

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 30/11/2021

Aceito: 07/12/2021

Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Sobre Síndrome Metabólica em Pacientes Cirúrgicos

Simone Maria Miranda Alves¹
Ruth Silva Matos²
Lauane Rocha Itacarambi³
Gleyce Mikaelle Costa Quirino⁴
Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes⁵
Jardel Franco e Silva Anchieta⁶
João Paulo de Oliveira Castro⁷
Kathiane Magalhães Mendes⁸
Leila Maria de Sousa⁹
Maritônia Fernandes Guimarães¹⁰
Osmar Pereira dos Santos¹¹
Rodineide Serafim Gregis¹²

¹Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

²Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

³Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁴Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁵Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁶Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁷Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁸Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹⁰Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹¹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

RESUMO

Objetivo: verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Síndrome Metabólica em pacientes cirúrgicos e compreender a relevância na abordagem de sua atuação.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no centro cirúrgico, clínica cirúrgica e traumatologia da ortopedia de um hospital público do Distrito Federal. Participaram 27 profissionais de saúde, no mês de novembro de 2018. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário semiestruturado sobre Síndrome Metabólica. **Resultados:** Participaram do estudo 27 profissionais de saúde, no que

diz respeito às características sociais e demográficas, a maioria dos profissionais era do sexo feminino 22 (81,5%) e 5 (18,5%) Masculinos. Quanto à representatividade da atuação profissional, 12 (44,4%) eram enfermeiros, 9 (33,3%) técnicos de enfermagem e 6 (22,2%) auxiliar de enfermagem. **Conclusão:** Foi possível alcançar o objetivo e analisar o conhecimento dos profissionais sobre a Síndrome Metabólica em pacientes cirúrgicos, o estudo evidenciou que parte dos profissionais não possuía nenhum conhecimento no que diz respeito ao tema.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Síndrome Metabólica; Centro Cirúrgico Hospitalar; Serviços de Saúde.

Knowledge of Nursing Professionals About Metabolic Syndrome in Surgical Patients

ABSTRATC

Objective: to verify the knowledge of nursing professionals about Metabolic Syndrome in surgical patients and understand the relevance in the approach to their performance. **Methods:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. The research was carried out in the surgical center, surgical clinic and orthopedics traumatology of a public hospital in the Federal District. Twenty-seven health professionals participated in November 2018. For data collection, a semi-structured questionnaire on Metabolic Syndrome was applied. **Results:** Twenty-seven health professionals participated in the study, with regard to social and demographic characteristics, the majority of professionals were female, 22 (81.5%) and 5 (18.5%) male. As for the representativeness of professional activity, 12 (44.4%) were nurses, 9 (33.3%) were nursing technicians and 6 (22.2%) were nursing assistants. **Conclusion:** It was possible to achieve the objective and analyze the knowledge of professionals about the Metabolic Syndrome in surgical patients, the study showed that part of the professionals had no knowledge regarding the topic.

Keywords: Perioperative Nursing; Metabolic syndrome; Hospital Surgical Center; Health services.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos é crescente o número de pacientes acometidos pela Síndrome Metabólica (SM). Em países da América Latina, por exemplo, a prevalência de diagnósticos para SM, entre os anos de 2003 e 2005 foi de 21%, definida pelo critério americano do National Cholesterol Education Program Expert Panel (NCEP-ATPIII), apresentando uma variação de 14% a 27%, segundo os territórios estudados¹. Por outro, no Brasil, as estimativas possuem um número mais expressivo, “variando em torno de 30% entre indivíduos com idade de 19 a 64 anos em diferentes regiões do país”².

O surgimento da Síndrome Metabólica é em decorrência de modificações nos fatores socioeconômicos e culturais das populações, sob reflexos da urbanização e do

desenvolvimento econômico, em influência direta nos seus hábitos de vida e perfil de saúde³. Em consequência disso, “ocorreu o aumento da importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na morbimortalidade, entre as quais se destacam as doenças cardiovasculares (DCV) e o diabetes mellitus”⁴. Nesse sentido, as DCNT constituem as principais causas de morte no mundo, “cerca de 75% do total de mortes por esse grupo de causas e mais de 80% dos óbitos de indivíduos de até 70 anos ocorreram em países de baixa ou média renda”⁵.

Notadamente, o papel de abordagem acerca da Síndrome Metabólica torna-se imprescindível, sobretudo, em setores tanto tecno-assistenciais, quanto em clínico-terapêuticos, na perspectiva de minimizar os impactos causados nos quadros evolutivos dos pacientes, e conseqüentemente, nos índices representativos do panorama da saúde pública do Brasil e do mundo. Nesse entreposto, este trabalho tem por objetivo verificar o conhecimento dos profissionais quanto à Síndrome Metabólica e compreender a relevância com que os mesmos indicam na abordagem da Síndrome Metabólica em sua atuação.

“A SM foi definida originalmente em 1998 pelo critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresentava como base elevações da glicemia”, dispondo, dessa maneira, os níveis de glicemia como desencadeadores principais da SM. No entanto, segundo NCEP, somente a partir do ano 2001, a glicemia perdeu o posto central para diagnóstico, passando a configurar um dos componentes do quadro de fatores⁶.

Entretanto, em uma perspectiva mais recente, a SM passa ser definida como como uma concentração de sintomas que são fatores de risco cardiovasculares, usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. Mais ainda, evidenciados na presença da hipertensão arterial, nível alterado de glicose no sangue, transtorno dislipidêmico, níveis elevados de triglicérides⁷.

Dessa maneira, os componentes para o diagnóstico da SM foram estabelecidos por diferentes organizações e sofreram algumas variações ao longo do tempo⁸. Assim, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), os critérios de diagnóstico configuram-se em: Cintura abdominal em homens ≥ 94 cm e mulheres ≥ 80 cm; HDL-colesterol < 40 mg/dl e < 50 mg/dl respectivamente; Triglicerídes ≥ 150 mg/dl (ou tratamento para hipertrigliceridemia; Pressão Arterial (ou tratamento para hipertensão arterial): Pressão Arterial Sistólica e/ou ≥ 130 mmHg, Pressão Arterial Diastólica ≥ 85 mmHg. Glicemia ≥ 100 mg/dl (ou tratamento para Diabetes Mellitus. Para tanto, a confirmação do diagnóstico se dá pela presença de três ou mais dos componentes citados⁹.

Posto a isso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA), a definição da síndrome metabólica compartilha dos critérios já mencionados anteriormente, incluindo resultados da glicose plasmática como diabetes, glicídica ou resistência insulínica comprovada, ainda, juntamente com excreção urinária de albumina ≥ 20 mcg ou relação albumina/creatinina ≥ 30 mg/g, sendo triglicerídeos elevados ou HDL baixo constituem apenas um fator⁸.

Ademais, é imprescindível a identificação de pacientes acometidos pela SM, a partir dos parâmetros supracitados, sobretudo, intensificar a atenção para os casos de intervenções cirúrgicas, pois pacientes cirúrgicos com SM são de risco considerável e de maior probabilidade para o desenvolvimento de uma série de resultados adversos. Em consequência disso, o surgimento de complicações, em qualquer ocorrência nos parâmetros normais cirúrgicos, podem evoluir no período intraoperatório ou pós-operatório¹⁰.

METODOLOGIA

A referida pesquisa configura-se por apresentar os preceitos de pesquisa qualitativa, mas não desprezou aportes quantitativos, caso necessários ao seu desenvolvimento. Nesse

sentido, a escolha da pesquisa qualitativa enquanto cerne da investigação, fundamenta-se pela subjetivação que lhe é própria, além da aproximação da realidade social em que se encontra o nicho das inquietações do presente trabalho. As diretrizes da pesquisa qualitativa, fundamentalmente, embasa-se em três fases, que se seguem: (1) *fase exploratória*; (2) *trabalho de campo*; (3) *análise e tratamento do trabalho empírico e documental*¹¹.

Diante disso, a etapa que representa a fase *exploratória*, denota os construtos do referido projeto, elementos fundantes para a estrutura da pesquisa, bem como, os ensaios e aportes necessários para a fase subsequente. Desse modo, a fase característica do *trabalho de campo* desenvolveu-se no centro cirúrgico, clínica cirúrgica e traumatologia da ortopedia do Hospital Regional da Ceilândia-DF, em meados do mês de novembro de 2018.

Nesse entreposto, os participantes da pesquisa foram caracterizados pela equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, atuantes no centro cirúrgico, enfermarias da clínica cirúrgica e traumatologia da ortopedia, nos dois períodos de trabalho, dia e noite. Após um levantamento no setor de recursos humanos, estimou-se um público de 86 profissionais de atuação nesses setores. Dessa maneira, imprescindivelmente, como critérios de inclusão pertencer à equipe de enfermagem daquela instituição e livre concordância para participar da pesquisa, submetendo-se à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ver apêndices.

Assim, para a elaboração e condução do estudo foi utilizado o *CHECK-LIST COREQ*. Seus critérios de verificação podem ajudar pesquisadores a relatar aspectos importantes da equipe de estudo, métodos, e ainda resultados, análise e interpretações, garantindo assim segurança nos cuidados de saúde¹². Diante disso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, sob parecer favorável, de número: 2.921.927. De maneira a assegurar a participação

dos respondentes, somente, mediante ciência e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antecedendo o início da coleta de dados.

Após o preenchimento dos questionários, os indivíduos receberam codificações para que seus dados fossem preservados, portanto, as análises fossem realizadas de maneira sigilosa. Tais codificações configuram-se por meio das iniciais de cada atuação profissional e um indicador numérico que se refere ao número sequencial em que ele foi entrevistado, sendo assim classificados: os enfermeiros “*Enf.*”, os técnicos de enfermagem “*Tec.*”, os auxiliares de enfermagem “*Aux.*” e, enumerados sucessivamente, de acordo com a sequência de entrevistas. O critério utilizado para interromper as coletas foi por saturação teórica. Em pesquisas qualitativas, a detecção da saturação teórica é um critério decisório para suspensão da coleta de dados, considerando que nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser essencial, delimitando o tamanho da amostra¹³.

A fim de viabilizar a realização da coleta de dados, utilizou-se um questionário semi estruturado, contendo questões abertas e fechadas (vide apêndices), que abordavam pontos chave para a compreensão dos pressupostos da Síndrome Metabólica, de modo a detectar a compreensão dos respondentes, bem como, à relevância de sua abordagem na atuação. Para tanto, participaram da pesquisa 27 profissionais de saúde.

A análise dos questionários desenvolveu-se sob à luz da Análise Textual Discursiva (ATD), cuja análise se dá em torno de quatro focos¹⁴. Desse modo, os três primeiros compõem um ciclo, constituindo os elementos principais. Inicialmente, a desmontagem dos textos, seu exame nos mínimos detalhes, também chamado de *unitarização*. Na sequência, desenvolve-se o estabelecimento de relações entre cada unidade de análise, também chamado de *categorização*, nessa etapa busca-se unir o que elas têm em comum, para, logo após, captar o *novo emergente* da totalidade do texto concluindo os ciclos. Por fim, um processo de pesquisa *auto-organizado* do qual emergem novas compreensões.

Diante disso, de acordo com a primeira etapa, foram criados códigos para as perguntas do questionário, representadas pelas unidades de análise: *Definição de SM; critérios para o diagnóstico; fatores de riscos; riscos transoperatórios; complicações pós-operatórias e importância do conhecimento para a prática*. Após essa etapa, a partir das respostas obtidas, emergiram as categorias *a priori*, representadas na tabela 1, como fruto da interpretação, cujas categorias serviram de embasamento para a elaboração de parágrafos síntese, o passo posterior até às novas compreensões, em vista de que, a ATD busca novos argumentos concebidos em um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que se examina¹⁴.

Estudo com a perspectiva de análise qualitativa, que prioriza impressões de caráter subjetivo, conta com a perspectiva do método da Análise Textual Discursiva (ATD), como mencionado anteriormente. Para tanto, as análises resultantes para as compreensões dos elementos norteadores da pesquisa, especificamente, por meio das questões abertas contidas no questionário das entrevistas, as quais resultaram na produção de unidades de análise e suas categorias correspondentes, representadas, sucintamente, graficamente na Tabela 1.

Tabela 1- Análise preliminar do questionário

| UNIDADES DE ANÁLISE | CATEGORIAS EMERGENTES |
|--|--|
| <i>Definição de SM</i> | <i>Doenças cardiovasculares</i> |
| | <i>Síndrome e resistência à insulina</i> |
| | <i>Acúmulo de gordura e obesidade</i> |
| | <i>Drogas anestésicas e parâmetros alterados</i> |
| <i>Critérios para o diagnóstico da SM</i> | <i>Exames laboratoriais</i> |
| | <i>Consultas e antecedentes clínicos</i> |
| | <i>Resposta em branco</i> |
| <i>Os fatores de riscos para o desenvolvimento da SM</i> | <i>Alimentação e sedentarismo</i> |
| | <i>Traumas e Metabolismo</i> |
| <i>Riscos transoperatórios</i> | <i>Alterações hemodinâmicas e glicêmicas</i> |
| | <i>Acidente vascular cerebral e Parada cardiorrespiratória</i> |
| | <i>Trombose e Infarto agudo do miocárdio.</i> |
| <i>Complicações pós operatórias</i> | <i>Embolia pulmonar e trombose</i> |
| | <i>Alterações glicêmicas</i> |
| | <i>Choque neurogênico e cardíaco</i> |
| | <i>Saturação</i> |

| | |
|---|-----------------------------|
| Importância do conhecimento da SM para a prática | <i>Quadro do paciente</i> |
| | <i>Cuidados operatórios</i> |
| | <i>Evitar complicações</i> |

Fonte: Autoria própria, (2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 27 sujeitos do estudo, no que diz respeito às características sociais e demográficas, a maioria dos profissionais era do sexo feminino 22 (81,5%) e 5 (18,5%) Masculinos. Quanto à representatividade da atuação profissional, 12 (44,4%) eram enfermeiros, 9 (33,3%) técnicos de enfermagem e 6 (22,2%) auxiliar de enfermagem.

Tratou-se de uma população com o tempo médio de $13,18 \pm 7,03$ anos, tempo de atuação no centro cirúrgico $8,78 \pm 6,27$ discrepância de 5 meses a 23 anos tempo de atuação nas enfermarias $6,75 \pm 7,72$ discrepância de 5 meses a 25 anos, com carga horária semanal de trabalho expressa em horas de $31,85,1 \pm 11,44$ (n=27).

Após responder a primeira pergunta, os sujeitos que responderam “SIM” foram orientados a responder a segunda parte do questionário, na qual a primeira questão, solicita a definição de SM, das respostas emitidas emergiram quatro categorias temáticas evidenciada em quatro compreensões principais são elas: *Doenças cardiovasculares; Síndrome e resistência à insulina; Acúmulo gordura e obesidade e Drogas anestésicas e parâmetros alterados.*

A fim de analisar as respostas dadas e contrastar com a literatura foi usado o referencial teórico OLIVEIRA⁷ que define a síndrome metabólica SM como um conjunto de sintomas que são fatores de riscos cardiovasculares e desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2, ocasionado pela associação com a resistência a insulina⁷.

A Categoria doenças cardiovasculares possui similaridade à definição de OLIVEIRA⁷, mencionado por cinco (33,3%) dos respondentes, como exemplificado a seguir:

“É um conjunto de fatores que aumentam a pré disposição do paciente em desenvolver problemas cardiovasculares” (Tec 16).

“A síndrome metabólica é um conjunto de doenças associadas que podem gerar doenças cardiovasculares” (Tec. 02)⁷.

Quanto à categoria temática “síndrome e resistência à insulina”, esta foi representada na resposta de três (20,0%) dos participantes vale salientar que este é um dos fatores que contribuem fortemente para o desenvolvimento da SM⁷, porém de acordo com a literatura não é considerado como a definição da SM, tal categoria é evidenciada nas falas a seguir:

“É a resistência a insulina, podendo ocasionar diabetes, problemas vasculares etc.”
(Enf 04)

“Síndrome caracterizada qdo o pcte é diabético, e ou resistente a insulina, colesterol, triglicérides aumentados, hipertenso” (Tec. 07).

Quanto a terceira categoria, ressaltam-se as respostas relacionadas ao acúmulo de gordura e a obesidade que se aproximam do conceito da SM, por proporcionarem o aumento das doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus¹⁵, as quais foram mencionadas por três (20%) dos respondentes. No entanto, apesar do acúmulo de gordura e obesidade contribuírem fortemente para os indivíduos apresentarem alterações metabólicas, cujo pensamento demonstrado nas falas:

“Vários sintomas ligados à acumulo de gordura abdominal” (Enf 08).

“É o resultado digo consequência de doenças associadas a obesidade, ↑HA, DM etc.
(Enf 14).

Ademais, os elementos seguintes demonstram a relação com eventuais intercorrências traumáticas do procedimento cirúrgico, e ainda sobre o efeito que as drogas anestésicas podem causar em pacientes cirúrgicos⁹, do qual foi mencionado por quatro (26,7%) dos

respondentes. Desta maneira, é possível que a definição descrita por estes profissionais não se relaciona com a SM, como mostra o exemplo:

“É um distúrbio metabólico relacionado ao uso das drogas anestésicas e o trauma cirúrgico”. (Enf10).

Na segunda pergunta, foi solicitado que os entrevistados discorressem aos critérios para o diagnóstico da SM, emergiram três compreensões, sendo elas: *Exames laboratoriais; Consultas e antecedentes clínicos e Sem resposta*. Para tanto, utilizou-se como parâmetro comparativo os critérios já definidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em consenso com a International Diabetes Federation (IDF) que são: Cintura abdominal em homens ≥ 94 cm e mulheres ≥ 80 cm; HDL-colesterol < 40 mg/dl e < 50 mg/dl respectivamente; Triglicerídes ≥ 150 mg/dl (ou tratamento para hipertrigliceridemia; Pressão Arterial (ou tratamento para hipertensão arterial): Pressão Arterial Sistólica e/ou ≥ 130 mmHg, Pressão Arterial Diastólica ≥ 85 mmHg. Glicemia ≥ 100 mg/dl (ou tratamento para Diabetes Mellitus)⁹.

A primeira Categoria, Exames laboratoriais, é mencionada majoritariamente na resposta de onze (73,3%) dos participantes. No entanto, dentre estes, apenas três dos quais, responderam os critérios que definem a SM de forma coerente em acordo com o que preconizado pela literatura⁹. Por conseguinte, os demais que citaram exames laboratoriais como critérios para diagnóstico definiram de forma incompleta ou isolada, como nos exemplos a seguir:

“Verificar exames laboratoriais, avaliar peso, altura, verificar PA, etc” (Enf 14).

“LDL”; Resistência a insulina; \uparrow PA” (Enf 08).

Do mesmo modo, é possível notar que a categoria *Consultas e antecedentes clínicos*, fez-se presente nas falas de três (20,0%) respondentes, citados separadamente, demonstrando

pouco conhecimento diante dos critérios da SM⁹. Desta maneira, foi possível identificar que tais respostas não expressam claramente um entendimento sobre os critérios que definem a SM, evidente nas falas:

“Consultas periódicas com vários profissionais nutricionista, cardiologista, endocrinologista”. (Tec 24)

Houve a terceira categoria nomeada *Resposta em branco*, é possível crer que a ausência de resposta é em decorrência de insegurança, esquecimento momentâneo dos critérios exatos que definem seu diagnóstico ou ainda, pode representar o pouco conhecimento sobre a SM. Contudo, tais hipóteses repousam diante da resposta assertiva do mesmo respondente para a definição da SM, contrapondo-se. Assim, manifesta-se:

“ (Tec 02)

A terceira pergunta questionava os entrevistados sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento da SM, foram identificadas três categorias são elas: *Alimentação e sedentarismo; Traumas e Metabolismo*. Para primeira categoria, foi usado o referencial do Ministério da Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, o qual estipula que os fatores extrínsecos para o desenvolvimento da síndrome metabólica estão associados a aqueles que levam ao ganho de peso, alimentação e sedentarismo¹⁵.

Tal compreensão esteve presente em 9 (60,0%) das falas analisadas. O que sugere que a maioria conhece esses fatores, por manifestarem opinião em acordo com¹⁵, assim seguem-se:

“Sedentarismo, má alimentação, etc”. (Enf 14)

“Obesidade, sedentarismo, já predisposição, genética, pais que tem a síndrome, alimentação inadequada”. (Tec 07)

Quanto às categorias: *Traumas e Metabolismo* totalizando 40,0% das repostas, pode-se observar pelos relatos, a falta de domínio no que diz respeito a SM conhecimento, demonstra ainda certa confusão com outras complicações que podem estar relacionada com o próprio procedimento cirúrgico. Em decorrência disso, trauma pode ser um acontecimento que altera o curso normal relativo à saúde. Porém, não está escrita como fator para o desenvolvimento da SM. Esta constatação é demonstrada a seguir:

“Podem ocorrer por grandes sangramentos, traumas com fraturas, sepse”. (Aux 01)

“Dificuldade de troca gasosa, fadiga e metabolismo lento”. (Tec 05)

A quarta pergunta questiona um dos aspectos essenciais da percepção dos profissionais a respeito das complicações perioperatórias, cuja unidade de análise é denominada de *Riscos transoperatórios*, a respeito de pacientes com SM que podem apresentar durante o procedimento cirúrgico. Para esta proposição surgiram três categorias: *Alterações hemodinâmicas e glicêmicas; Acidente vascular cerebral e Parada cardiorrespiratória; Trombose e Infarto agudo do miocárdio*. De acordo com a observação de NORRIS, 2017, pacientes com indicação para procedimento cirúrgico diagnosticados com SM são considerados de alto risco e ainda com grande possibilidade em apresentar uma série de resultados adversos, incluindo morte, eventos cardiovasculares mórbidos, coma, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, infarto do miocárdio¹⁶.

Sobre esse aspecto, ressalta-se que a quantidade de entrevistados que mencionaram alterações hemodinâmicas e glicêmicas em suas respostas, representando 46,7% (n=7) destes. Porém, na ocasião, não mencionaram as complicações graves. Todavia, apesar de não estarem no referencial, não podemos desconsiderar como complicações, as exemplificadas a seguir:

“Se há uma descompensação mais severa, pode alterar tempo de internação cicatrização, infecção que as células de gordura são por si inflamadas.

**Alteração de glicemia p/ hipoglicemia e suas complicações”.(Tec 07)*

“Acidose metabólica, hipertensão, alterações hemodinâmicas”. (Tec 24)

Em seguida, pode-se observar nas falas complicações como *Acidente vascular cerebral e parada cardiorrespiratória*, relatadas ainda que forma isolada por 5 (33,3%) dos entrevistados. Ainda de acordo¹⁶, pacientes com SM tem um grande risco em apresentar eventos cardiovasculares mórbidos graves. Considerando tais complicações, pode-se inferir o número reduzido de profissionais com esse conhecimento, como no exemplo a seguir:

“↑Pressão arterial

Acidente vascular cerebral”. (Enf 18)

“Acredito que durante o procedimento cirúrgico o paciente pode vir a desenvolver problemas com acidose, parada cardiorrespiratória dentre outras”. (Tec 02)

Do mesmo modo, a categoria que mencionou *Trombose e Infarto agudo do miocárdio* presente apenas em 3 (20,0%) das resposta, e ainda que ditas de maneira aleatórias, estão de acordo com referencial citado¹⁶. Os dados sugerem a falta de conhecimento, fator agravante ao levar conta a complexidade que envolve a SM¹⁷. Como nos exemplos:

“Trombose venosa”. (Tec 15)

“Aumento da glicemia, problemas cardiovasculares, IAM, trombose”. (Enf 04)

Quanto à quinta pergunta solicitava aos entrevistados que comentassem sobre possíveis reações adversas em pacientes em estado pós operatório imediato ou tardio, em decorrência de sinais da SM, tratando-se da unidade de análise das *Complicações pós operatórias*, originando tais categorias: *Embolia pulmonar e trombose; Alterações glicêmicas; Choque neurogênico e cardíaco; Saturação*. As complicações pós-operatórias estão associadas à recuperação mais lenta da função, pior prognóstico, maior tempo de internação e ainda infecções do sítio cirúrgico¹⁶, o que requer do profissional um olhar diferenciado.

Quanto às categorias: *Embolia pulmonar e trombose* presente em 5 (33,3%) e *Alterações glicêmicas* presente em 5 (33,3%) das repostas e *Metabolismo* 13,3%, pode-se observar pelos relatos que foram citadas de forma aleatórias. Devemos levar em consideração as condições do paciente com SM e contexto cirúrgico. Observados nas falas respectivamente:

“Distúrbio de coagulação, embolia pulmonar”. (Aux 01)

“Desconforto, hiperglicemia ou hipoglicemia”. (Tec 24)

Em outro aspecto, as categorias que se seguem, mencionam *Choque neurogênico e cardiogênico*, respostas presentes em 3 (20,0%), e *Saturação* presente em 2 (13,3%). Diante disso, tais falas demonstram que os profissionais se utilizam de determinadas situações vivenciadas pela equipe ao responderem sobre complicações, pois os mesmos relataram atividades que se adequam à maneira que as situações vão sucedendo, ressalta-se:

“Avaliando o estado que ele chega, pressão pode tá muito alta ou muito baixa. Saturação baixa. Já pede avaliação do anestesista”.(Tec 03)

“Dificuldade de extubação, dispneia severa, choque neurogênico e cardiogênico”.
(Enf23)

Por meio dos resultados obtidos no presente trabalho, é possível afirmar, especificadamente, que apesar da metade dos profissionais responderem sim, dos quais 19 (70,4%) atuam no centro cirúrgico e 8 (29,6%) enfermarias da clínica cirúrgica e traumatologia da ortopedia, os dados indicam que parte dos profissionais não possuía nenhum conhecimento no que diz respeito a SM. Considerando o tema uma questão de preocupação generalizada em níveis de saúde pública¹, e a complexidade da SM e suas consequências em longo prazo¹⁷.

Outrora, em estudo semelhante¹⁸, observou que o desconhecimento dos profissionais de que determinadas alterações metabólicas quando associadas identificam a SM, agravo relevante por se constituir em alto risco de doença cardiovascular. As doenças cardiovasculares (DCV) apesar de redução nas incidências de mortalidade ainda são as principais causas de óbitos na população brasileira¹⁹. Não o bastante, é responsável pela alta prevalência em internações de indivíduos acometidos por alguma da DVC²⁰.

Outro ponto relevante é que, embora a I Diretriz Brasileira para SM date de 2005, os primeiros registros de SM na unidade campo de estudo ocorrem em 2004, indicando que parte da equipe já acompanhava os eventos relacionados à definição da SM¹⁸. Em dissonância à tal informação, a percepção dos que responderam ter o conhecimento, quanto à definição, foi possível notar nas respostas de 33,3% (n=5) dos entrevistados. Mais evidentemente, sobre esse aspecto, a representatividade quanto ao conhecimento a respeito da SM, de todos os participantes, 15 (55,6%) respondeu “sim” que conhecem as SM e 12 (44,4%) responderam “não”. Portanto, estes dados evidenciam que há pouco conhecimento por estes profissionais em relação à SM, o que pode possuir impacto direto no atendimento e recuperação de pacientes cirúrgicos.

Posto que, os critérios para os diagnóstico definidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em consenso com a International Diabetes Federation (IDF), estiveram presentes na resposta de dois entrevistados, apesar destes estarem no grupo da categoria que mencionou exames laboratoriais, que servem como complemento para esse diagnóstico, fazem-se presentes tais respostas em 66,7% (n=10). Pode-se constatar que a falta de padronização dificulta a troca de informações, destacando a necessidade de divulgar a SM, bem como os seus critérios de diagnóstico, para que possa constar nos sistemas de informação em saúde, dando subsídio para o conhecimento dos profissionais de saúde e gestores da real ocorrência do agravo¹⁸.

Quanto aos fatores de riscos para desenvolvimento da SM, presentes na maioria das respostas dos entrevistados e, de acordo com o Ministério da Saúde, estão associados àqueles que levam ao ganho de peso, alimentação e sedentarismo¹⁵. Cujo sedentarismo decorre da falta de prática de atividades físicas e hábitos saudáveis, onde o fator tempo é limitante, fazendo com que o seu estilo de vida mude consideravelmente. Pode-se dizer que falta ou diminuição de atividade física, associado ao consumo exagerado de alimentos calóricos contribui com fator predisponente e um alerta para o desenvolvimento da SM³. Em contrapartida, a adoção de mudança no estilo de vida e medidas saudáveis está intimamente relacionada à melhora da qualidade, o que interfere positivamente no controle dos fatores de riscos cardiovasculares²¹.

É interessante ressaltar o surgimento da preocupação em saber identificar precocemente os pacientes com SM, por parte dos respondentes em 22 (81,5%) Desse modo, demonstrando o despertar dos mesmos para a relevância do conhecimento da SM, pois favorece um atendimento procedido imperioso no trabalho diário da equipe de saúde para diminuir a incidência desta doença, o que possibilita o pronto diagnóstico e tratamento dos casos detectados²².

Convém explicitar ainda, aspectos essenciais da percepção dos profissionais a respeito das complicações no perioperatório que pacientes com SM, os profissionais precisam estar cientes do aumento da morbidade e da mortalidade neste grupo, considerando o risco iminente. Por conseguinte, tais dados precisam levar em valimento à otimização pré-operatória e o manejo antes de proceder à cirurgia²³.

CONCLUSÃO

Foi possível alcançar o objetivo do estudo e analisar o conhecimento dos profissionais sobre a Síndrome Metabólica em pacientes cirúrgicos. O estudo evidenciou baixo nível de

conhecimento dos profissionais sobre o tema. A partir dos elementos condutores da referida pesquisa, é possível concluir o quanto é relevante discutir os pressupostos da Síndrome Metabólica, sobretudo, pelo fato dessa discussão já ser existente, ainda assim, percebe-se o pouco contato dos profissionais da saúde com o tema em questão, profissionais estes, atuantes em setores primordiais de atendimento, como o centro cirúrgico, por exemplo.

Não obstante, é possível conjecturar que o estabelecimento de tal fato, deve-se à não ou pouca divulgação científica de trabalhos que retratam a Síndrome Metabólica, pois há uma diversidade de trabalhos que abordam tal temática, por diversos vieses. Destacam-se algumas áreas que necessitam de maior enfoque nas atividades de educação continuada com os profissionais. O conhecimento sobre a SM e a prevalência de suas complicações no contexto cirúrgico, é pertinente para construir subsídios para melhor gerenciamento de pacientes acometidos, proporcionando melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. Vidigal F de C, Bressan J, Babio N, et al. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. *Syst Rev* 2013; 179–184. Doi:10.1186/1471-2458-13-1198. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24350922/>.
2. Escobedo J, Schargrotsky H, Champagne B, Silva H, Boissonnet CP, Vinueza R, Torres M, Hernandez R, Wilson E. Prevalence of the metabolic syndrome in Latin America and its association with sub-clinical carotid atherosclerosis: the CARMELA cross sectional study. *Cardiovasc Diabetol*. 2009 Sep 26;8:52. doi: 10.1186/1475-2840-8-52.
3. Bortoletto MSS, Souza RKT de, Cabrera MAS, González AD. Síndrome metabólica, componentes e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais de um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Coletiva* 2016; 24: 32–40. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414->

[462X201600010123](#).

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/5fbnwyTFTX4dpZTpgbD5VbS/abstract/?lang=pt>

4. Rodrigues MC, Silva EM, Silva BKR, Quaresma FRP, Sesti LFC, Adami F, Maciel ES. Avaliação de fatores de risco para síndrome metabólica em grupo de funcionários de uma Escola Pública. *Saúde em Rev* 2018; 17: 11. Doi: <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v17n47p11-22>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/3532/2088>
5. Organization WH. WHO | Noncommunicable diseases country profiles 2014. Who. Epub ahead of print 2014. DOI: ISBN 9789241564854.
6. Muruci GR, Francisco I, Ribeiro Alves MA. Prevalência Dos Componentes Associados a Síndrome Metabólica No Brasil E Revisão Crítica Dos Fatores Dietéticos Associados À Prevenção E Ao Tratamento. *Rev Rede Cuid em Saúde* 2015; 9: 1–15. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2518/1282>
7. Oliveira RL, Sousa WJP. Perfil epidemiológico de pacientes com fatores de risco para a síndrome metabólica em uma unidade de saúde de Teresina-PI. 2016; 97–106. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771976.pdf>
8. 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 Metabol* 2009; 53: 1096–1102. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000900006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/DYBJhcJCqwP4R4g4wTTjVCc/?lang=pt>.
9. Cardiologia SB de. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107: 1–83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

10. Experience F, Vauthey JN, Dindo D, et al. The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications. 2009; 250: 187–196. Doi: doi:10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19638912/>
11. Minayo, Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira; Neto, Otávio Cruz; Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade. 2002. *Epub ahead of print* 2002. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19/>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* 2007; 19: 349–357. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
13. Nascimento L de CN, Souza TV de, Oliveira IC dos S, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* 2018; 71: 228–233. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en#>
14. Moraes R. Una Tempestade de Luz: A Compreensão Possibilitada pela ANÁLISE TEXTUAL DISCURSIVA A storm of light: comprehension made possible by discursive textual analysis. *Ciência Educ* 2003; 191–211. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXz dj/abstract/?lang=pt>
15. Ministerio da Saúde AN de SS. vigitel Brasil 2016 vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2016.
16. Norris P, Ralph N, Moloney C. Does metabolic syndrome predict surgical complications? A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2017; 6: 1–7. Doi: 10.1186/s13643-017-0515-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28623943/>

17. Cortez RMA, Batista AMO, Rocha MR, Santos IMS, Moura JRA, Silva ARV. Conhecimento de estudantes sobre síndrome metabólica após intervenção educativa. 2018; 71: 1582–1588. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0342>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bn3vNPt4HYCfsG9q8PWFKpj/?lang=pt>
18. Ferreira F, Costa R. Vocabulário padronizado e informações em saúde : é necessária uma codificação para a Síndrome Metabólica? *Epub ahead of print* 2013. DOI: 10.3395/reciis.v7i2.Sup1.798pt.
19. Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. *Int J Cardiovasc Sci* 2017; 30: 416–424. Doi: 10.5935/2359-4802.20170073. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/8s8L4ZMZT4pyKDr5LP5vybT/?format=pdf&lang=pt>
20. Manna AAM, Barcelos, Oliveira GF de, et al. Epidemiologia da Síndrome Metabólica e as Consequências na Obesidade Infantil no T . O . I do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. *Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento* 2018; 01: 03-19.
21. Filho JOL, Silva JC, Pomatti DM, Bettinelli LA. Síndrome metabólica e estilo de vida. *Rev Gauch Enfermag* 2008; 29: 113–120. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/viewFile/5308/3009>
22. Calvo AC. Metabólica na Unidade Básica de Saúde Trapiche, no Município de Ouro Branco, Alagoas. 2017.
23. Zavlin D, Jubbal KT, Balinger CL, et al. Impact of Metabolic Syndrome on the Morbidity and Mortality of Patients Undergoing Panniculectomy. *Aesthetic Plast Surg* 2017; 41: 1400–1407. Doi: 10.1007/s00266-017-0952-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779409/>