moreira GC, Cipullo JP, Ciorlia LAS, Cesarino CB, Vilela-Martin JF. Prevalence of metabolic syndrome: Association with risk factors and cardiovascular complications in an urban population. *PLoS One.* 2014;9(9):1–10.
8. Chini LSN, Greffin S, Lugon JR. Prevalence of metabolic syndrome among workers from the Company of Generation and Distribution of Energy in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Coletiva.* 2014;22(4):359–64.

9. Vidigal FC, Bressan J, Babio N, Salas-Salvadó J. Prevalence of metabolic syndrome in adults : a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1198):1–10.
10. Organisation WG. *Obesidade - World Gastroenterology Organisation Global Guideline*. 2011.
11. Brasil. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros*. Ministério da Saúde. 2019.
12. Lambert TJR, Chapman LH, Statement P. Diabetes, psychotic disorders and antipsychotic therapy: a consensus statement. *Med J Aust*. 2004;181(10):544–8.
13. Tirupati S, Chua L. Obesity and metabolic syndrome in a psychiatric rehabilitation service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:606–10.
14. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):330–6.
15. Brasil. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Ministério da Saúde. 2005.
16. Amarante P, Gomes ACM, Torre EHG, Costa JA, Cruz LB, Caliman LV, Vêras MPT, Lima SC, Oliveira WS. *Parte II - A psiquiatria... isso se cura! Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil*. SciELO Books. 2012;II:44–59.
17. Ribeiro SL. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol Ciência e Profissão*. 2004;24(3):92–9.
18. Esperidião E, Pereira. Refletindo a trajetória histórica da assistência psiquiátrica. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(4):599–606.
19. Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade

- sem manicômios Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Cienc E Saude Coletiva*. 2018;23(6):2067–74.
20. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil : uma (re) visão The psychiatric reform in Brazil : a (re) view. *Cienc E Saude Coletiva*. 2009;14(1):297–305.
 21. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease (syndrome x): an expanded definition. *Annu Rev Med*. 1993;44:121–31.
 22. Dean JD, Jones CJH, Hutchison SJ, Peters JR, Henderson AH. Hyperinsulinaemia and microvascular angina (" syndrome X "). *Lancet*. 1991;337:456–7.
 23. Avogaro P, Creapaldi G. Essential hyperlipemia, obesity and diabetes. *Eur Assoc for the Study of Diabetes*. 1965;1(2):137.
 24. Barbosa PJB, Lessa I, Almeida Filho N de, Magalhães LBNC, Araújo J. Artigo Original Critério de Obesidade Central em População Brasileira : Impacto sobre a Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87:407–14.
 25. Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for “obesity disease” in Japan. *Circ J*. 2002;66:987–92.
 26. Oda E, Abe M, Veeraveedu PT, Watanabe K. Considerable Disagreement Among Definitions of Metabolic Syndrome for Japanese. *Circ J*. 2007;71:1239–43.
 27. Sir George Alberti, Paul Zimmet, Jonathan Shaw SMG. The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome. *Int Diabetes Fed*. 2010;(1–23).
 28. Moreira OR, Vilar L, Godoy- Matos A. Síndrome Metabólica | Relevância e Implicações Clínicas. In: *Endocrinologia Clínica*. 6ª ed. Guanabara Koogan. 2016. p. 1401-14
 29. Mercedes MC das, Santana AIC, Lua I, Silva DAR, Silva DS, Gomes AMT, Miranda MC das M, Barbosa CS, Magalhaes LBNC, Coelho JMF, Servo MLS, Portella DDA, Souza CS, Lago SB, Araújo EMQ, Marques SC, Figueiredo VP and D'Oliveira Junior A.

- Metabolic Syndrome Among Primary Health Care Nursing Professionals : A Cross-Sectional Population-Based Study †. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2686):1–13.
30. Li Y, Zhao L, Yu D, Wang Z, Ding G. Metabolic syndrome prevalence and its risk factors among adults in China: A nationally representative cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(6):1–16.
 31. Araújo EMQ. Síndrome Metabólica: Conceitos, epidemiologia e etiopatogêneses. In: A síndrome metabólica e suas implicações clínicas. 1^a ed. EdUneb 2018, p19- 38.
 32. Mussi RF de F, Petróski EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos , Brasil Metabolic syndrome and associated factors in quilombolas (inhabitants of black communities) from Bahia , Brazil. *Cienc E Saude Coletiva*. 2019;24(7):2481–90.
 33. Zhang X, Devlin HM, Smith B, Imperatore G, Thomas W, Lobelo F, et al. Effect of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among adults without impaired glucose tolerance or diabetes : A systematic review and meta- analysis. *PLoS One*. 2017;1–27.
 34. Zhang J, Liu Q, Long S, Guo C, Tan H. Prevalence of metabolic syndrome and its risk factors among 10,348 police of fi cers in a large city of China. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(40):1–4.
 35. Roomi MA, Mohammadnezhad M. Review Article Prevalence of Metabolic Syndrome Among Apparently Healthy Workforce. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2019;31(2). 2019;31(2):252–64.
 36. Yamaoka K, Tango T. Effects of lifestyle modification on metabolic syndrome : a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2012;10(138):1–10.
 37. Eunok Park; JinShil KIm. Gender- and Age-Specific Prevalence of Metabolic

- Syndrome Among Korean Adults Nutrition Examination Survey. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(3):256–66.
38. Rondina R C, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clin.* 2003;30(6):221–8.
 39. Vidigal FDC, Bressan J, Babio N, Salas-Salvadó J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults : a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13:1–10.
 40. F Marquez-Sandoval, G Macedo-Ojeda DV-H, JD Fernandez Ballart, J Salas Salvado, Vizmanos B. The prevalence of metabolic syndrome in Latin America : a systematic review. *Public Health Nutr.* 2011;14(10):1702–13.
 41. Mercedes MC, Gomes AMT, Coelho JMF, Servo MLS, Marques SC, D'Oliveira A. Scientific evidence on the association between burnout and metabolic syndrome: Integrative review. *ACTA Paul Enferm.* 2019;32(4):470–6.
 42. Alosaimi FD, Abalhassan M, Alhaddad B, Alzain N, Fallata E, Alhabbad A, et al. Prevalence of metabolic syndrome and its components among patients with various psychiatric diagnoses and treatments: A cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;45:62–9.
 43. Ricapa MA, Guimas LB, Ticse R. Perfil metabólico y factores asociados en pacientes con esquizofrenia bajo tratamiento con antipsicóticos que acuden a consulta externa en el Instituto Nacional de Salud Mental (Perú). *Rev Neuropsiquiatr.* 2017;79(4):216.
 44. Bartoli F, Crocamo C, Gennaro GM, Castagna G, Trotta G, Clerici M, et al. Exploring the association between bipolar disorder and uric acid: A mediation analysis. *J Psychosom Res.* 2016;84:56–9.
 45. Franco PMC, Sánchez BS, Criado NR, Santos BP, Herrero SB, Fourcade JFC, et al. Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. *Nutr Hosp.*

- 2015;32(6):2715–7.
46. Gutiérrez-Rojas L, Azanza JR, Bernardo M, Rojo L, Mesa F, Martínez-Ortega JM. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(1):9–17. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/87/ENG/16-87-ENG-9-17-520454-ant.pdf>
 47. Faasen N, Niehaus DJH, Koen L, Jordaan E. Undiagnosed metabolic syndrome and other adverse effects among clozapine users of Xhosa descent. *South African J Psychiatry*. 2014;20(2):54–7.
 48. Boreu QF, Poch PR, Chiaa AB, Martín CM, Serra NG y Costa RC. Atención Primaria de vida en pacientes con trastorno mental severo. *Atención Primaria*. 2013;45(3):141–8.
 49. Medeiros-Ferreira L. Síndrome metabólico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;40(1):17–26.
 50. Steylen PMJ, Van Der Heijden FMMA, Kok HDH, Sijben NAES, Verhoeven WMA. Cardiometabolic comorbidity in antipsychotic treated patients: Need for systematic evaluation and treatment. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013;17:125–30.
 51. Albert U, Aguglia A, Chiarle A, Bogetto F, Maina G. Metabolic syndrome and obsessive-compulsive disorder: A naturalistic Italian study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:154–9.
 52. Joshi KB, Nillawar A, Thorat AP. Cardiovascular disease risk in schizophrenia patients: A case control study. *J Clin Diagnostic Res*. 2013;7(12):2694–6.
 53. Said MA, Sulaiman AH, Habil MH, Das S, Bakar AKA, Yusoff RM, et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk among patients with schizophrenia receiving antipsychotics in Malaysia. *Singapore Med J*. 2012;53(12):801–7.
 54. Gossell-Williams M, Martin J, Neita S, Gibson RC, Abel W, Sewell C, et al. Prevalence

- of the metabolic syndrome in patients presenting to the university hospital of the West Indies: A need to adopt proactive screening and specific management policy. *West Indian Med J.* 2012;61(8):802–8.
55. O’Callaghan C, Liew AYL, Yusof MSD, Duffy R, Breen EG, Kinsley B, et al. Screening for metabolic syndrome in long-term psychiatric illness: Audit of patients receiving depot antipsychotic medication at a psychiatry clinic. *Eur J Psychiatry.* 2011;25(4):213–22.
 56. Diaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Cuevas-Pineda GJ, Reza-Garduño H, Castañeda-González CJ. Prevalencia de síndrome metabólico en un hospital psiquiatrico de México. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(2):115–22.
 57. Sugawara N, Yasui-Furukori N, Sato Y, Kishida I, Yamashita H, Saito M, et al. Comparison of prevalence of metabolic syndrome in hospital and community-based Japanese patients with schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry.* 2011;10:1–8.
 58. Kim SH, Kim K, Kwak MH, Kim HJ, Kim HS, Han KH. The contribution of abdominal obesity and dyslipidemia to metabolic syndrome in psychiatric patients. *Korean J Intern Med.* 2010;25(2):168–73.
 59. Medved V, Kuzman MR, Jovanovic N, Grubisin J, Kuzman T. Metabolic syndrome in female patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: A 3-month follow-up. *J Psychopharmacol.* 2009;23(8):915–22.
 60. Moreno TS-A, Gonzalez RT, Fleta JLH, León P. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos hospitalizados en Gran Canaria. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(6):359–67.
 61. Jones LE, Carney CP. Increased risk for metabolic syndrome in persons seeking care for mental disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2006;18(3):149–55.
 62. Salvador. Distritos Sanitários. <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos->

- sanitarios/#1463062811469-2991b9bd-61ff
63. Brasil. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>
 64. Governo da Bahia. <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/hospitais/>
 65. Seigel DG, Podgor MJ, Remaley NA. Acceptable values of kappa for comparison of two groups. *Am J Epidemiol.* 1992; 135(5): 571-78.
 66. Program national CE. Executive Summary of the Third Report (NCEP) Expert Panel on Detection , Evaluation , and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486–97.
 67. Santos CE, Schrank Y, Kupfer R. Análise crítica dos critérios da OMS, IDF e NCEP para síndrome metabólica em pacientes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(9):1096–102.
 68. Carlos J, Tarastchuk E, Guérios ÊE, Loures R, Maurício P, Andrade P De, et al. Obesidade e Intervenção Coronariana : Devemos Continuar Valorizando o Índice de Massa Corpórea ? *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(5):311–6.
 69. ABESO. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016.
 70. Brasil. Ministério da Saúde, Fiocruz. Pesquisa Nacional de Saúde. *Bol Serviço.* 2010;2–36.
 71. Bener A, Yousafzai MT, Darwish S, Al-Hamaq AOAA, Nasralla EA, Abdul-Ghani M. Obesity index that better predict metabolic syndrome: Body mass index, waist circumference, waist hip ratio, or waist height ratio. *J Obes.* 2013;1–9.
 72. Nashwa Masnoon, Sepehr Shakib, Lisa Kalisch-Ellett GEC. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(230):1–10.
 73. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev*

- Saude Publica. 2017;51 Supl 2:19s.
74. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: Um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):335–44.
 75. Foy CM, Vaishnav J, Sperati CJ. Drug-Induced Hypertension. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2019; 48: 859-73.
 76. J. Carmona-Huerta, S. Castiello-de Obeso, J. Ramírez-Palomino, R. Duran-Gutiérrez, D. Cardona-Muller, F. Grover-Paez PF-D& RM-D. Polypharmacy in a hospitalized psychiatric population: risk estimation and damage quantification. *BMC Psychiatry.* 2019;19(78):1–10.
 77. Lemieux I, Pascot A, Couillard C, Lamarche B, Tchernof A, Alméras N, et al. Hypertriglyceridemic Waist. A Marker of the Atherogenic Metabolic Triad (Hyperinsulinemia; Hyperapolipoprotein B; Small, Dense LDL) in Men? *Circulation.* 2000;102(2):179–84.
 78. He S, Zheng Y, Shu Y, He J, Wang Y, Chen X. Hypertriglyceridemic Waist Might Be an Alternative to Metabolic Syndrome for Predicting Future Diabetes Mellitus. *PLoS One.* 2013;8(9):11–3.
 79. Gomez-Huelgas R, Bernal-López MR, Villalobos A, Mancera-Romero J, Baca-Osorio AJ, Jansen S, et al. Hypertriglyceridemic waist: An alternative to the metabolic syndrome Results of the IMAP Study (multidisciplinary intervention in primary care). *Int J Obes.* 2011;35(2):292–9.
 80. Qiu Y, Zhao Q, Wang N, Yu Y, Wang R, Zhang Y, et al. Association of hypertriglyceridemic waist phenotype with renal function impairment: a cross-sectional study in a population of Chinese adults. *Nutr Metab (Lond).* 2020;17(1):1–10.
 81. Poirier J, Kubow S, Noël M, Dupont C, Egeland GM. The hypertriglyceridemic-waist phenotype is associated with the Framingham risk score and subclinical atherosclerosis

- in Canadian Cree. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015;25(11):1050–5.
82. Freitas RS, da Fonseca M de JM, Schmidt MI, Molina M del CB, de Almeida M da CC. Fenótipo cintura hipertrigliceridêmica: Fatores associados e comparação com outros indicadores de risco cardiovascular e metabólico no ELSA-Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):1–16.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I

Caro(a) Usuário(a) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Eduardo Saback);

Eu, Dandara Almeida Reis da Silva, professora da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Salvador – Bahia, responsável principal pelo projeto de pesquisa intitulado: “**Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial.**”, venho pelo presente termo convidá-lo a participar do estudo.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem como **objetivo** – Estimar associação da Síndrome Metabólica (SM) e seus componentes em usuários de um CAPS da cidade de Salvador (CAPS II Eduardo Saback) e caracterizar o perfil sociodemográfico desses cidadãos, já que as doenças metabólicas são responsáveis por uma expressiva parcela de mortalidade na população em geral.

Desta forma, solicitamos sua permissão para entrevistá-lo e lhe garantimos total acesso ao final da pesquisa, bem como a todas as informações resultantes dela. Gostaríamos que respondesse algumas questões relacionadas a dados sociodemográficos, estilo de vida, além de história de saúde pessoal e familiar. Serão avaliados alguns resultados de exames, a saber: HDL Colesterol, LDL Colesterol, Glicemia de Jejum, Hemoglobina glicada (HBA1c) e Triglicérides, estes precisam ser dos últimos seis meses, e caso não se adeque a questão pontuada, estes exames poderão ser coletados em qualquer laboratório da rede pública do município a sua escolha. Também será necessária realização de medida do seu peso, estatura e circunferência abdominal, assim como aferição da pressão arterial em todos aqueles sem diagnóstico prévio de hipertensão ou na indisponibilidade desse dado no prontuário, assim como nos que solicitem a realização de tal medida no momento da entrevista. Toda a avaliação será realizada em ambiente de privacidade na unidade de saúde CAPS II Eduardo Saback. Não será cobrada nenhuma taxa de participação da pesquisa ou coleta de exames, entretanto não haverá auxílio financeiro aos participantes.

Esses registros serão devidamente guardados sob responsabilidade da coordenadora Dandara Almeida Reis da Silva, sendo mantido o sigilo permanente das informações colhidas, após o período de cinco anos estes arquivos serão destruídos.

A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas, e o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial desta sua participação será de fornecer subsídios para o reconhecimento das alterações metabólicas nos portadores de distúrbios mentais atendidos nos CAPSs e assim melhorar a assistência prestada a estes usuários.

Os riscos desta pesquisa podem ser classificados como mínimos para os sujeitos participantes, por não prever a realização de nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem do estudo. Além disso, os participantes serão convidados a participar da pesquisa dentro da sua unidade de acompanhamento, assim como as entrevistas serão realizadas também nessa unidade (CAPS II Eduardo Saback). Não será coletado ou armazenado nenhum material biológico dos participantes pela equipe de pesquisa. Caso o participante seja exposto a algum risco inerente

a pesquisa, será indenizado nas formas definidas pela legislação referente à questão, quando for o caso.

Esse Termo de Consentimento será assinado pelo participante e pesquisador responsável em duas vias, sendo uma cópia do participante da pesquisa e a outra ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Colocamo-nos, à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida:

Dandara Almeida Reis da Silva

Telefone: (71) 99901-8707

E-mail: daraareis@gmail.com

Endereço: Universidade do Estado da Bahia. Colegiado de Medicina. Prédio do Departamento de Ciências da Vida (DCV 1)- 1º Pavimento. Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador – Bahia. CEP: 41.150-000

Demais dúvidas, entrar em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia – CEP/UNEB

E-mail: cepuneb@uneb.br

Telefone: (71) 3117-2399

Universidade do Estado da Bahia

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB

Prédio da reitoria- 1º pavimento

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador - BA. CEP: 41.150-000

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Fone: (61) 3315-2150 / 3315-3821

E-mail: cns@saude.gov.br

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B.

Brasília-DF, CEP: 70.058-900

Salvador, ____ de _____ de 20__

Participante da Pesquisa/ Representante Legal

Dandara Almeida Reis da Silva
Matrícula funcional UNEB: 74.653.949-2

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I
COLEGIADO DE MEDICINA**

**TERMO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE**

**ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CONFORME RESOLUÇÃO N 466/12 OU 510/16 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial.**” Seu responsável legal permite que você participe. Através desse estudo queremos saber se existe relação entre síndrome metabólica e transtornos mentais em pessoas que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e você não terá nenhum problema se não aceitar ou desistir. Caso aceite, será realizada entrevista e coleta de dados do seu prontuário além de avaliação de medidas como: pressão arterial, medida da cintura, quadril, peso e altura. Toda a entrevista será realizada em local de privacidade no CAPS II Eduardo Saback. Serão avaliados alguns resultados de exames, a saber: HDL Colesterol, LDL Colesterol, Glicemia de Jejum, Hemoglobina glicada (HBA1c) e Triglicerídeos, estes precisam ser dos últimos seis meses. A qualquer momento caso você se sinta pouco informado ou inseguro e queira desistir da participação na pesquisa, a pesquisadora irá respeitar sua vontade. Mas há coisas boas que podem acontecer com a realização deste projeto, pois sua realização poderá vir a esclarecer da importância de acompanhar de forma mais integral do portador de distúrbios mentais.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os participantes da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa os resultados serão publicados em jornais e revistas científicas e você também terão acesso a eles.

Você ainda poderá nos procurar para retirar dúvidas pelos telefones: (71) 99901-8707

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dandara Almeida Reis da Silva

Telefone: (71) 99901-8707 E-mail: daraareis@gmail.com

Endereço: **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB, UNEB - Pavilhão Administrativo – Térreo - Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador - BA. CEP: 41.150-000 Tel: (71) 3117-2399 E-mail: cepuenb@uneb.br**

Eu _____ aceito participar da pesquisa “**Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial.**” Entendi os objetivos e as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C

Pesquisa: Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, LABORAL, ESTILO DE VIDA E BIOLOGIA HUMANA

Ordem na pesquisa: _____

Data da coleta: ___/___/___

Número do prontuário: _____

Nome: _____

Data Nascimento ___/___/___

Telefone: (___) _____ - _____

Nome do responsável: _____ Parentesco: _____ (se houver)

Dados sociodemográficos

1. Idade em anos: _____

2. **Sexo:** 1 Masculino () 2 Feminino ()

3. **Religião:** 1. Católica () 2. Evangélica () 3. Espírita () 4. Umbanda ()

5. Candomblé () 6. Outra: _____ 7. Sem religião ()

4. **Raça/cor (autoreferida):** 1. Branco () 2. Preto () 3. Pardo () 4. Amarelo ()

5. Indígena () 6. Sem declaração ()

5. **Estado Civil:** 1. Solteiro () 2. Casado/ União estável () 3. Viúvo ()

4. Divorciado () 5. Outro: _____

6. Grau de instrução:

1. Analfabeto/ Nunca frequentou a escola () 2. Fundamental incompleto () 3. Fundamental completo () 4. Médio incompleto () 5. Médio completo () 6. Nível técnico () 7. Graduação incompleta ()

8. Graduação completa ()

7. Empregado/Exerce atividade remunerada (não precisa ter carteira assinada):

1. Sim () 2. Atividade não remunerada () 3. Nenhuma atividade laboral ()

Função (remunerada ou não remunerada): _____

8. Origem da renda do usuário (para os que não exercem função remunerada):

1. Benefício saúde () 2. Aposentadoria () 3. Pensão () 4. Familiares () 5. Outros: _____

Critérios de exclusão:

9. Preenche critérios de exclusão:

1 () Gestante 2 () Cirróticos 3 () < 18anos 4 () Bulimia
5 () Anorexia 6 () Vigorexia 7 () Usuário de drogas 8 () Psicoses agudas

=> Não se aplica ()

10. Diagnóstico psiquiátrico (retirar informação do prontuário):

1. Esquizofrenia () 2. Depressão () 3. Ansiedade ou TAG () 4. Distúrbio bipolar ()

5. Transtorno de compulsão alimentar () 6. Transtorno obsessivo-compulsivo ()

7. Outros () _____

Antropometria e avaliação laboratorial/ Ex. da rede municipal: 1 Sim () 2 Não () Data ___/___/___

11. **Peso:** _____ kg

12. **Altura:** _____ m

13. IMC: _____ kg/m²
14. Cintura: _____ cm
15. Quadril: _____ cm
16. PA: _____ x _____ mmHg (início) PA: _____ x _____ mmHg (final)
17. Presença de *Acanthosis nigricans* (cervical, axilar) 1 Sim () 2 Não ()
18. Triglicerídeos: _____ mg/dl
19. Colesterol Total: _____ mg/dl
20. HDL: _____ mg/dl
21. LDL: _____ mg/dl
22. Glicemia de jejum: _____ mg/dl
23. HBA1c: _____ %
24. Insulina: _____ microUI/ml
25. TSH: _____ microUI/ml Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
26. T4I: _____ ng/dl Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
27. Anti TPO: _____ () Positivo () Negativo
28. Ur: _____ mg/dl
29. Cr: _____ mg/dl
30. Albumina: _____ g/dl
31. Ácido úrico: _____ ng/ml Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
32. TGO/AST: _____ U/L Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
33. TGP/ALT: _____ U/L Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
34. FA: _____ U/L Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
35. GGT: _____ U/L Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
36. Ferro: _____ microg/dl Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
37. Ferritina: _____ ng/ml Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
38. Vitamina B12: _____ pg/ml Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
39. Ácido fólico: _____ ng/ml Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
40. Potássio: _____ mg/dl Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
41. Sódio: _____ mg/dl Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
42. Cálcio: _____ mg/dl Vr: _____ () Normal () Baixo () Alto
43. Vitamina D (25OH vitamina D): _____ ng/ml
44. Anti HBs 1. Negativo () 2. Positivo () 3. Não se aplica ()
45. Hb: _____
46. Leuco: _____
47. Plaquetas: _____ mil

Anamnese

Relato ou registro em prontuário de diagnósticos prévios ou usar medicação para:

48. Diabetes mellitus/ glicemia alterada: () Sim () Não
49. Dislipidemia/ Colesterol ou Triglicerídeos alterado () Sim () Não
50. Hipertensão arterial: () Sim () Não

Outros diagnósticos prévios:

51. Esteatose hepática: () Sim () Não
52. Infarto do miocárdio: () Sim () Não
53. Acidente vascular cerebral: () Sim () Não
54. Amputação não traumática: () Sim () Não Local do corpo: _____
55. Terapia de substituição renal/ doença renal: () Sim () Não
56. Amaurose/ Redução da acuidade visual: () Sim () Não Qual: _____
57. Apneia do sono () Sim () Não
58. Outros: _____

59. Prática de atividade física:

1. Nunca/ raramente () 2. 1- 2x/sem () 3. 3- 4x/sem () 4. > 4x/sem ()

- 60. Renda familiar em salários mínimos:** 1. <1 () 2. 1 a 2 () 3. ≥ 3 ()

- 61. Número de pessoas que residem no domicílio:** 1. 1 () 2. 2 a 3 () 3. 4 a 5 ()
4. 6 a 7 () 5. ≥ 8 ()

Medicações em uso:

62. Hipertensão arterial:

1. BRA/ IECA () 2. Diurético () 3. Beta bloqueadores ()
4. Bloqueadores de canal de cálcio () 5. Outros () 6. Não se aplica ()

Qual: _____

63. Diabetes mellitus:

1. Insulina () 2. Metformina () 3. Sulfoniureias () 4. Outros () 5. Não se aplica ()

Qual: _____

64. Dislipidemia:

1. Estatina () 2. Fibrato () 3. Outros () 4. Não se aplica ()

Qual: _____

- 65. Medicação para perda de peso nos últimos 5 anos** Sim () Não () Auto medicação ()

- 66. Usa AAS (AAS infantil):** () Sim () Não

- 67. História Familiar de doença arterial coronariana prematura** (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos) () Sim () Não

68. Medicação para distúrbios psiquiátricos:

Descreva com a posologia:

69. Tempo de uso de medicação para distúrbio psiquiátrico: _____ (anos)

70. Tempo de diagnóstico do distúrbio psiquiátrico: _____ (anos)

71. Tempo de acompanhamento no CAPS Eduardo Saback: _____ (anos)

72. O(A) senhor(a) faz acompanhamento médico em outra unidade de saúde além do CAPS:

() Não () 1x/ano () > 1x/ano

73. O(A) senhor(a) acredita que sua fome aumentou após os psicotrópicos: () Sim () Não

74. O senhor ou a senhora já foi orientado por algum profissional de saúde a:

1. Praticar atividade física pelo menos 2x/sem Sim() Não()

2. Ter alimentação saudável Sim() Não()

3. Perder peso/ manter peso adequado Sim() Não()

75. Cintura hipertrigliceridêmica: _____

76. Tabagismo

1. Não() 2. Sim() 3. No passado () Abstêmio há: _____ anos

Quantidade: _____ cigarros/dia Tempo de tabagismo: _____ anos Artesanal: Não() Sim()

77. Etilismo

1. Não() 2. Sim() 3. No passado () Abstêmio há: _____ anos

Quantidade: _____/dia Frequência: _____/sem Bebida mais consumida: _____

78. Uso de drogas ilícitas

1. Não() 2. Sim() 3. No passado() Abstêmio há: _____ anos

Tipo/Quantidade: _____ Frequência: _____/sem

ENTREVISTADOR (A): _____

APÊNDICE D

ROTINAS DA PESQUISA

Título da pesquisa: “**Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial.**”

Local de coleta: centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Eduardo Saback

Horários de funcionamento: segunda- sexta das 7- 17horas (não sendo possível coleta de dados na quinta pela manhã devido a reunião técnica da equipe).

Gerente da Unidade: Sr^a Carla/ Gerente Técnica: Sr^a Simone

1ª etapa: Vamos aplicar os questionários nos pacientes que estiverem em atendimento nos meses de agosto a março de 2019 até completar o número de questionários necessários.

2ª etapa: complementar os questionários dos pacientes que não possuíam avaliação laboratorial na primeira avaliação e fazer consulta médica nos casos necessários (nos casos onde houver alteração que necessite de conduta médica). Esta atividade obrigatoriamente terá a presença da pesquisadora (Dandara Reis).

Haverá uma pasta na cor transparente com materiais de escritório na unidade que será de uso dos participantes da pesquisa e terá os seguintes itens:

- 1 estetoscópio
- 2 fitas métrica
- 1 tensiômetro com braçadeira normal e 1 tensiômetro com braçadeira para obeso
- Clipes
- 1 grampeador/ grampos
- 1 esponja para carimbo para coleta de digital (polegar direito) para os indivíduos que não tenham capacidade de assinar
- Tinta para carimbo que deverá ser colocada da esponja caso necessário
- Canetas

Haverá uma pasta amarela contendo os seguintes impressos:

- Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE)
- Termos de assentimento para quando for necessário
- Ficha de coleta de dados (DEVE conter o número de identificação do indivíduo no estudo)

=> O número de identificação será obtido a partir do registro dos pacientes coletados sequencialmente no livro azul disponível para registro dos dados da coleta. Inclusive ao final do livro deverão ser registrados os indivíduos que não aceitarem participar ou aqueles casos onde se encontre apenas o familiar representando o paciente.

=> Importante 1: O TCLE e o Termo de assentimento são em duas vias pois uma deverá ser entregue ao paciente/ representante legal e uma deverá se manter com a equipe responsável pelo estudo.

=> Importante 2: A ficha de coleta de dados é produto mais importante da realização de um estudo. É importante completar todos os campos de forma legível para evitar que o seu trabalho seja desperdiçado devido a impossibilidade de avaliações pelas informações em falta.

=> Importante 3: A numeração da ficha de coleta de dados é fundamental pois dessa forma podemos identificar mais rapidamente o prontuário do paciente além de ser a nova forma de nomear o paciente na pesquisa. Por uma questão ética não podemos usar os nomes dos indivíduos participantes, então para diferenciá-los podemos definir números para cada participante. Dessa forma somos mais organizados.

- Os TCLEs e termos de assentimento assinados, assim como as fichas completas deverão ser levados semanalmente para a reunião do grupo de pesquisa na UNEB.

- As fichas incompletas ficarão em uma pasta sanfonada que deverá ser arrumada por ordem alfabética em pasta disponível no CAPS.

- Peço que me sinalizem das fichas completas os seguintes perfis para ter avaliação clínica que será feita por mim: **Glic jejum > 126mg/dl, HBA1c > 7%, Colesterol LDL > 180mg/dl, TG > 450mg/dl, IMC \geq 30kg/m², Pressão Sistólica \geq 150mmHg e/ ou Pressão diastólica \geq 100mmHg ou alguma outra alteração que achem importante.**

=> OBS: vocês terão impressos e assinados solicitações de exames que fazem parte da pesquisa, nos quais vocês precisarão preencher apenas o nome do paciente. Essas solicitações devem ser entregues a aqueles pacientes que não tiverem exames dos últimos 6 meses.

- Algumas informações importantes sobre a coleta:

=> SEMPRE devemos prezar pela intimidade do paciente e dessa forma o ideal é estarmos em algum local mais tranquilo para coleta de dados. Teremos alguns horários inclusive com consultório médico disponível.

=> SEMPRE devemos prezar por nossa segurança: recomendo que a porta do consultório nunca ficar trancada (isso é uma regra que deve ser aplicada em qualquer instituição e com qualquer paciente, inclusive pois em caso de algum desastre local como incêndio é preciso deixar o local da forma mais rápida possível sempre auxiliando os pacientes presentes).

=> Dados importantes sobre a coleta:

1. Aferição da pressão arterial

- O paciente deverá estar sentado (por pelo menos 5 min), com braço apoiado na altura do coração, pernas descruzadas e os dois pés apoiados no chão. Condicionamos o braço esquerdo para aferição da pressão arterial.
- Em caso de obesos usem o manguito maior.
- 2. Medida da cintura/ circunferência abdominal: deve ser realizada no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca.
- 3. Medida do quadril: deverá ser medida na região mais larga do quadril/ maior protuberância glútea.
- 4. Ao entregar as solicitações de exames informar ao paciente a necessidade de pelo menos 12 horas de jejum.
- 5. Ao final da coleta por favor colocar no **livro azul** o nome completo do paciente com o número do prontuário (número do prontuário do CAPS) nas páginas com a letra correspondente a letra inicial do seu nome, colocando também a data da coleta e a data de finalização da coleta. Como vamos trabalhar com muitos pacientes e alguns irão ter atividades repetidas no CAPS, essa estratégia é importante para evitar coleta em duplicata do mesmo indivíduo.
- 6. Os indivíduos que não aceitarem participar deverão ter seu nome, sexo e idade registrados ao final do **livro azul** em local delimitado para isso para podermos contabilizar as recusas ao final.

Obrigada por participarem desse sonho.

Parabéns por caminharem pelos trilhos do saber.

Tenho certeza de que ao final terão ganho de conhecimento e experiências.

Dandara Reis

Professora Auxiliar da UNEB e Mestranda do MEPISCO/UNEB

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

APÊNDICE E

PRODUTO TÉCNICO

Eu já falei muito. Agora é a hora de vocês me ajudarem. Vamos marcar os alimentos mais saudáveis?

Eu vou aproveitar essa conversa toda e vou caminhar. Vamos gente!!!

Síndrome Metabólica

Oi pessoal. Eu sou a Mariana. Hoje eu vim conversar com vocês sobre a síndrome metabólica. Você sabe o que é isso?

Mas não se preocupe. Eu vou te ajudar.

REALIZAÇÃO
 Autoria: Dandara Almeida Reis da Silva
 darsilva@uneb.br

MEPISCO

UNEB
 UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

The infographic features several food items: a lemon, a watermelon slice, a kiwi, a carrot, a purple ice cream, an avocado, a hot dog, a bunch of bananas, and a colorful candy. It also includes two cartoon characters: a man with glasses and a woman with curly hair.

A síndrome metabólica acontece quando encontramos três desses problemas na mesma pessoa:

1. Os níveis de açúcar do sangue elevado.
2. A pressão alta.
3. O colesterol alterado.
4. Aumento da cintura ou obesidade.

O responsável pela maior parte desses problemas é o ganho de peso.

E vocês devem está se perguntando: Mas como eu sei se eu tenho essa tal de Síndrome Metabólica?

Caso você esteja acima do peso ou com a cintura aumentada você já precisa se cuidar.

Além da síndrome metabólica, a obesidade pode trazer outras

dificuldades para a vida da pessoa

As pessoas obesas sentem mais dores nos joelhos, pés e coluna. E isso pode prejudicar muito essas pessoas e até deixar elas com dificuldade para andar e até calçar o sapato.

Outra coisa que é importante é que quando estamos acima do peso nosso sono fica pior. E pessoas que não dormem bem acabam ficando mais cansadas durante o dia.

Vocês já devem estar pensando como podem mudar isso? Então eu chamei o Mateus para conversar com vocês.



Sou Mateus. O amigo da Mariana. Vim falar sobre saúde e como a gente pode ter uma vida saudável.

Para começar precisamos fazer alguma atividade física pelo menos duas vezes por semana. E pode ser qualquer exercício: dançar, jogar futebol, pular corda e fazer caminhada também é muito bom.



Comer frutas, salada e verdura também é importante para se manter saudável.



Revista de
Saúde Pública

<http://www.rsp.fiocruz.br/>

Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health

Dandara Almeida Reis da Silva¹ , Rodrigo Fernandes Weyll Pimente^{2*} , Magno Conceição das Mercês¹

¹ Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Salvador, BA, Brasil

² Universidade Federal da Bahia, Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos, Salvador, BA, Brasil

Covid-19 is a respiratory infection caused by coronavirus- initially detected in China, in December 2019, which progresses to pneumonia in 81% of the cases, with an average fatality rate of 2.3%¹. It was declared a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020, almost ninety days after the first cases appeared. With high transmissibility, vertiginous increase in the number of cases, and clinical severity, it is impossible to disregard its psychological effects.

Despite being a recent pathology, studies addressing the theme of emotional stress in today's scenario already emerged. The bibliographic research conducted on March 22, 2020, using the search strategies "Psychological Stress AND covid 19", "Estresse Psicológico AND covid 19", and "mental disorder AND covid 19" in Pubmed and BIREME, found seven articles, all with equivalence in both databases. No other filters have been defined. Two articles in Chinese were not evaluated. After reading the other five articles in full, two were originals; the others represented brief communications.

Both original articles with primary data were conducted in China. One of these papers evaluated three groups: general population, frontline nurses and general nurses². Frontline nurses were the least affected by emotional stress, condition linked to strategies to cope with emotional stress developed by these professionals. However, the accumulation of work overload may change this scenario, and the continuous exposure to emotional stress may trigger other disorders³. Regardless of the group, emotional stress was present in more than 60%². In the general population (1210 individuals), 28.8% exhibited symptoms of moderate to severe anxiety and 53.8% reported psychological impact of moderate to severe intensity, because of the epidemic⁴.

Considering the epidemiological behavior of covid-19, the period of social isolation may be necessary indefinitely. Regardless of the covid-19 pandemic, social isolation itself is capable of triggering psychotic symptoms, as Kellerman et al. described in 1977⁵. In this study, they evaluated individuals in social isolation due to oncological disease, and observed symptoms of depression (92.3%), anxiety (76.9%), sleep disorders (61.5%) and hallucinations in 38.5% of the subjects, among other alterations⁶.

Besides the covid-19 pandemic, health professionals and the general population are at risk of mental illness. We must develop psychological support strategies to promote mental health, emphasizing the use of online technologies to maintain the necessary physical distancing. Keep in mind those already suffering from psychiatric disorders, which can be worsened by the current scenario. Surveillance will be needed to control the "pandemic of fear" and treat mental illness even after the covid-19 pandemic is resolved.

Correspondence:
Dandara Almeida Reis da Silva
Rua Silveira Martins, 2555
41130-000 Salvador, BA, Brazil
E-mail: daraalmei@gmail.com

Received: Mar 25, 2020
Approved: Apr 11, 2020

How to cite: Silva DAR, Pimentel RFW, Mercês MC. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. Rev Saude Publica. 2020;54:e16

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.



REFERENCES

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention]. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
2. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control [published online ahead of print, 2020 Mar 10]. *Brain Behav Immun*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
3. Mercedes MC, Coelho JMF, Lua I, Silva DS, Gomes AMT, Erdmann AL, et al. Prevalence and factors associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care nursing professionals: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):474. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020474>
4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
5. Kelleman J, Rigler D, Siegel SE. The psychological effects of isolation in protected environments. *Am J Psychiatry*. 1977;134(5):563-5. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.5.563>

Authors' Contributions: Study design and planning: DARS, RFWR, MCM. Data collection, analysis and interpretation: DARS, RFWR, MCM. Manuscript development: DARS, RFWR, MCM. Critical review: DARS, MCM. Approval of the final version: DARS, MCM.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

APÊNDICE G

Resumo para congresso de psiquiatria

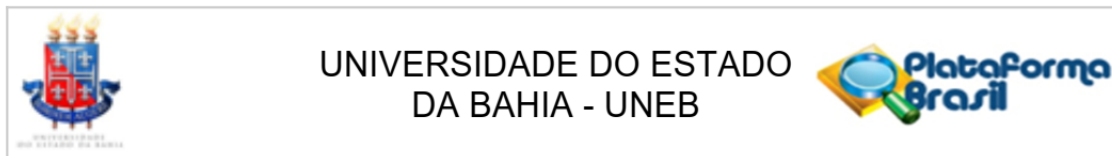
Título: A dimensão socioeconômica da vulnerabilidade entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial em Salvador.

Palavras chave: Vulnerabilidade, Doença mental, Centro de Atenção Psicossocial.

Objetivo: Descrever a dimensão socioeconômica da vulnerabilidade entre usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Método: Estudo transversal, realizado entre agosto de 2019 e janeiro de 2020 no CAPS II Eduardo Saback, localizado em Salvador- Bahia. Foram entrevistados usuários de ambos os sexos, maiores de 18 anos e matriculados na unidade, que compareceram para atendimento no dia da entrevista. Resultados: Duzentos e dez indivíduos, 53,5% do sexo feminino, com média de idade de 44,1anos (SD: 11,9). Negros/pardos representaram 87,44% da população estudada, e 21,7% são casados ou estão em união estável. Sobre a escolaridade, 37,7% cursaram pelo menos o nível médio completo, e 9,8% se declararam analfabetos ou nunca haviam frequentado a escola. A maioria (71,3%) mora com até 3 pessoas no mesmo domicílio. Para avaliação da renda familiar, foram utilizadas três categorias baseadas no número de salários mínimos: < de 1 salário: 21,4%, 1-2 salários: 76,2%, ≥ 3 salários: 2,4%, um indivíduo era morador de rua e referiu não ter qualquer renda e 6 não informaram esse dado. Para avaliar inserção social, foi questionado sobre realização de atividades remuneradas ou não, além das propostas pelo CAPS. Atividade remunerada foi referida por 10,9% dos usuários e 18,9% informaram fazer alguma atividade laboral não remunerada. Entretanto, ao avaliar a origem dos rendimentos dos participantes do estudo, 34,1% eram sustentados pelos familiares, 33,6% recebiam algum tipo de benefício de saúde, 20,2% estavam aposentados (por contribuição ou invalidez) e os demais recebiam pensão ou outro tipo de rendimento. Conclusão: É sabido que o adoecimento mental contribui para o incremento de vulnerabilidades, além de dificultar desempenho escolar e o acesso ao mercado de trabalho. No presente estudo, há descrição do impacto socioeconômico da doença mental. Assim, os dados apresentados nesse trabalho contribuem para reflexão ampla da situação socioeconômica dos indivíduos com transtornos mentais, e a importância de desenvolver estratégias de inserção destes em atividades laborais, que pode ser uma maneira de reinserção social, além de combater a vulnerabilidade econômica dos indivíduos e suas famílias.

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre síndrome metabólica e distúrbios psiquiátricos em população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisador: DANDARA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13159819.6.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.398.268

Apresentação do Projeto:

Resposta do pesquisador a parecer número: 3.330.952

Apresentação do projeto: A Síndrome metabólica (SM) é representada por uma confluência de alterações metabólicas relacionadas a resistência insulínica, estado pro trombótico e inflamatório, sendo associada a maior chance de desfecho cardiovascular, assim como aumento da mortalidade geral. A associação entre obesidade e alterações metabólicas em indivíduos psiquiátricos já tem despertado a atenção dos estudiosos, e em 2004 foi

sugerida por entidade de endocrinologia a pesquisa de disglícemia e fatores associados nessa população.

Apesar de literatura já desenvolvida na relação entre esquizofrenia e síndrome metabólica, são mais escassos os trabalhos que demonstram a associação do grupo das afecções psiquiátricas em geral com a síndrome metabólica. E apesar da esquizofrenia ser o protótipo da doença psiquiátrica, todas as afecções são importantes e podem estar relacionadas a alterações metabólicas, além desse contexto ser o mais representativo da estrutura do nosso sistema de saúde que tem nos Centros de Atenção Psicossocial, o polo do cuidado psiquiátrico.

Hipótese: Os distúrbios psiquiátricos estão associados a maior prevalência de doenças metabólicas

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

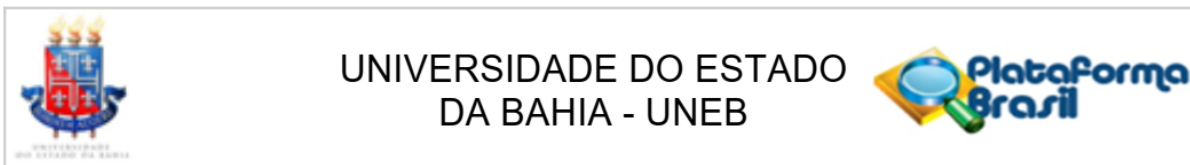
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 3.398.268

e obesidade, sendo associada a síndrome metabólica

Critério de Inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos em tratamento para distúrbio psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Salvador

Critério de Exclusão: Gestantes, cirróticos, usuários com diagnóstico de bulimia, anorexia, vigorexia e dependência de drogas.

Metodologia: Os dados serão coletados a partir de formulários pré-estruturados com dados dos usuários de um CAPS na cidade de Salvador que frequentem o serviço entre Junho e Dezembro de 2019 (poderá haver coleta de dados até março de 2020 para aqueles pacientes que tiverem exames pendentes até dezembro de 2019).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar associação entre Distúrbios Psiquiátricos e Síndrome Metabólica acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, no estado da Bahia no período de maio a dezembro de 2019

Objetivo Secundário:

- Definir a prevalência dos componentes da síndrome metabólica isoladamente nos indivíduos estudados
- Definir a prevalência de obesidade definida por Índice de Massa Corporal maior ou igual a 30kg/m² na população estudada.
- Avaliar composição corporal da população estudada através de antropometria.
- Avaliar o perfil de medicações prescritas para os distúrbios psiquiátricos no grupo estudado.
- Descrever o perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de atuação da pesquisa.
- Criar cartilha de orientação aos usuários do CAPS e implantar rotina de avaliação metabólica básica na unidade de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para o pesquisador, a avaliação de riscos e benefícios:

" Riscos: É um trabalho que oferece baixo risco aos participantes. Haverá coleta de dados por entrevista estruturada com participante e/ou acompanhante, coleta de dados em prontuário e avaliação antropométrica. Aos pacientes sem dados laboratoriais disponíveis dos últimos seis meses será realizada

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

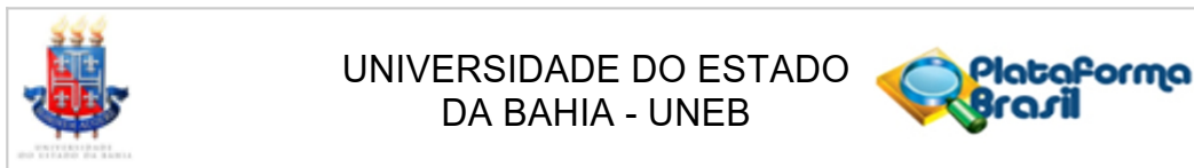
CEP: 41.195-001

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 3.398.268

solicitação médica de tais exames. A coleta de tais exames não será imposta aos pacientes, e sua realização poderá acontecer em qualquer laboratório da rede pública de sua preferência.

Benefícios: Os dados deste trabalho serão importantes para conhecer o perfil de alterações metabólicas e obesidade dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e podem servir de alerta para a necessidade de ampliar o cuidado aos indivíduos com distúrbios psiquiátricos, proporcionando busca pelo diagnóstico e tratamento dessas comorbidades que estão associadas às doenças do aparelho circulatório que representaram a principal causa de morte no Brasil em 2016. Conhecer estes dados é importante para sensibilizar os profissionais de saúde sobre a busca ativa dessas patologias, além de auxiliar na criação de estratégias de tratamento ou prevenção destas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de relevância social e científica

Sua metodologia está adequadamente descrita de forma que os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos possam ser apreciados

A avaliação de riscos e benefícios justifica o desenvolvimento da pesquisa

O cronograma está adequadamente detalhado com a previsão de coleta de dados para junho/ 2019 e atentar ao pesquisador que a coleta de dados só poderá ser iniciado após a liberação do CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em resposta ao parecer desse relator a pesquisadora anexa TCLE corrigido e Termo de Assentimento, em adequação com a norma.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

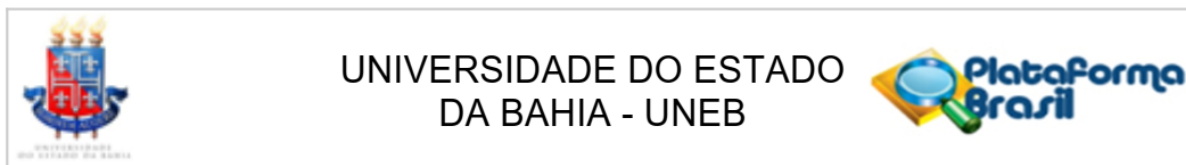
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise consideramos que o projeto encontra se aprovado para a execução uma vez que atende ao disposto nas resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos não havendo pendências ou inadequações a serem revistas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555	CEP: 41.195-001
Bairro: Cabula	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399
	E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 3.398.268

APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1299686.pdf	17/05/2019 15:27:54		Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_Dandara_MEPISCO_24Abril2019.doc	17/05/2019 15:16:31	DANDARA REIS	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_DO_PARTICIPANTE_EM_SITUACAO_DE_VULNERABILIDADE_Dandara.doc	17/05/2019 15:14:49	DANDARA REIS	Aceite
Cronograma	Cronograma_retificado_dandara.docx	02/05/2019 14:27:34	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Pesquisadores	termo_de_concordancia_equipe_dandara.pdf	29/04/2019 17:20:24	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_coleta_dandara.pdf	29/04/2019 17:20:04	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade_dandara.pdf	25/04/2019 11:51:35	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador_dandara.pdf	24/04/2019 14:09:34	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Parecer2719_dandara.pdf	24/04/2019 10:29:43	DANDARA REIS	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao_proponente_dandara.pdf	24/04/2019 10:25:22	DANDARA REIS	Aceite
Folha de Rosto	folha_de_rosto_dandara.pdf	23/04/2019 17:34:29	DANDARA REIS	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dandara.pdf	17/02/2019 19:48:32	DANDARA REIS	Aceite

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 3.398.268

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 18 de Junho de 2019

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br

ANEXO B

S ESAB SUS			SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO		
NOME DO PACIENTE			DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
ENDEREÇO DO PACIENTE					
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO CID: Z00					
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO Hemograma,Ur,Cr,Colesterol total,HDL,LDL,Triglicerides,Glic jejum,HBA1c				CÓDIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA DO PACIENTE		
DATA	DATA		DATA		

S ESAB SUS			SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO		
NOME DO PACIENTE			DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
ENDEREÇO DO PACIENTE					
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO CID: Z00					
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO Anti- HBS				CÓDIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA DO PACIENTE		
DATA	DATA		DATA		

S ESAB SUS			SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO		
NOME DO PACIENTE			DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
ENDEREÇO DO PACIENTE					
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO CID: Z00					
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO TGO,TGP,FA,GGT,Ac urico,TSH,T4I,Ferro,Ferritina, Vit B12, Ac folico,Alb,K,Na,Ca				CÓDIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA DO PACIENTE		

ANEXO C

Secretaria
da Saúde



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 23 de abril de 2019.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador, Distrito Sanitário Cabula/Beirú e Serviços de Saúde, declaram conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012, a Resolução do CNS N° 510/2016 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos e dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado: ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME METABÓLICA E DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS EM POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de síndrome metabólica e obesidade nos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Eduardo Marback, a ser desenvolvida na Rede de Atenção Primária da SMS de Salvador, no período de 01/06/2019 a 31/03/2020.

Esta pesquisa está sendo conduzida pelos pesquisadores responsáveis: Prof^o. Magno Conceição das Mercês, orientador, e Prof^o. Dandara Almeida Reis da Silva, mestranda. Os pesquisadores apresentaram o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo autorização no Parecer N° 027/2019 e este Termo de Anuência Institucional, para sua condução após sua aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. S. R. Góes".


Melicia Silva Reis Góes
Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS. Esta carta não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados, a pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.

ANEXO D

← 📁 ⚠️ 🗑️ 📧 ⌚ 🔄 📧 📧 ⋮ 4 de 18.025 < >

Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2020-3245 📧 Caixa de entrada x 🖨️ 📄

 **Maria do Carmo de Oliveira** <onbehalf@manuscriptcentral.com> ter., 13 de out. 21:27 (há 10 horas) ☆ ↶ ⋮
para mim, livialugarinhocorrea, atravassos, pjbarbosa, argemiro, mmerces ▾

13-Oct-2020

Prezado(a) Dr(a). Almeida Reis da Silva:

Seu manuscrito intitulado "Síndrome Metabólica em Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: estudo transversal" foi submetido online com sucesso e está sendo considerado para publicação em Revista de Saúde Pública.

Seu ID do Manuscrito é RSP-2020-3245.

Por favor, mencione o ID do Manuscrito acima em toda futura correspondência ou chamada telefônica para questionamento. Se houver alguma alteração em seu endereço ou e-mail, por favor faça login em Manuscritos ScholarOne em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> e altere sua informação de usuário.

Você também pode verificar o status de seu manuscrito a qualquer momento na Central do Autor logando em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Obrigado por submeter seu manuscrito para Revista de Saúde Pública.

Atenciosamente,
Revista de Saúde Pública Secretaria Editorial

ANEXO E

----- Forwarded message -----
 De: Michelli Souza - ABP Eventos <operacional.congresso@abp.org.br>
 Date: qua., 3 de jun. de 2020 às 21:07
 Subject: XXXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria - Pôster Acelto
 To: <dr.thiagocampospsiquiatra@gmail.com>



Rio de Janeiro, 03 de junho o de 2020

CT.0037/20

Prezado(a) Dr(a). Thiago Campos de Oliveira,

Em nome das Comissões Organizadora e Científica Internacional do XXXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria – XXXVIII CBP, a ser realizado de 21 a 24 de outubro de 2020, em Porto Alegre, no Centro de Eventos FIERGS, temos a satisfação de informar que o seu trabalho (descrito abaixo), foi analisado pela Comissão de Avaliação e considerado APTO para apresentação nas Sessões de Pôsteres do XXXVIII CBP.

Categoria: NI494 - POE CRS

Área Temática: Intervenções Psicossociais

Autor/Apresentador: Thiago Campos de Oliveira

Título: A DIMENSÃO SOCIOECONÔMICA DA VULNERABILIDADE ENTRE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR

Autores: Oliveira, T.C; Silva, D.A.R; Mercês, M.C; Magnavita, M; Almeida, L.S

ATENÇÃO: Pedimos a gentileza de verificar se os dados acima (categoria, área temática, apresentador, título e autores) estão corretos, pois assim constarão nas publicações do Congresso e no Certificado. Lembramos que o nome do apresentador constará sempre em primeiro lugar.