

Concepção das pessoas hipertensas e diabéticas acerca dos impactos da síndrome metabólica na sua saúde

Conception of hypertense and diabetic people about the impacts of metabolic syndrome on their health

Antônio do Carmo Silva Júnior, Diego Pires-Cruz, Edison Vitório de Souza Junior, Randson Souza Rosa, Ramon Missias Moreira e Isleide Santana Cardoso Santos

Recebido 4 Maio 2021 / Enviado para modificação 13 Outubro 2021 / Aceito 12 Outubro 2021

RESUMO

Objetivo Conhecer a concepção dos usuários de um programa de hipertensão e diabetes acerca da síndrome metabólica.

Método Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado na cidade de Jequié, Bahia. Os participantes da pesquisa foram usuários do programa hipertensão e diabetes de um Centro de Saúde. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Parecer N°. 013/2011).

Resultados Partir da análise de conteúdo emergiram três categorias: concepção da síndrome metabólica; fatores psicossociais e tratamento, e seis subcategorias: a vida em risco; medo; indiferença; diminuição da capacidade para realização das atividades da vida diária; dificuldade em se adaptar à dieta e adesão ao tratamento medicamentoso.

Conclusão Percebeu-se que a doença tem um impacto negativo na vida dos usuários, pois entendem a doença como um fator que expõe suas vidas a risco e que pode reduzir ou limitar suas capacidades para a realização das tarefas diárias.

Palavras-chave: Obesidade; doenças cardiovasculares; hipertensão; diabetes *mellitus*; saúde pública (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To know the conception of users of a hypertension and diabetes program about metabolic syndrome.

Method This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach conducted in the city of Jequié, Bahia. The study participants were users of the hypertension and diabetes program of a health center. This study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia (Opinion N°. 013/2011).

Results From content analysis three categories emerged: conception of the metabolic syndrome; psychosocial factors and treatment, and six subcategories: life-threatening; fear; indifference; decreased ability to perform activities of daily living; difficulty adapting to diet, and adherence to drug treatment.

Conclusions It was perceived that the disease has a negative impact on users' lives as they understand the disease as a risk factor that can reduce or limit their ability to perform daily tasks.

Key Words: Obesity; cardiovascular diseases; hypertension; diabetes mellitus; public health (*source: MeSH, NLM*).

AS: Enf. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
jr_enf@hotmail.com
DP: Enf. Ph.D. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
diego_pcruez@hotmail.com
EDS: Enf. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
edison.vitorio@gmail.com
RS: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
enfrandson@gmail.com
RM: Educador Físico. Ph.D. Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
ramonefisica@hotmail.com
IS: Enf. Ph.D. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Docente, Universidade do Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
isleide71@yahoo.com.br

RESUMEN**Concepción de personas hipertensas y diabéticas sobre los impactos del síndrome metabólico en su salud**

Objetivo Conocer la concepción de los usuarios de un programa de hipertensión y diabetes sobre el síndrome metabólico.

Método Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo realizado en la ciudad de Jequié, Bahía. Los participantes del estudio eran usuarios del programa de hipertensión y diabetes de un Centro de Salud. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahía (Opinión N°. 013/2011).

Resultados Del análisis de contenido surgieron tres categorías: concepción del síndrome metabólico; factores psicosociales y tratamiento, y seis subcategorías: vida en riesgo; miedo, indiferencia, disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria; dificultad para adaptarse a la dieta, y adherencia al tratamiento farmacológico.

Conclusión Se percibió que la enfermedad tiene un impacto negativo en la vida de los usuarios, ya que entienden la enfermedad como un factor de riesgo que puede reducir o limitar su capacidad para realizar las tareas diarias.

Palabras Clave: Obesidad; enfermedades cardiovasculares; hipertensión; diabetes *mellitus*; salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

El síndrome metabólico (SM) é caracterizada como um conjunto de fatores de risco cardiovascular tais como hipertensão arterial (≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg), obesidade abdominal (≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres), hiperglicemia em jejum (≥ 100 mg% ou com diagnóstico de diabetes mellitus), redução de colesterol HDL (< 40 mg% para homens e < 50 mg% para mulheres ou em tratamento) e triglicérides elevados (≥ 150 mg% ou em tratamento). Para a International Diabetes Federation (IDF), um indivíduo com SM deve apresentar hiperinsulinemia associada a pelo menos 2 dos 5 critérios descritos (1).

As alterações ocorridas nos modelos socioeconômicos e culturais a partir do século XX modificaram significativamente os hábitos de vida da população. Essas alterações contribuíram para a crescente taxa de obesidade e outros fatores de risco cardiovascular, evidenciando a SM (2).

Essa patologia se tornou um grande desafio para a saúde pública. Estudos apontam que aumenta em 2 vezes o risco de morte súbita, 3 vezes o de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral e 5 vezes de potencializar o aparecimento de diabetes tipo II (3).

No Brasil, a prevalência da SM ainda não está bem definida devido a escassez de dados representativos. Entretanto, estudos estimam que 20% a 25% da população mundial adulta apresentam SM (3,4), tendo um maior índice entre homens e mulheres com idade superior a 60 anos em 42% (5).

Em uma perspectiva histórica, percebe-se que os modelos assistenciais, condições de vida e organização sócio-espacial, em cada período considerado tem relevância no modo como a doença é pensada, ou seja, diferentes concepções de saúde-doença têm surgido em uma perspectiva histórica, influenciada pela formação social, dimensão da saúde no cotidiano e condições de vida das pessoas. Sendo assim, conceituar doença não é simplesmente saber defini-la. Resulta, portanto, na possibilidade de compreender sua etiologia, suas consequências e, principalmente seus complexos determinantes.

Não obstante, não há evidências na literatura acerca da percepção dos portadores da SM sobre tal patologia. Diante disso, justifica-se a necessidade de mais estudos qualitativos para que os sentimentos e percepções dessa população possam subsidiar estratégias de promoção da saúde. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi conhecer a concepção dos usuários de um programa de hipertensão e diabetes acerca da SM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descriptivo com abordagem qualitativa realizado na cidade de Jequié, Bahia. Os participantes da pesquisa foram usuários hipertensos e diabéticos do programa HIPERDIA do Centro de Saúde, no município de Jequié-Ba, no ano de 2011.

A seleção dos participantes foi realizada através da análise dos prontuários, de forma aleatória, selecionando 15 de uma amostra de 43 pacientes com diagnóstico de síndrome metabólica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: usuários cadastrados há a pelo menos um ano no centro de saúde; que estivessem em condições clínicas de participar da pesquisa; com idade > 40 anos, e aceitassem participar da pesquisa de livre e espontânea vontade. E como critério de exclusão, aqueles participantes que não continham registros de até 1 atualizados no prontuário.

Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, na qual continham perguntas subjetivas acerca da concepção do entrevistado acerca da SM. Apenas 3 usuários se recusaram a participar da pesquisa, resultando em 12 participantes para a amostra. Nas entrevistas foram adotadas as seguintes perguntas: “O que representa essas doenças (síndrome metabólica) para você?”. Quando o entrevistado demonstrava não entender a pergunta, ele era redirecionado ao tema através de explicação mais sucinta.

As entrevistas foram realizadas de forma individualizada no domicílio dos usuários. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas em documento

Word versão 2007 e categorizadas, sem nenhuma interferência, preservando na íntegra a oração do usuário, respeitando assim, a subjetividade dos participantes após seu consentimento.

Os dados foram analisados de acordo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, sendo constituída de duas etapas: pré-análise e análise. Essa análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça a técnica, que, por sua vez, visa o conhecimento das variáveis biopsicossociais, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Desta forma optou-se pela frase como unidade de registro e, com base nesse critério, se procedeu ao recorte dos relatos em unidades de registro, para posterior constituição do inventário e campo semântico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sob o protocolo N° 013/2011, CAAE: 0082.0.454.000-11 (Parecer N° 013/2011).

RESULTADOS

Quanto às características biosociodemográficas (n=12), 65% são do sexo feminino, 41,7% possuem idade superior a 70 anos, 68% se autodeclararam pardos, 22% negros e 10% brancos. 70% afirmaram consumir ou ter consumido bebida alcoólica, e 60% afirmaram consumir ou ter consumido tabaco.

A partir da análise de conteúdo na perspectiva de Bardin, para sustentar o desenvolvimento da discussão da temática em questão, emergiu-se 3 categorias e 6 subcategorias, de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1. As categorias e subcategorias do estudo

Categorias	Subcategorias
1. Concepção da síndrome metabólica	1.1 A vida em risco 2.1 Medo 2.2 Indiferença
2. Fatores psicossociais	2.3 Diminuída capacidade para realização das Atividades da Vida Diária (AVD)
3. Tratamento	3.1 Dificuldade em se adaptar à dieta 3.2 Adesão ao tratamento medicamentoso

Categoria 1: Concepção

Subcategoria 1.1: A vida em risco

As possíveis consequências do avanço da doença representam uma preocupação para os usuários que enxergaram a doença como um fator que põe sua vida em risco, ou que pode interferir ao longo do tempo de forma negativa

no seu estado de saúde, conforme pode ser visto nos seguintes relatos: “Representa que eu posso ter problemas cardíacos... sei que é um risco de vida. Sei que essa gordura abdominal é a pior que tem e compromete a função cardíaca. (E3). Essas doenças são traiçoeiras e que se eu não controlar posso ter um problema mais grave. (E5)”. É muita preocupação, e sou muito ansiosa, e eu vivo me sentindo mal, preocupada com o que pode acontecer depois se eu não me cuidar [...] morro de medo. (E8). Acho que é um risco de saúde para minha vida ainda mais quando vai chegando a idade. (E9)”.

Categoria 2: Fatores psicossociais

Subcategoria 2.1: Medo

Nos relatos os pacientes demonstraram sentir medo, principalmente por conta das possíveis complicações que poderiam vir a apresentar no futuro por conta da doença. “Eu fico com medo pensando que pode acontecer alguma coisa mais grave comigo [...] não queria ter problema com meu pé e também não queria ficar cega, tenho medo também de doença no coração. (E4). Minha preocupação é perder um olho, perder o pé, fazer hemodiálise, fico preocupada em ter alguma coisa mais grave por conta do diabetes. (E6). Tenho medo mesmo é de ter um infarto ter um derrame. (E7)”.

Subcategoria 2.2: Indiferença

A indiferença reflete características não esperadas de um usuário com seu estado de saúde, pois demonstra-se perigosa quando se trata da relação do indivíduo com uma doença, uma vez que interfere tanto na adesão do tratamento, como na adoção de práticas saudáveis no dia a dia, como mostram os seguintes depoimentos: “Eu não me preocupo não, deixo tudo na mão de Deus. (E10). Eu não me preocupo não, não acho nada de mais essas doenças. (E10). Pra mim eu deixo a onda vim e me levar, não me preocupo. (E11). E não tomo o remédio direito, só tomo quando me lembro e olhe lá, tem vezes que fico com preguiça de vim buscar aqui no posto. (E11)”.

Subcategoria 2.3: Diminuição da capacidade para realização das AVD

Ao investigar pessoas idosas, ficou evidente a preocupação dos mesmos com a independência para a realização das AVD. [T5] “Eu fico com medo pensando que pode acontecer alguma coisa mais grave comigo. (E4). Eu peço a deus para não ficar numa cama dependendo de ninguém. (E7). Morro de medo de ter algum problema no meu pé, de não andar mais, de ter que fazer hemodiálise. (E8)”.

Categoria 3: Tratamento

Subcategoria 3.1: Dificuldade em se adaptar à dieta

Através dos relatos dos portadores da SM foi possível notar a dificuldade sentida por eles em se adaptar às

restrições dietéticas. Em alguns casos pode-se notar até certo desconhecimento com relação à dieta adequada para o tratamento da SM, como nos depoimentos a seguir: “E sobre a alimentação pra mim é o que é mais difícil porque a dieta do diabetes é muito rigorosa e difícil de conseguir. (E1). Acho difícil as vezes é seguir a dieta. (E3). Comida também eu já tirei o sal, uso pouco óleo, mas é difícil viu. (E4). Porque se eu fosse seguir a dieta da diabetes eu só iria comer água e folha, porque eles vão tirando tudo, e quando chega no final só sobra água e folha. (E6). É ruim, porque tem que fazer regime de sal, de açúcar, gordura e fritura. (E7). É uma vida difícil porque agente tem que deixar de comer tanta coisa boa. (E8)”.

Subcategoria 3.2: Adesão ao tratamento medicamentoso

Os relatos dos pacientes evidenciam que existe uma preocupação no uso correto das medicações. Eles se sentem responsabilizados pelo autocuidado e podem ser vistos nos relatos a seguir: “Sobre as doenças eu procuro tratar né, tomar os remédios certinhos, seguir o que a enfermeira fala. (E2). Os remédios eu tomo certinho, tem vezes que eu me esqueço de tomar mais aí eu vou lá e tomo logo que eu lembro. (E4). O tratamento eu procuro fazer direitinho, tomo a medicação certa, não como o que não devo. (E6). Eu tomo meu remédio todo dia não esqueço não, não tem quem faz eu me esquecer. (E12)”.

DISCUSSÃO

A síndrome metabólica (SM), é considerada como uma alteração metabólica, precursora das doenças cardiovasculares, que permanecem invisíveis ao contexto de saúde brasileiro, uma vez que as pessoas desconhecem os sinais e sintomas clínicos da SM, sendo que a falta de conhecimento dos pacientes do seu atual estado patológico, pode trazer complicações na saúde e qualidade de vida das pessoas acometidas pela SM (6).

O termo concepção é definido como uma representação subjetiva do mundo, idealizada por um indivíduo ou grupo, de acordo com determinada perspectiva. Fundamentando-se nesta definição, pode-se inferir que a concepção tem início a partir de saberes aliados às crenças individuais desenvolvidas sob influência de culturas distintas.

Partindo desse princípio, constata-se que a evolução tecnológico-científica deve vir acompanhada da valorização do cliente como um ser que pensa, age, sente, e possui um conhecimento, e pertence a um ambiente com variedades de fatores que influenciam em sua vida (7).

Portanto torna-se importante entender ou buscar visualizar a enfermidade sobre a ótica do cliente, pois desta forma as medidas de tratamento e prevenção poderão se tornar mais efetivas. Neste contexto emerge a subcategoria: a vida em risco.

Para os entrevistados a doença representa um fator que pode influenciar de maneira negativa seu estado hídrico. Eles têm a noção que com a presença da SM o risco de apresentarem doença cardiovascular aumenta, e isso traz a tona uma preocupação acerca de seu próprio estado de saúde, o que acaba levando a insegurança e um quadro de estresse.

Corroborando com os discursos acima, pesquisadores evidenciaram em seus estudos a sensação de insegurança quanto ao próprio estado de saúde dos participantes. A sensação de estar doente e se sentir inseguro ganha uma proporção ainda maior quando essa doença pode afastar o homem de suas atividades laborais, colocando em xeque sua identidade masculina (8).

O convívio com doenças crônicas pode levar o paciente a um quadro de tristeza e desesperança. A doença é vista como um pesadelo, considerada uma coisa enfadonha, comparada a um sonho ruim da qual não se consegue acordar, gerando sofrimento psicológico (7).

O medo é definido como uma condição em que o indivíduo exprime uma sensação de temor associado a uma causa identificável que ele pode constatar. Embora medo e ansiedade sejam muitas vezes usados como sinônimos constitui-se medo quando há um estímulo externo evidente que causa comportamento de fuga ou repulsão, enquanto que ansiedade é o estado emotivo antagônico sem estímulos explícitos e que, evidentemente, não podem ser evitados (9).

O medo foi percebido nos relatos dos entrevistados como um temor com relação ao avanço da doença e surgimento de complicações físicas que viriam a influenciar de maneira negativa na sua qualidade de vida. Sua percepção é importante, pois a partir do diálogo e educação em saúde realizada pelos profissionais, este sentimento pode ser amenizado.

A sensação de medo no convívio com a doença foi percebida principalmente quando o paciente relatava o temor de surgimento de complicações físicas, corroborando com Baptista *et al.* (9), ao afirmar que “o medo e a ansiedade devem ser considerados como alarmes ou adaptações avisadoras dos perigos que a espécie humana enfrentou ao longo da sua história evolutiva”.

Iossi (10) em sua pesquisa afirma que os depoimentos ilustram que ao verbalizar a situação de medo, nossos autores os enfatizam como algo real e decorrente de experiências ameaçadoras que convivem no seu dia a dia inclusive sentindo-se ameaçados em sua integridade física e no desenvolvimento do seu trabalho.

O medo pode ser analisado a partir de três aspectos, o verbal, sendo que este aspecto aparece como auto-relato, como visto nos discursos acima, avaliação subjetiva do sujeito sobre seu medo; o motor, que se caracteriza pela

reação comportamental-orgânica observável e medida; e o aspecto psicológico.

A indiferença ou negligência em relação à SM foi constatada nos discursos acima, como uma forma perigosa de enfrentamento de uma doença, pois o resultado de tal pensamento são atitudes que influenciam negativamente no tratamento e eleva o risco de consequências mais graves. Uma pessoa com sentimento de indiferença demonstra desinteresse pelas coisas, se torna apática, perde o interesse por qualquer assunto ou acontecimento.

Ela se caracteriza devido a sua forma insidiosa de violência, e corresponde a uma omissão em relação às atribuições da família e sociedade no que diz respeito a cuidar e prover as necessidades físicas e emocionais dos indivíduos (10).

No presente estudo a indiferença ou negligência foi percebida com relação a não adesão aos tratamentos. Nesse sentido pode também ser considerado um problema de saúde pública, pois acaba diretamente sendo um agravo à saúde dos indivíduos.

Nessa perspectiva Borba Neto (11) traz que essa indiferença vem se tornando um grande problema de saúde pública, visto que, anualmente, são gastos milhões de dólares em internações hospitalares, visitas médicas e com a inserção de novos tratamentos, os quais poderiam ser evitados com uma melhor adesão aos medicamentos propostos.

As AVD são ações que uma pessoa realiza para o autocuidado e manutenção da sobrevivência, além de promover a interação dos indivíduos com o ambiente e com a sociedade (12), tais como: tomar banho, vestir-se, andar, ter continências urinárias e fecais, dentre outras.

Pode-se notar através do conceito acima que as AVD são as atividades simples para o indivíduo hígido, que reflete a independência para as atividades básicas, como também do autocuidado.

Devem-se considerar, além do impacto físico das limitações trazidas pelas complicações da doença, as consequências socioeconômicas e psicológicas. Pois em seus discursos os indivíduos salientaram o receio com a perda da autonomia no autocuidado e limitações físicas que poderiam interferir em suas atividades laborais.

Correa *et al.* (13) afirmaram que “ter autonomia é poder executar independentemente e satisfatoriamente suas atividades do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais, e exercitando seus direitos e deveres de cidadão”. Nessa perspectiva, a perda da autonomia interfere negativamente no âmbito socioeconômico da vida do dependente, apesar de ser uma das principais perdas com o avançar da idade.

O tratamento da SM pode ser medicamentoso e não medicamentoso, envolve basicamente o controle das doenças que compõe a SM como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, circunferência

abdominal aumentada e colesterol LDL elevado. Nessa perspectiva, o tratamento medicamentoso requer adesão do cliente e responsabilidade no que diz respeito às consultas periódicas ao médico para avaliar a evolução e a eficácia do tratamento.

No que diz respeito ao tratamento não medicamentoso, é importante ressaltar a necessidade que o cliente adote um novo estilo de vida, que se afaste dos fatores de risco como: dieta hiperlipídica, hipersódica, tabagismo, etilismo entre outros e se aproxime de práticas saudáveis como redução do nível de estresse e prática de exercícios físicos. Sabe-se que os benefícios da atividade física podem ser alcançados com intensidade baixa, moderada, ou alta, indicando que um estilo de vida ativa, independente do tipo de atividade, pode evitar o desenvolvimento de obesidade e diminuir os efeitos da SM (14).

Sentimento comum entre os portadores da SM é a dificuldade de se adaptar as restrições dietéticas que são necessárias para o tratamento e controle da SM. Pelo fato da SM ser diretamente relacionada ao metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos, a nutrição se torna um importante papel no seu controle.

Vários estudos, entretanto, têm demonstrado a grande dificuldade enfrentada pelos portadores da HAS para continuarem seguindo as orientações médicas, evidenciando alta taxa de abandono do tratamento (15).

É importante que no momento das orientações o profissional busque conhecer a realidade social do paciente, para que possa elaborar um plano alimentar dentro das suas possibilidades financeiras. Torna-se necessário, também, considerar a preferência dietética do paciente dentre os alimentos com as mesmas propriedades nutritivas, para que desta maneira a adesão ao plano alimentar possa ser facilitada.

A dificuldade em adaptar-se à dieta hipossódica pode ser observada nos relatos acima, e são corroboradas por Figueiredo e Asakura (16), que evidencia em sua pesquisa que a principal dificuldade no tratamento da hipertensão relatada pelos entrevistados é a adoção desse tipo de dieta.

Os discursos acima expressam também a dificuldade dos indivíduos em enquadrar-se numa reeducação alimentar, pois os antigos hábitos ainda continuam presentes e se tornam uma barreira para o sucesso da reeducação dietética.

Outro fator observado como causa dessas dificuldades foi o fato de outros membros da família não modificarem seus hábitos alimentares, pois a partir daí alguns usuários podem se sentir desencorajados a seguirem sua dieta, ou até mesmo excluídos, desencadeando um fator psicológico como barreira ao tratamento.

Nessa perspectiva, Péres *et al.* (17) aponta que expor-se à crítica do outro, à não aceitação por parte de

familiares faz o diabético sentir-se “diferente” dos demais. O “ser diferente” é vivido como experiência penosa. Além disso, evidenciou-se ainda reações emocionais intensas como raiva do mundo, dificuldades de raciocínio, mal-estar psicológico, preocupação, ansiedade, sentimentos de desânimo, privação de prazer, e negação da doença (17).

A definição de adesão varia conforme a fonte adotada. Entretanto, de modo geral, expressa o nível de concordância entre a orientação recebida (em relação às consultas periódicas, ao autocuidado, à terapia medicamentosa e não medicamentosa) e ao comportamento do paciente (18).

A terapia medicamentosa da SM tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade cardiovascular e renal, além de prevenir o agravo metabólico. O tratamento é focado nas patologias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, obesidade abdominal e hipercolesterolemia (19).

A disciplina e adesão ao tratamento são fundamentais para quaisquer terapêuticas adotadas para prevenir as complicações da SM. O problema do abandono do tratamento é um dos aspectos indispensáveis no controle individual da HAS, visto que pode minimizar seu efeito farmacológico, com graves consequências para o próprio paciente, sua família e comunidade.

Com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso existem diversos métodos para avaliar o comprometimento de um paciente com a terapia, mas nenhum consenso. Os métodos podem ser diretos, como dosagem humoral do princípio ativo da droga ou indiretos como contagem manual de comprimidos e relato do paciente (20).

Os discursos acima revelam que os pacientes têm o cuidado em fazer o uso dos medicamentos de forma correta, considerando a medicação certa, no horário certo. Esses dados são semelhantes aos de um estudo realizado por Figueiredo e Asakura (16) em São Luís, Maranhão, em que 75% dos entrevistados referiram rigorosa adesão ao tratamento medicamentoso. Em contrapartida, os pacientes que não aderem o tratamento corretamente mencionaram como justificativas: esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais (16).

A adesão à terapia não medicamentosa parece ser mais difícil. Analisando os relatos dos pacientes, observa-se que o comprometimento a uma dieta devidamente prescrita é negligenciada. Como o tratamento da SM requer do paciente boas práticas de saúde é de fundamental importância o seguimento dos dois tipos de tratamento (16). Nesse sentido, os fatores de riscos ainda passam despercebidos pelos profissionais nas instituições de saúde (21).

Com tal objetivo, a boa prática clínica orienta que se trate o paciente e não a doença. Uma das estratégias adotadas para que o paciente possa aderir ao tratamento é promover uma reflexão acerca das consequências da SM,

além dos riscos, benefícios e peculiaridades inerentes ao tratamento. Desse modo, o indivíduo se torna um elemento ativo no processo de tratar.

Considerando a concepção dos usuários acerca da SM percebeu-se que a doença tem um impacto negativo na vida das pessoas, pois entendem a doença como um fator que expõe suas vidas a risco e que pode reduzir ou limitar suas capacidades para a realização das AVD, bem como pode trazer incapacidades mórbidas de adoecimento, que, por sua vez, pode vir a comprometer a sua saúde e qualidade de vida.

Esse estudo demonstrou também, a dificuldade em se adaptar à dieta prescrita, tais como hipossódica, hipolípida e hipocalórica, fatos que associados a um estilo de vida sedentário constituem-se fatores de risco para SM.

Nessa perspectiva, percebe-se então a necessidade de políticas públicas de saúde visando fomentar uma melhor qualidade de vida aos usuários, sendo capaz de estimulá-los a adoção de práticas saudáveis em sua rotina diária, como atividade física, dieta saudável, redução e/ou eliminação do tabagismo e etilismo, dentre outras.

Vale ressaltar que com os instrumentos, programas e serviços existentes hoje na saúde pública (como programas de estratégias de saúde da família) resultados positivos podem ser alcançados, caso seu uso seja otimizado pelos profissionais de saúde, bem como os gestores do sistema de saúde do município através da articulação entre os serviços existentes na perspectiva de proporcionar ao usuário uma assistência de qualidade, e livre de impactos na saúde ♣

REFERÊNCIAS

1. Salaroli LB, Barbosa GC, Mill JG, Molina MCB. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 22]; 51(7):1143-52. <https://bit.ly/3R0g0Qr>.
2. Fogal AS, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SCC. Prevalência de síndrome metabólica em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Bras Nutr* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 22]; 6(1):29-35. <https://bit.ly/3dQ0d8l>.
3. Leitão MPC, Martins IS. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de unidades básicas de saúde em São Paulo - SP. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 22]; 58(1):60-9. <https://bit.ly/3pASe1P>.
4. Ibiapina DFN, Alves ELM, Moura MEB, Santos RS, Tapety FI. Prevalência da síndrome metabólica em idosos. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2015; 9(Suppl9):9964-70. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i9a10794p9994-9970-2015>.
5. Felipe-de-Melo ERT, Silva RCR, Assis AMO, Pinto EJ. Fatores associados à síndrome metabólica em trabalhadores administrativos de uma indústria de petróleo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 22]; 16(8):3443-52. <https://bit.ly/3K9wkMF>.
6. Silva-Júnior AC, Cruz DP, Souza Junior EV, Rosa RS, Moreira RM, Santos ISC. Repercusiones de la prevalencia del síndrome metabólico en adultos y ancianos en el contexto de la atención primaria a la salud.

- Rev Salud Pública. (Bogotá) 2018; 20(6):561-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.65564>.
7. Lopes GT, Lemos BKJ, Lima HB, Cordeiro BRC, Lima LSV. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 22]; 62(4):518-23. <https://bit.ly/3c9zwwh>.
 8. Paula, AAF. Concepções de saúde e doença na perspectiva de famílias inseridas na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
 9. Baptista A, Carvalho M, Lory F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. Psicologia. 2005; 19(1-2):267-77. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.407>.
 10. Iossi MA. O envolvimento dos profissionais da saúde do município de Guarulhos na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminho necessário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
 11. Borba Netto FC. Negligência no tratamento de crianças HIV positivas [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
 12. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. Rev Saúde Públ [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 22]; 47(3):506-13. <https://bit.ly/3pxVAmi>.
 13. Correa D, Borba-Pinheiro C, Dantas EH. Qualidade de vida no envelhecimento. Praxia [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 22]; 1(1):37-52. <https://bit.ly/3TkRBr1>.
 14. Drago M, Carnevali Junior LC. Comparação entre as diferentes intensidades de treinamento no controle dos fatores de risco associados à síndrome metabólica. Ensaios e Ciência [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 22]; 14(2):143-54. <https://bit.ly/3QJ5ixV>.
 15. Mendes LMO, Barros JST, Batista NNLA, Silva JMO. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. Revista Univap. 2014; 20(35):56-68. <https://doi.org/10.18066/revunivap.v20i35.182>.
 16. Figueiredo NN, Azakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. Acta Paul Enferm. 2010; 23(6):782-7. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600011>.
 17. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 22]; 15(6):1105-12. <https://bit.ly/3QFPwnr>.
 18. Frascá MGS. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres [dissertação]. Bauru: Universidade Estadual Paulista; 2014.
 19. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2005 [cited 2020 Aug 22]; 84(Suppl1):3-28. <https://bit.ly/3KaAivI>.
 20. Rocha TPO, Figueiredo Neto JA, Fernandes DR, Santana EEC, Abreu JER, et al. Estudo comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. Int J Cardiovasc Sci. 2015; 28(2):122-9.
 21. Rosa RS, Macêdo DA, de Oliveira BG, Bonfim E dos S, Casotti C, Prado IF do. Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do Risco Coronariano em Pacientes Hospitalizados. R Pesq Cuid Fundam Online. 2016; 8(2):4460-71. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4460-4471>.