


## **SÍNDROME METABÓLICA: VIVÊNCIAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO COM A SAÚDE**

Lucas Silveira Navarro Lopes<sup>1</sup> 

Maria José Sanches Marin<sup>1</sup> 

Fabiana Veronez Martelato Gimenez<sup>1</sup> 

Danielle Abdel Massih Pio<sup>1</sup> 

Luciana Rocha de Oliveira Nardo<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** interpretar as vivências de pessoas com síndrome metabólica no que se refere ao cuidado com a saúde.

**Método:** pesquisa qualitativa utilizando como método a Teoria Fundamentada nos Dados e como referencial para análise o Interacionismo Simbólico. Foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município de Marília/SP, Brasil, com 24 entrevistas em três grupos amostrais (pacientes, familiares e profissionais da saúde), no período de nove de fevereiro de 2022 a 16 de janeiro de 2023.

**Resultados:** identificaram-se 734 códigos que foram agrupados, chegando-se às categorias e subcategorias, tendo como fenômeno central “(Des) Cuidando da saúde”, que se caracteriza como processo dualista que perpassa tanto pelo descuidando quanto pelo cuidando. Os aspectos referentes ao descuidando da saúde incluem as categorias: “Considerando não ter problemas de saúde”; “Tendo dificuldades de compreensão e resistência para seguir os cuidados”; e “Faltando adesão ao tratamento”. No aspecto cuidando da saúde, encontram-se as categorias: “Compreendendo que possuem síndrome metabólica”; “Recebendo orientações”; e “Contando com apoio”.

**Conclusão:** a vivência das pessoas com síndrome metabólica perpassa pelas esferas biológica, psicológica, social e espiritual, pois eles lidam com seus problemas de saúde de acordo com a interação social mantida consigo próprio e com as demais pessoas. Portanto, a comunicação significativa e o vínculo com a equipe de saúde são as principais ferramentas de adesão ao tratamento.

**DESCRIPTORIOS:** Síndrome metabólica. Promoção da saúde. Estilo de vida. Doenças não transmissíveis. Atenção primária à saúde.

**COMO CITAR:** Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM, Pio DAM, Nardo LRO. Síndrome metabólica: vivências em relação ao cuidado com a saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; 33: e20230190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0190pt>

# METABOLIC SYNDROME: EXPERIENCES IN RELATION TO HEALTHCARE

## ABSTRACT

**Objective:** to interpret the experiences of people with metabolic syndrome in relation to healthcare.

**Method:** this is qualitative research using Grounded Theory as a method and Symbolic Interactionism as a framework for analysis. It was carried out at a Basic Health Unit in the city of Marília/SP, Brazil, with 24 interviews in three sample groups (patients, family members and healthcare professionals), from February 9, 2022 to January 16, 2023.

**Results:** a total of 734 codes were identified and grouped into categories and subcategories, with the central phenomenon being "(Not) Taking Care of Health", which is characterized as a dualistic process that encompasses both neglect and care. Aspects relating to neglecting health include the categories: "Considering not having health problems"; "Having difficulties understanding and resisting following care"; and "Lack of adherence to treatment". In the aspect of taking care of the health, there are the categories: "Understanding that they have metabolic syndrome"; "Receiving guidance"; and "Counting on support".

**Conclusion:** the experience of people with metabolic syndrome permeates the biological, psychological, social and spiritual spheres, as they deal with their health problems according to the social interaction maintained with themselves and other people. Therefore, meaningful communication and bonding with healthcare team are the main tools for adherence to treatment.

**DESCRIPTORS:** Metabolic syndrome. Health promotion. Lifestyle. Noncommunicable diseases. Primary health care.

# SÍNDROME METABÓLICO: EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD

## RESUMO

**Objetivo:** interpretar las experiencias de las personas con síndrome metabólico en relación con la atención sanitaria.

**Método:** investigación cualitativa utilizando la Teoría Fundamentada como método y el Interaccionismo Simbólico como referencia de análisis. Se realizó en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Marília/SP, Brasil, con 24 entrevistas en tres grupos muestra (pacientes, familiares y profesionales de la salud), del 9 de febrero de 2022 al 16 de enero de 2023.

**Resultados:** se identificaron 734 códigos que se agruparon en categorías y subcategorías, siendo el fenómeno central el "(Des) Cuidado con la Salud", que se caracteriza por ser un proceso dualista que abarca tanto el abandono como el cuidado. Los aspectos relacionados con el abandono de la salud incluyen las categorías: "Considerar no tener problemas de salud"; "Tener dificultades para comprender y resistirse a seguir los cuidados"; y "Falta de adherencia al tratamiento". En el aspecto de cuidar su salud, existen las categorías: "Entendiendo que tienen síndrome metabólico"; "Recibir orientación"; y "Confiar en el apoyo".

**Conclusión:** la experiencia de las personas con síndrome metabólico permea los ámbitos biológico, psicológico, social y espiritual, ya que abordan sus problemas de salud de acuerdo con la interacción social que mantienen consigo mismos y con otras personas. Por lo tanto, la comunicación significativa y el vínculo con el equipo de salud son las principales herramientas para la adherencia al tratamiento.

**DESCRIPTORES:** Síndrome metabólico. Promoción de la salud. Estilo de vida. Enfermedades no transmisibles. Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

Em consequência das mudanças socioeconômicas e demográficas que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo, houve uma alteração nos hábitos de vida da população, que se tornou cada vez mais sedentária tanto no trabalho quanto no lazer, alterando o padrão alimentar, dando preferência para alimentos industrializados compostos por excesso de gordura, principalmente de origem animal, carboidratos, sódio, e a ingestão insuficiente de fibras<sup>1</sup>. Tais fatores contribuem para o aumento da obesidade, favorecendo alterações dos mecanismos neuroendócrinos entre as quais se encontra a Síndrome Metabólica (SM)<sup>2</sup>.

A SM é caracterizada por um conjunto de condições de saúde, como a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade abdominal, dislipidemias e alterações no metabolismo da glicose, ocasionando alterações metabólicas complexas no organismo, que triplicam o risco de desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV), aumentam cinco vezes as chances de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e duplica o risco de morte prematura, independente das causas<sup>2</sup>.

No Brasil, estima-se que sua prevalência seja de 38,4%, podendo atingir mais de 60% dos indivíduos acima de 60 anos. Entretanto, faltam estimativas confiáveis da prevalência da SM, uma vez que é preciso confirmar, por meio de dados bioquímicos e antropométricos com representatividade nacional, o que não se observa entre a maioria dos estudos, além de existirem diferentes critérios para a definição da SM, dificultando a confrontação entre as populações estudadas<sup>2</sup>.

A mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nos países ocidentais diminuiu drasticamente nas últimas décadas, em decorrência da melhor prevenção, diagnóstico e tratamento, porém, nos países em desenvolvimento, ela ainda representa grandes desafios para a saúde pública, e as DCV representam a principal causa de morte e incapacidade no Brasil, acarretando mais de 38 milhões de óbitos/ano no mundo<sup>3</sup>.

No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis de 2021-2030, valoriza-se a necessidade de se conhecer o comportamento da população e os aspectos que podem refletir em impactos na saúde, em todas as fases da vida. Portanto, enfatizam-se políticas que incentivem a população a adotar e manter comportamentos saudáveis através da criação de ambientes propícios e acessíveis para que a população aprenda a escolher corretamente<sup>4</sup>.

Para atender a tais necessidades, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um local privilegiado por desenvolver ações de saúde individuais e coletivas envolvendo a promoção, proteção, reabilitação e prevenção de agravos. Tais ações impactam positivamente na saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde coletiva, podendo evitar que fatores de risco de DCNT se instalem<sup>5</sup>.

O tratamento da SM consiste em melhora do estilo de vida, considerando a mudança de hábito alimentar, tendo em vista a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, visando à perda de peso associada a exercício físico regular. Para tanto, intervenções multidisciplinares, tanto individuais quanto em grupos, podem ser utilizadas e demonstram redução nos parâmetros da SM, em estudos<sup>6</sup>.

Constata-se que muitas pessoas com SM enfrentam dificuldades em seguir as orientações de saúde por não compreenderem completamente sua condição e como ela deve ser abordada. Existem também fatores culturais e sociais que favorecem ou dificultam a implementação das ações necessárias<sup>7</sup>.

Em virtude da relevância do tema no âmbito da saúde pública, das dificuldades encontradas pelas pessoas com SM em seguir o tratamento indicado e o alto risco de complicações, a presente investigação parte do seguinte questionamento: como as pessoas com Síndrome Metabólica vivenciam os cuidados com a saúde? Assim, propõe-se como objetivo interpretar as vivências das pessoas com SM no que se refere ao cuidado com a saúde.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como método a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* e como referencial para análise o Interacionismo Simbólico. Foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de médio porte do interior paulista que possui, aproximadamente, 220 mil habitantes<sup>8</sup>. Seu desenvolvimento foi fundamentado nos critérios exigidos pelo *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ)*<sup>9</sup>.

A TFD busca gerar explicações por meio da criação de teorias fundamentadas sobre um determinado fenômeno. Preza pela coleta e análise simultânea dos dados, favorecendo a compreensão de experiências e significados que os indivíduos estão vivenciando em um determinado contexto com foco nas interações humanas, comportamento, percepções e pensamentos destes indivíduos em relação à situação que estão vivenciando<sup>8,10</sup>. Para este estudo, utilizou-se a vertente Straussiana, que possibilita ao pesquisador confrontar as informações que foram surgindo com a literatura, durante o processo de coleta e análise de dados<sup>10</sup>.

O Interacionismo Simbólico, proposto por Herbert Blumer e adaptado por Joel Charon, descreve a ação humana individual e coletiva e permite compreender como as pessoas definem a realidade e como agem sobre suas definições e crenças. Tem como foco a natureza das interações, a dinâmica das atividades sociais e o significado dos eventos para as pessoas, no contexto em que estão inseridas e nas ações realizadas<sup>11</sup>.

Três premissas fundamentam o Interacionismo Simbólico: o ser humano age em relação às coisas conforme o sentido que elas possuem para ele; o significado das coisas surge da interação social ou da falta dela; o significado pode ser modificado pela interpretação da pessoa diante das experiências<sup>11</sup>.

Ademais, o Interacionismo Simbólico compreende os sentidos e significados como um produto social. Desta forma, este referencial possibilita a compreensão dos significados atribuídos e interações que ocorrem nas vivências das pessoas com SM, no processo de cuidado com a saúde<sup>11</sup>.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) selecionada conta com uma população de, aproximadamente, 18.000 mil habitantes. Possui uma equipe com 32 profissionais com ensino médio ou superior de diferentes categorias.

A população deste estudo foi composta por pessoas com diagnóstico de SM residentes na área de abrangência da UBS selecionada. Como critérios de inclusão, possuir diagnóstico de SM de acordo com os critérios estabelecidos pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III)*, que consiste em pessoas que apresentam no mínimo três das seguintes condições: homens com medida de circunferência abdominal (CA)  $\geq 102$  cm e mulheres com CA  $\geq 88$  cm; triglicérides (TGL)  $\geq 150$  mg/dL; colesterol HDL  $< 40$  mg/dL em homens ou  $< 50$  mg/dL em mulheres; pressão arterial sistólica  $\geq 130$  mm/Hg e diastólica  $\geq 85$  mm/Hg; e glicemia de jejum  $> 110$  mg/dL<sup>12</sup>; apresentar capacidade cognitiva preservada. Foram excluídos os menores de 18 anos de idade.

Para identificar as pessoas com SM, foram selecionados prontuários de pacientes que fazem uso de ciprofibrato, fornecido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, para análise dos exames laboratoriais e dados antropométricos, verificando se o usuário possuía os critérios diagnósticos de SM de acordo com o NCEP-ATP III<sup>12</sup>.

Após a identificação do participante, algum profissional da equipe da unidade fez contato com o mesmo, informou sobre a realização da pesquisa e pediu autorização para fornecer o telefone ao pesquisador.

A coleta de dados ocorreu no período de nove de fevereiro de 2022 a 16 de janeiro de 2023, após agendamento feito por contato telefônico, em uma sala da unidade de saúde ou no domicílio dos participantes, conforme preferência individual. As entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor, que é enfermeiro, sexo masculino, com residência em urgência, pós-graduação em cardiologia

e atua como enfermeiro do setor de hemodinâmica e mestrando. Para isso, recebeu treinamento e supervisão de pesquisadores experientes na técnica.

As entrevistas tiveram a duração de 21min a 45min, ocorreram de forma privada, estando presentes apenas o autor e o participante. As falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra garantindo o sigilo dos entrevistados. Não houve teste piloto, notas de campo, nem repetição de entrevistas.

O primeiro grupo amostral foi constituído por 15 pessoas com SM (PC). Outros grupos amostrais foram incluídos visando aprofundar o conhecimento e preencher lacunas surgidas durante as entrevistas: o segundo grupo amostral, composto por cinco familiares (FA); e o terceiro, por quatro profissionais da APS (PS) de sua referência.

Houve recusa de duas pessoas com SM, três familiares e um profissional da saúde, por falta de interesse ou de disponibilidade para participar.

As entrevistas foram encerradas assim que houve a saturação dos dados, sendo discutidas entre os três primeiros autores. Não houve devolutiva de transcrição aos participantes, porém as informações foram analisadas por dois profissionais experientes na metodologia e com vivências na temática abordada, considerando-se que houve consistência dos dados e clareza nos temas principais e secundários.

O roteiro de entrevista caracterizou os participantes quanto aos dados sociodemográficos e socioeconômicos (idade, sexo, estado civil, cor da pele, escolaridade, trabalho e renda), contendo também questões abertas relacionadas à vivência, percepção, conhecimento, atitude a respeito dos seus problemas de saúde e quais as consequências destes em sua rotina de vida. Do prontuário, foram coletados os últimos resultados de exames laboratoriais (glicemia em jejum, colesterol HDL, TGL): peso, altura, Índice de massa corpórea (IMC), medida da pressão arterial, da CA e medicamentos de uso contínuo.

Para as entrevistas com profissionais e familiares, o roteiro de entrevista foi adaptado, mantendo-se o direcionamento de captar as vivências das pessoas com SM em relação ao cuidado em saúde. A caracterização dos familiares contou com dados referentes à idade, sexo, parentesco, escolaridade, cor da pele, trabalho e renda. Dos profissionais da saúde foram coletados idade, sexo, cor da pele, tempo de formação e tempo de atuação na APS.

Os dados foram codificados pelos três primeiros autores utilizando como método a TFD straussiana, sendo que o primeiro passo analítico é a codificação aberta em que os dados são examinados minuciosamente, palavra por palavra e linha por linha, fazendo questionamentos exaustivos, com a finalidade de conceitualizar ideias e/ou significados expressos pelos participantes, permitindo compreender o que cada dado representa<sup>10</sup>.

Na segunda etapa – codificação axial –, os dados são reagrupados conforme suas relações e conexões, desenvolvendo explicações mais abrangentes sobre os fenômenos investigados através da classificação, separação e a síntese desses códigos, tornando-os mais direcionados, seletivos e conceituais. Essa etapa possibilita melhor compreensão analítica para categorizar os dados de forma incisiva e completa, através de um movimento indutivo e dedutivo, permitindo a identificação de padrões e relacionamentos entre os dados, ajudando a construir uma compreensão mais profunda e completa<sup>8,10</sup>.

Ainda, nessa segunda etapa, utiliza-se o paradigma da codificação (modelo paradigmático) formado pelos componentes: condições, ações-interações e consequências, que auxiliam a ordenar sistematicamente os dados e identificar relações entre as categorias e o fenômeno/categoria central. As “condições” referem-se às razões ou explicações, ou seja, porque/como as pessoas respondem às situações problemáticas.

As “ações/interações” são significados atribuídos por elas aos eventos/situações problemáticas vivenciadas e como manejam/alcançam seu objetivo<sup>8,10</sup>.

As “consequências” são resultadas das ações/interações (física, psicológicas, social). A codificação seletiva seleciona as categorias mais relevantes e integra os dados em uma teoria mais abrangente<sup>8,10</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente e do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Secretaria Municipal. Os participantes foram informados sobre a finalidade/procedimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A idade das pessoas com SM varia de 47 a 78 anos (média de 66,73): oito são do sexo feminino; 10 são casadas; nove se identificam de cor branca; 10 recebem entre um e cinco salários-mínimos; oito não realizam atividade laborais fora do lar; e 10 têm o ensino fundamental completo/incompleto. Tempo médio diagnóstico de 13 anos. Quanto às condições de saúde: todos apresentam níveis pressóricos elevados; fazem uso de polifarmácia (média de seis medicamentos/dia); e três apresentam IMC normal. Exames laboratoriais: média da glicemia de jejum -189 mg/dl; média de TGL – 481,6; média do HDL – 42; média CA – 103,6 cm.

No segundo grupo amostral: 4 são filhos e um cônjuge, com idade variando de 34 a 72 anos (média de 45,4); 4 do sexo feminino; se identificam de cor branca; recebem entre um e cinco salários-mínimos; têm ensino médio completo/incompleto; e três exercem atividades laborais fora do lar. Entre os PS: a idade varia de 31 a 57 anos, todas do sexo feminino, se identificam de cor branca, graduadas entre três anos e 33 anos e atuam no cenário entre cinco meses e 33 anos.

Na análise, foram identificados 734 códigos agrupados, chegando-se às categorias/subcategorias e suas conexões. As vivências caracterizam-se como um processo que perpassa tanto pelo descuidado, com os inúmeros fatores de risco, quanto pelo cuidado, identificando o fenômeno central “(Des) Cuidando da saúde”, conforme se observa no Quadro 1.

**Quadro 1** – Distribuição das categorias e subcategorias “(Des)Cuidando da saúde”. Marília, SP, Brasil, 2023.

FENÔMENO (DES) CUIDANDO DA SAÚDE		
	Categoria	Subcategoria
<b>Descuidando da Saúde</b>	Considerando não ter problemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referindo não ter sintomas</li> <li>Negando a presença de doenças</li> <li>Considerando que tem uma vida normal</li> </ul>
	Tendo dificuldades de compreensão e resistência para os cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desacreditando nos cuidados necessários</li> <li>Tendo dificuldades de acesso aos cuidados em saúde</li> <li>Considerando que toma muitos medicamentos</li> <li>Faltando orientações significativas</li> </ul>
	Faltando adesão ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizando medicamentos de forma irregular</li> <li>Abandonando o tratamento após melhora dos exames laboratoriais.</li> <li>Tendo dificuldade em mudar hábitos de vida</li> </ul>
<b>Cuidando da Saúde</b>	Compreendendo que possui Síndrome Metabólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecendo a presença de doença</li> <li>Reconhecendo a presença de complicações</li> <li>Identificando fatores prejudiciais à saúde</li> <li>Fazendo uso correto dos medicamentos</li> </ul>
	Recebendo Orientações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recebendo orientações nutricionais</li> <li>Sendo orientado para realizar atividade física</li> <li>Tendo orientações sobre uso de medicamentos</li> </ul>
	Contando com apoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercendo fé</li> <li>Sentindo apoio dos familiares</li> </ul>

## **Categoria 1 – “Considerando não ter problemas de saúde”**

Como os participantes não possuem sintomas e podem levar uma vida sem limitações, tanto eles como seus familiares não consideram a SM como um problema de saúde, embora com inúmeras alterações nos exames laboratoriais e fazendo uso de polifarmácia, o que também é reconhecido pelos profissionais da saúde como um fator limitante para a tomada de consciência e investimentos nos cuidados à saúde.

*[...] e eu sou normal, não tenho cansaço, não tenho palpitação, minha casa é em ordem, vou para casa do meu filho e limpo a casa dele, então eu pra mim eu sou uma pessoa muito saudável (PC01). [...] mas que problema você fala? Porque para mim ela não tem nada. Fica o dia inteiro na correria aqui. [...] ela quer dar conta de tudo (FA03). [...] da a entender que muita gente não se importa com o colesterol, com o triglicérides, com a glicemia alterada. Para eles é uma coisa natural (PF03).*

## **Categoria 2 – “Tendo dificuldades de compreensão e resistência para seguir os cuidados”**

São relatadas dificuldades para seguir os cuidados prescritos, por desacreditar nos cuidados necessários, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, consideram que tomam muitos medicamentos e que faltam orientações significativas. Desacreditam que os cuidados são efetivos, pois consideram como adequados os hábitos que mantiveram durante toda a vida, que não impõem restrições. Além disso, há o reconhecimento de que essas mudanças não são fáceis, assim, passam a ideia de que não compreendem de forma significativa que essas ações auxiliam na prevenção de complicações.

*[...] me deu uma lista, eu peguei a lista e joguei fora. [...] acho que se eu seguir estas orientações aí que eu vou morrer mesmo. Estou bem vivendo do jeito que eu vivo, comendo o que eu quero e bebendo o que eu quero (PC07). [...] é difícil a mudança de alguns hábitos de vida [...] então eu percebo que eles têm dificuldade de compreensão e até mesmo resistência em mudar o estilo de vida (PS01).*

Em relação à falta de acesso, os participantes alegam dificuldades para agendamento de consultas, exame laboratoriais e para obter os medicamentos, além de considerarem inconsistente o atendimento dos profissionais. Aqueles que têm condições, recorrem a médicos e a exames particulares, quando não, desistem do tratamento. Também se observa que nem sempre passam por consultas periódicas, e neste caso, dão continuidade ao tratamento por meio da repetição da receita.

*[...] a gente nunca consegue marcar consulta, [...] eles nem olharem na sua cara e passam esses remédios que não prestam, só ficam deixando a gente pior do que estava quando chegou lá [...] e eu resolvi marcar particular mesmo (PC11). [...] a receita venceu tá com um ano, mas eu vou na farmácia e compro (PC09).*

A polifarmácia também é considerada como uma dificuldade em seguir os cuidados por causa dos efeitos colaterais apresentados. Além disso, não acreditam na necessidade de usar todos os medicamentos prescritos, julgam ser um exagero.

*[...] eu não me sentia bem, a gente acompanha o corpo da gente e sabe quando alguma coisa faz mal [...] (PC03). [...] toma um punhado de manhã, um de tarde e um de noite. Aí eu penso, meu Deus do céu, para que tanto remédio (FA04).*

As pessoas com SM pontuam a falta de orientação para seguir corretamente o que foi receitado, pois as consultas são realizadas de forma superficial: entregam a receita, orientam para emagrecer e aferir a pressão. Além disso, julgam difícil seguir as orientações; já os profissionais da saúde consideram que os pacientes têm resistência em seguir o tratamento.

*[...] não, ninguém falou nada [...] Só deu a receita para mim e falou para eu medir a pressão [...] e falou que eu tinha que emagrecer (PC04). [...] eles falam coisas para gente que é muito difícil seguir, se eu for cozinhar sem gordura e sem sal meu marido briga comigo, fica difícil fazer comida*

separada (PC15). [...] a gente até detalha bastante para eles caminhos mais fáceis, frente a condição financeira, frente a condição social, mas eles são bem resistentes em seguir (PS03).

### **Categoria 3 – “Faltando adesão ao tratamento”**

Observa-se também a falta de adesão ao tratamento em relação ao uso irregular dos medicamentos e abandono após melhora dos exames laboratoriais. Seguir corretamente a dieta e realizar atividade física são recomendações importantes para evitar a evolução das doenças e suas complicações.

A prescrição de múltiplos medicamentos, além dos efeitos colaterais, acarreta mais dificuldade para o paciente, favorecendo a sua suspensão ou o uso irregular. Ao invés de procurar orientação do PS, o paciente age conforme sua vontade.

[...] às vezes eu não tomo certinho não, acabo esquecendo, o horário mesmo que as vezes passa um pouco porque eu esqueço (PC02). [...] conforme estava a diabetes eu tomava remédio [...], ela que pediu para eu tomar duas vezes por dia, mas se ela está alta eu tomo cedo, meio-dia e a tarde (PC08).

É comum o paciente suspender o tratamento medicamentoso e optar pelo uso de medicamentos naturais acreditando que são mais seguros ou menos prejudiciais à saúde.

[...] acho que é muita porcaria que a gente põe para dentro do corpo, então no começo eu quis tentar abaixar ela sem esse remédio, só com o remédio natural que eu faço, e ele é bom pra danar (PC14).

O paciente tende a abandonar o tratamento quando constata melhora nos resultados dos exames laboratoriais, considerando que já está curado. [...] começou a utilizar o medicamento para colesterol, aí faz o exame e vê que melhorou, [...] eles começam a abandonar a medicação (PF01).

Quanto à prática de atividade física, inúmeros fatores contribuem para a falta de adesão: limitações físicas, preguiça e falta de vontade. Da mesma forma ocorre em relação à ingesta alimentar, pois alega não encontrar o apoio necessário dos familiares e dificuldade em mudar o hábito de ingerir grande quantidade de alimentos.

[...] (risos) você sabe como é né, bate aquela preguiça né, para fazer caminhada tem que estar com vontade (P03). [...] quando eu fazia caminhada me sentia bem, depois parei porque comecei a não enxergar (PC08). [...] ai que está o problema, lá em casa é difícil, minha mulher faz janta para todo mundo e eu acho que eles ficam um mês sem beber água se tiver refrigerante (PC04). [...] para mim é sofrido, porque gosto de fazer prato de pedreiro, quando abuso, tomo dois remédios do colesterol, não sei se ajuda, mas atrapalhar não vai né? (PC12).

### **Categoria 4 – “Compreendendo que possui Síndrome Metabólica” e suas subcategorias**

Quando a pessoa com SM reconhece a presença da doença, de suas complicações e dos fatores prejudiciais à saúde, acaba compreendendo que, caso não implemente as ações, pode correr sérios riscos. Assim, ela consegue se motivar para seguir as recomendações médicas e adotar um estilo de vida saudável.

[...] só sei que eu tenho pressão alta e colesterol, tomo remédio, e se por um acaso entupir uma veia é perigoso me matar [...] a gente ouve falar que a pressão desregulada causa essas coisas, AVC, aí tento me cuidar para isso não acontecer comigo [...] eu tomo meus remédios certinho, tento caminhar todo dia [...] como bastante fruta [...] (PC06).

Identifica-se também que os participantes valorizam a adesão ao tratamento medicamentoso considerando que seu uso faz bem à saúde. Diante das dificuldades físicas e de disponibilidade de acesso a alguns medicamentos, eles desenvolvem estratégias para garantir a continuidade do tratamento, sendo que algumas vezes é necessário o retorno aos serviços de saúde para adequação, no caso de efeitos colaterais.



[...] *por causa do problema de vista, o que eu não consigo enxergar as meninas olham para mim, me ajudam, tomo todo dia, não falho um dia, sempre no horário certo (PC08). [...] em relação a efeito adverso eles buscam para uma adaptação para uma troca quanto se sentem mal com a medicação, mas eles usam, medicação sim (PS02).*

### **Categoria 5 – “Recebendo Orientações”**

Os participantes também afirmam que os serviços de saúde proveram informações de forma significativa, tanto individualmente como em grupo, incentivando-os a realizar mudanças nos hábitos de vida, incluindo uma alimentação balanceada, prática de atividade física e uso dos medicamentos.

[...] *eles falam para gente ter uma alimentação bem regular, não comer massa [...] me mandou fazer regime e caminhada eu faço, eu nunca esqueço das conversas que eles tiveram comigo [...] foram algumas atividades em grupo e algumas individuais, mas sempre sobre alimentação e exercício (PC 13).*

### **Categoria 6 – “Contando com apoio”**

Em busca de apoio para enfrentar os desafios de conviver com uma doença crônica, as pessoas se apoiam na religiosidade e na ajuda de familiares.

Por meio da religiosidade, os indivíduos conseguem lidar com o estresse e a ansiedade associados às doenças crônicas, o que pode melhorar o bem-estar geral visando à saúde para cuidar de si e da família. O apoio dos familiares através do acompanhamento em consultas/exames e no lazer foi considerado incentivo à adesão a hábitos de vida saudáveis e ao tratamento.

[...] *ah, eu tenho bastante problema, pressão alta, colesterol e diabetes, mas com a fé de Deus a gente vence. Faço minha parte tomando os remédios e controlando a boca, mas o que for pra ser vai ser (PC 08). [...] minha esposa que cuida da alimentação, ela cozinhava com banha de porco, mas com esses problemas aqui não pode usar isso e aquilo, então ela me ajuda (PC 13).*

### **Modelo Teórico – “Vivência das pessoas com SM em relação ao cuidado com a saúde”**

As vivências caracterizam-se como um processo dualista que perpassa tanto pelo descuidado com os inúmeros fatores de risco quanto pelo cuidado, o que permitiu chegar ao fenômeno central denominado de “(Des) Cuidando da saúde”. O descuidado com a saúde foi assim interpretado: em virtude da ausência de sintomas e pela capacidade de viverem sem restrições, pessoas com SM não consideram esta condição como doença.

Elas afirmam que possuem dificuldades em aderir aos cuidados necessários por desacreditar de sua eficácia, considerando adequados os hábitos de vida que possuem, nos quais não há restrições alimentares, nem necessidade de atividades física e uso de medicamentos.

A falta de acesso aos serviços de saúde revelou-se como um entrave, pois os participantes relataram dificuldades para agendar consultas/exames laboratoriais e obter os medicamentos. Para eles, os profissionais não se mostram atenciosos durante o acompanhamento e não consideram suas particularidades diante das orientações prescritas. A polifarmácia foi interpretada como uma condição revestida de complexidade devido aos efeitos colaterais e da crença de que o uso de múltiplos medicamentos não é necessário e faz mal. Como consequência, não aderem à prática regular de atividade física e apresentam dificuldade em seguir uma dieta.

No movimento de ação/interação, é possível registrar que as pessoas com SM utilizam as orientações como um disparador para mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento medicamentoso, são impulsionadas pela aceitação da doença e suas complicações, compartilhando responsabilidades na criação e implementação de seu plano de cuidados.

Constata-se também que o serviço de saúde tem potencial para fornecer informações significativas, e que a religiosidade e o suporte de familiares são primordiais para garantir as mudanças no estilo de vida.

## DISCUSSÃO

Os dados de caracterização dos participantes – idade avançada, sexo feminino, obesidade, baixo poder aquisitivo e menor nível de escolaridade – assemelham-se aos encontrados em outras pesquisas. Estudos apontam que brasileiros com mais de 60 anos têm prevalência de SM mais elevada<sup>2,13</sup>, principalmente entre mulheres, por causa da diminuição de estrogênio na menopausa, além da maior propensão a desenvolver SM em resposta ao estresse e a fatores socioeconômicos<sup>14</sup>.

A obesidade também tem um impacto significativo na saúde pública, já que a adiposidade visceral pode desencadear diversas alterações metabólicas que aumentam o risco de se desenvolver HAS, DLP, DCV e DM2, os principais componentes da SM<sup>15</sup>. Referindo-se ao estado conjugal, viver com o companheiro pode contribuir para adesão do tratamento, compartilhamento de responsabilidades e estilos de vida mais saudáveis<sup>16</sup>.

Em relação às condições socioeconômicas, resultados de diferentes estudos são consistentes ao demonstrar maiores prevalências de SM entre pessoas com menor renda, menor nível educacional e pior ocupação, estando relacionada, principalmente, à baixa adesão às orientações de saúde devido a dificuldades financeiras para adquirir alimentos saudáveis ou pagar por atividades físicas, programas de saúde e medicamentos quando estes não estão disponíveis na rede pública<sup>15,17</sup>.

Na interpretação das vivências de pessoas com SM, é possível identificar que elas não reconhecem sua condição de saúde atual como doença, pois se trata de uma doença silenciosa, apresentando sintomas nos estágios mais avançados. Outra possibilidade pode ser a comunicação durante o acompanhamento nos serviços de saúde, sendo que, ao receber informação de forma não significativa ou compreensiva, passam a acreditar/compreender que não são doentes<sup>18</sup>.

Na perspectiva do interacionismo simbólico, a forma com que a pessoa age diante do mundo representa a materialidade do produto do conhecimento humano que emerge da capacidade comunicativa estabelecida por meio das interações entre as pessoas, nas quais partilham as experiências. Assim, perante a confirmação do diagnóstico e a orientação de que esta doença não tem cura e que pode levar a agravos à saúde, caso não seja controlada, demandando mudança drástica no estilo de vida, não se pode esperar que esta mudança ocorra de imediato, contando apenas com orientações rápidas, pois é na experiência que as pessoas se constituem como seres sociais<sup>18,19,20</sup>.

Fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, políticos, idade, sexo e genética podem influenciar nos hábitos, tanto de forma individual quanto coletiva, formando um estilo de vida particular a partir das relações sociais que integram as condições de vida, pressão dos familiares e da sociedade, que direcionam a percepção dos indivíduos no seu modo de viver. Depreende-se, assim, a existência de fatores subjetivos e intersubjetivos que permeiam as relações sociais por meio da interação, tendo como mediação a linguagem/comunicação<sup>20-21</sup>.

Em relação às experiências de vida, eventos traumáticos, problemas de saúde ou mudanças significativas na vida pessoal ou profissional podem influenciar na escolha das ações, por isso é importante que a equipe de saúde tenha uma visão ampliada e compreenda que o estilo de vida do indivíduo interfere bem mais do que apenas escolhas individuais, pois há influência do contexto em que eles estão inseridos, cabendo aos profissionais compreender a realidade de cada um a fim de estabelecer um plano de cuidados adequado às características individuais<sup>22</sup>.

Portanto, ao considerar que a ação humana é pautada nos significados oferecidos, depreende-se que diante da pessoa com SM é preciso ressignificar o modo de vida, com vistas a promover

mudanças nos hábitos, uma vez que os significados são modificados por meio de um processo interpretativo das relações com novos elementos<sup>11</sup>.

A inclusão de abordagens pedagógicas na prática profissional de saúde tem como objetivo ensinar práticas de cuidado, baseadas nos relatos diários de problemas, experiências e atitudes da pessoa e/ou seus familiares. Por meio dessa troca de conhecimento, é possível estabelecer um forte vínculo entre a equipe e a pessoa/família, além de promover uma mudança nas práticas cotidianas voltadas para a promoção da saúde, contribuindo para o aumento da qualidade de vida e o desenvolvimento de uma comunidade mais saudável<sup>23</sup>. Desta forma, se estabelecem influências recíprocas sobre as ações dos usuários e profissionais da saúde, com possibilidades de novas significações no processo de cuidado em saúde.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde favorece o abandono do tratamento devido à falta de informações claras sobre os problemas de saúde, culminando no agravamento do estado geral e descompensação da doença, já que a monitorização e a avaliação frequente da SM são fundamentais para seu controle e prevenção<sup>12,24</sup>.

A gestão cotidiana da SM reveste-se de grande complexidade, pois as pessoas acometidas precisam lidar com a administração de múltiplos medicamentos e podem enfrentar efeitos indesejados. Esses efeitos podem levar à interrupção do tratamento em indivíduos que não têm acesso ou vínculo com a equipe<sup>25-26</sup>. Além disso, nem sempre os pacientes têm informações claras sobre o tratamento recomendado, o que inclui alimentação, atividade física e estresse, e não compreendem que as mudanças são importantes para a saúde<sup>1,12</sup>.

A partir do movimento de ação/interação, identifica-se que, diante dos desafios encontrados na adesão ao tratamento/mudanças do estilo de vida, existem aqueles que utilizam as orientações como um disparador, aderindo a hábitos saudáveis, além da utilização de medicamentos que ajudem a controlar os sintomas e a prevenir agravos, colimando na sensação de controle sobre a própria vida.

Para seguir o tratamento corretamente, os participantes deste estudo contam com o apoio da fé, por ser considerada uma forma de lidar com situações de dificuldade. A relação entre fé e saúde é reconhecida pelo efeito positivo na saúde mental e física das pessoas, podendo estar associada a uma maior resiliência psicológica e a uma menor incidência de depressão e ansiedade, já que há o desejo de melhora da saúde associada a planos e projetos novos e à necessidade de finalizar aqueles que foram iniciados<sup>27</sup>.

Incluir a família neste processo também representa uma condição importante, pois propicia, além do apoio emocional, a organização das medicações, incentivo à prática de atividade física, promoção de uma alimentação saudável e a criação de um ambiente favorável para o autocuidado<sup>28</sup>.

A família pode ajudar na identificação de possíveis sinais de agravos à saúde e buscar/acompanhar o atendimento médico quando necessário. As pessoas com SM desejam se manter saudáveis pela necessidade de cuidarem da família ou o receio de se tornarem dependentes, necessitando de um cuidador<sup>28</sup>.

A pesquisa também mostrou que, ao tomar consciência do problema de saúde e suas possíveis complicações, os cuidados são seguidos corretamente, pois há diferença significativa na qualidade de vida entre as pessoas que aderem ao tratamento medicamentoso em comparação com aquelas que não o fazem<sup>29</sup>. Assim, depreende-se que quando há interação, utilizam-se símbolos, direciona-se o *self*, ocorre engajamento em ações mentais, tomada e decisão e mudança de direção.

Por fim, mesmo que o estudo tenha possibilitado desvelar aspectos importantes dos cuidados em saúde da pessoa com SM, encontraram-se algumas limitações que dificultaram o aprofundamento nos relatos dos participantes, visto que eles tendem a fornecer respostas breves e focadas naquilo que reconhecem como correto nos cuidados da SM.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo permitiu interpretar as vivências de pessoas com SM em relação ao cuidado com a saúde, sendo evidenciado o fenômeno dualista “(Des)cuidando da saúde”, mostrando que as vivências perante a doença se apresentam revestidas de ambiguidades que perpassam tanto pelo cuidado como pelo descuidado com a saúde, de acordo com as interações que ocorrem consigo próprio e com os outros.

A pesquisa evidenciou que as pessoas com SM desconsideram seus problemas de saúde devido à ausência de limitações para desempenhar suas funções e que eles encontram dificuldades em seguir as orientações, desacreditando a necessidade de tais cuidados. Há também as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e uso da polifarmácia, implicando em falta de adesão ao tratamento.

Contudo, constatou-se que, dependendo das interações estabelecidas com a equipe de saúde e familiares, as pessoas incorporam os cuidados necessários para tratamento e prevenção.

Compreende-se que as vivências em relação ao cuidado com a saúde perpassam pelas esferas biológica, psicológica, social e espiritual, exigindo grande empenho dos envolvidos.

Ressalta-se que a comunicação e o vínculo entre usuários, família e equipe são as principais ferramentas para adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida.

Sendo assim, é de vital importância que os profissionais de saúde invistam na individualização do cuidado, a partir das reais necessidades de saúde das pessoas.

Além disso, conclui-se que avanços nas pesquisas são necessários visando ao aprofundamento sobre a compreensão dos fatores que influenciam no descuidado à saúde, bem como sobre as possibilidades de intervenção, especialmente voltadas para a prevenção da SM.

## REFERÊNCIAS

1. Santana AIC, Mercedes MC, D'Oliveira JA. Associação entre síndrome metabólica e categoria profissional: Estudo transversal com profissionais de Enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Jul 10];30:e3579. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5758.3579>
2. Oliveira LVA, Santos BNS, Machado ÍE, Malta DC, Velasquez-Melendez G, Felisbino-Mendes MS. Prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Ago 10];25:4269-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31202020>
3. Malta DC, Gomes CS, Silva AG, Cardoso LSM, Barros MBA, Lima MG, et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Out 18];26(7):2833-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00602021>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021–2030 [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2021 [acesso 2021 Out 22]. 120 p. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view)
5. Rocha VCLG, Pereira DS, Brito GEG, Pereira MJ, Silva SLA. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: Estudo transversal. *Rev APS* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Out 18];24(2):238-55. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>

6. Rodrigues ALM, Gotardelo MPS, Pontes-Silva A, Quaresma FRP, Maciel ES. Variáveis clínicas consideradas fatores de risco para a síndrome metabólica: Um estudo transversal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Out 18];26:e20210321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0321pt>
7. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 10];24(4):1369-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
8. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. California, CA(US): SAGE; 2015.
9. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Out 18];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
10. Magalhães ALP, Lanzani GMM, Joerich C, Cunha KS, Kahl C, Meirelles BHS. Perspectiva Straussiana da teoria fundamentada nos dados. In: Lacerda MR, Santos JLG, editors. *Teoria fundamentada nos dados: Bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2019. p. 59-78.
11. Charon JM. *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. 8th ed. New Jersey, NJ(US): Prentice-Hall; 2004.
12. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2005 [acesso 2021 Ago 10];84 Suppl 1:3-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000700001>
13. Mussi RFF, Petróski EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Abr 24];24(7):2481-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.13982017>
14. Shen C, Zhou Z, Lai S, Tao X, Zhao D, Dong W, et al. Urban-rural-specific trend in prevalence of general and central obesity, and association with hypertension in Chinese adults, aged 18-65 years. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Abr 24];19(1):661-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7018-4>
15. Silva LES, Oliveira MM, Stopa SR, Gouvea ECDP, Ferreira KRD, Santos RO, et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006–2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Abr 24];30(1):e2020294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100008>
16. Tavares DS, Gomes NC, Rodriguês LR, Tavares DMS. Profile of elderly persons with metabolic syndrome and factors associated with possible drug interactions. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Abr 24];21(2):164-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170154>
17. Oliveira JH, Souza MR, Morais Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: Estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Abr 24];29(5):e2020121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>
18. Simões CF, Ferraz AR, Oliveira MB, Prates ACL, Lemos GRS, Porto EF. Fatores influenciadores da não adesão ao tratamento em pacientes diagnosticados com hipertensão. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 31];11(17):e248111739027. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39027>
19. Sousa FCA, Luz KV, Lago EC, Silva WC, Silva FL, Monteiro AL, et al. Hipertensão arterial sistêmica: Qualidade de vida e promoção da saúde aos usuários do SUS. *Rev Bras Obes Nutr Emagrecimento* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 2];15(98):1169-76. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1464>

20. Fernandes FF, Barichello EMR. Contribuições do Interacionismo Simbólico para pensar a comunicação nas organizações: Macro e micro-possibilidades. *Comunicologia* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jul 2];14(2):115-34. Disponível em: <https://doi.org/10.31501/comunicologia.v14i2.12487>
21. Madeira FB, Figueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: Algumas aproximações. *Saúde Soc* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 5];27(1):106-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170520>
22. Vignoto SFF, Freitas HMR, Schumacher B. Percepções dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise com relação às mudanças dos hábitos de vida. *Redes-Rev Inter IELUSC* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 31];1(3):157-68. Disponível em: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/97>
23. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás Candido Santiago* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Nov 10];6(3):e6000012. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012>
24. Ferreira J. Doenças crônicas não transmissíveis e os dilemas do cuidado: A teoria da ordem negociada revisitada. *Saude Soci* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Abr 4];29(4):e190149. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190149>
25. Santos JVN, Bispo PHS, Lima GF, Alcantara BF, Silva DJ. Desafios do profissional de enfermagem no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. *Rev Universo* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 31];1(5):8791. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path%5B%5D=8791>
26. Pereira IS, Santos MA, Sousa MT, Fonseca HAT, Pereira ML, Virgens CMB, et al. Avaliação da não adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população de Salvador-BA. *Braz J Develop* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 31];7(1):153-74. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-013>
27. Oliveira-Cardoso EA, Freitas IS, Santos JHC, Oliveira WA, Garcia JT, Santos MA. Doença crônica e religiosidade/espiritualidade durante os estágios iniciais da pandemia de COVID-19. *Estud Psicol* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Abr 4];39:e200230. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239E200230>
28. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com hipertensão arterial. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Abr 8];43(121):489-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>
29. Boell JEW, Silva DMGVD, Guanilo MEE, Hegadoren K, Meirelles BHS, Suplici SR. Resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Abr 9];29:e20180105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0105>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Síndrome Metabólica: vivências em relação ao cuidado com a saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde – Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina de Marília, em 2023.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM.

Coleta de dados: Lopes LSN.

Análise e interpretação dos dados: Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM, Pio DAM, Nardo LRO.

Discussão dos resultados: Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM, Pio DAM, Nardo LRO.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM, Pio DAM, Nardo LRO.

Revisão e aprovação final da versão final: Lopes LSN, Marin MJS, Gimenez FVM, Pio DAM, Nardo LRO.

### FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília-Famema parecer n. 5.186.324). CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 54324921.8.0000.5413.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não conflito de interesses.

### EDITORES

Editores Associados: Luciana Fabiane Sebold, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 18 de agosto de 2023.

Aprovado: 18 de dezembro de 2023.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Lucas Silveira Navarro Lopes.

luucaslopes@live.com

