

# REDE DE APOIO E SUSTENTAÇÃO DE PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

SUPPORT NETWORK AND SUSTENANCE OF PATIENTS WITH THE METABOLIC SYNDROME

RED DE APOYO Y SUSTENTO DE LOS PACIENTES CON EL SÍNDROME METABÓLICO

Andriara Canêz Cardoso<sup>1</sup>

Fernanda Demutti Pimpão Martins<sup>1</sup>

Matheus Souza Silva<sup>1</sup>

Paula Pereira de Figueiredo<sup>1</sup>

Wagner Pinto de Pinto<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1590-7057>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6821-641X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8159-0687>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1875-7357>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5140-6970>)

## Descritores

Apoio social; Síndrome metabólica;  
Doença crônica; Assistência à  
saúde

## Descriptors

Social support; Metabolic  
syndrome; Chronic disease; Delivery  
of health care

## Descriptores

Apoio social; Síndrome metabólico;  
Enfermedad crónica; Prestación de  
atención de salud

## Recibido

29 de Maio de 2020

## Aceito

17 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

manuscrito extraído da monografia  
de conclusão de residência,  
intitulada "Rede de apoio e  
sustentação de pacientes com  
síndrome metabólica", 2020,  
programa de Residência Integrada  
Multiprofissional Hospitalar  
com ênfase na Atenção à Saúde  
Cardiometabólica do Adulto  
- RIMHAS, apresentada na  
Universidade Federal do Rio Grande.

## Autor correspondente

Andriara Canêz Cardoso

E-mail: [andriaraccardoso@gmail.com](mailto:andriaraccardoso@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo conhecer a rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica, atendidos no ambulatório especializado de um hospital universitário no extremo sul do Brasil.

**Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com 33 pacientes com síndrome metabólica, mediante entrevista individual semiestruturada, no primeiro semestre de 2019. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo.

**Resultados:** A maioria dos participantes tinha idade entre 50 e 74 anos, era do sexo feminino, cor branca. Foram identificadas três categorias: I - Rede de apoio e sustentação no dia-a-dia: as pessoas que ajudam sempre de maneira mais próxima, formada pela família, vizinhos e profissionais de saúde que os acompanham; II - Rede de apoio e sustentação diante de intercorrências de saúde: estratégias e fluxo que os pacientes buscam ao enfrentar as intercorrências; e III - Rede de apoio e sustentação para acompanhamento no ambulatório especializado: relações e fluxo do serviço.

**Conclusão:** A rede de apoio e sustentação demonstrou ser essencial para a manutenção e continuidade do tratamento. Contudo, é necessário maior esclarecimento dos pacientes quanto ao funcionamento dos serviços, desde a atenção básica ao atendimento especializado.

## ABSTRACT

**Objective:** This research aims to know the support network and sustenance of patients with the metabolic syndrome seen in the specialized outpatient clinic of a Hospital university in the south of Brazil.

**Methods:** It is a qualitative, descriptive, and exploratory research, realized in 33 patients with metabolic syndrome, through - individual and semi-structured interviews in the first semester of 2019. The data were analyzed through the Thematic Analysis of Content.

**Results:** The majority of the participants were about 50 and 74 years old, female, white color. In the research three categories were identified: I - Support network and sustenance on daily basis: people who always help in a closer way, formed by family, neighbors, and healthcare professionals who accompany them. II - Support network and sustenance in the face of health complications: strategies and flow that the patients seek to find when facing some complications, and III - Support network and sustenance to attendance in the specialized outpatient clinic: service relations and flow.

**Conclusion:** The support network and sustenance has proved to be essential to the maintenance and continuity of the treatment. However, it is necessary a further clarification of the patients in relation of the functioning of the services, since basic attention to the specialized care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Este estudio tenía como objetivo conocer la red de apoyo de los pacientes con síndrome metabólico tratados en la clínica ambulatoria especializada de un hospital universitario en el extremo sur del Brasil.

**Métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con 33 pacientes con síndrome metabólico, mediante entrevista individual semiestruturada en el primer semestre de 2019. Los datos fueron analizados a través del Análisis de Contenido Temático.

**Resultados:** La mayoría de los participantes tenían entre 50 y 74 años, eran mujeres, blancas. Se identificaron tres categorías: I - Red de apoyo y soporte en la vida cotidiana: personas que ayudan siempre de forma más cercana, formadas por familiares, vecinos y profesionales de la salud que les acompañan; II - Red de apoyo y soporte ante las intercorrencias sanitarias: estrategias y flujo que buscan los pacientes ante las intercorrencias; y III - Red de apoyo y soporte para el seguimiento en la consulta externa especializada: relaciones y flujo del servicio.

**Conclusión:** La red de apoyo y respaldo ha demostrado ser esencial para el mantenimiento y la continuidad del tratamiento. Sin embargo, es necesario aclarar a los pacientes sobre el funcionamiento de los servicios, desde la atención básica hasta la atención especializada.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

## Como citar:

Cardoso AC, Martins FD, Silva MS, Figueiredo PP, Pinto WP. Rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica. *Enferm Foco*. 2021;12(2):262-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3926

## INTRODUÇÃO

Evidências sugerem elevada prevalência de Síndrome Metabólica (SM) na população adulta e idosa no Brasil. Isso suscita a necessidade de fortalecimento de políticas públicas de promoção de saúde, a fim de favorecer a adoção de comportamentos saudáveis.<sup>(1)</sup> Segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes,<sup>(2)</sup> a SM representa um grupo de fatores de risco cardiometabólicos que “incluem obesidade central combinada com elevação da pressão arterial, glicemia de jejum e triglicerídeos, além de redução da lipoproteína de alta densidade (HDL)”. Essa definição enfatiza o fato de que não é necessário ter hipertensão ou diabetes como critérios de síndrome metabólica, mas apenas elevação da pressão arterial e aumento da glicemia (acima de 100 mg/dl).

Um importante fator de risco para a síndrome é o excesso de peso, que é diagnosticado quando o índice de massa corporal (IMC) alcança valor igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup>, enquanto a obesidade é diagnosticada com valor de IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Estudo realizado nas 27 capitais do Brasil estima que a frequência de excesso de peso é de 54,0%, sendo maior entre os homens (57,3%). Quanto à faixa etária, a frequência da obesidade foi menor nos adultos com até 34 anos de idade, e quanto à escolaridade, a frequência de obesidade diminui de forma acentuada com o aumento da escolaridade, principalmente entre as mulheres. Outro fator de risco importante é o hábito alimentar inadequado, sendo a frequência de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças de 34,6%, menor em homens (27,8%) do que em mulheres (40,4%).<sup>(3)</sup>

Observando a importância desses fatores de risco e a morbimortalidade causada por eles,<sup>(4)</sup> o manejo e acompanhamento dos pacientes portadores da SM precisa ser planejado individual e integralmente, abordando aspectos biopsicossociais, cujo tratamento multiprofissional é fundamental.

Nessa rede de cuidados multiprofissionais se inserem, além dos profissionais, núcleos de apoio como a família, amigos e comunidade; considerados fundamentais para a sustentação do paciente com SM. A família é o cerne do cuidado ao paciente, independente das diferenças culturais e da forma de aceitar/viver com a doença. Percebe-se que a família se mobiliza para vivenciar este momento, enfrentar os problemas que se relacionam diretamente com a dinâmica familiar e, a partir disso, são criadas estratégias para conviver com a doença e aceitar as perdas decorrentes.<sup>(5,6)</sup>

Portanto, tendo em vista a importância do suporte a esses pacientes, observada no curso de especialização *lato sensu*, na modalidade residência, surgiu a ideia desse estudo, que tem como objetivo conhecer a rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica,

atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário no extremo sul do Brasil.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada em um ambulatório especializado, situado em um hospital universitário no extremo sul do Brasil. Neste ambulatório são atendidos pacientes diabéticos e/ou com outras comorbidades (hipertensão, nefropatia ou cardiopatia), encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou após alta hospitalar, até estarem aptos para acompanhamento apenas na Unidade Básica de Saúde (UBS). O atendimento multiprofissional é realizado por profissionais de saúde (cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas, oftalmologistas, nutricionistas, psiquiatras, médicos clínicos, educadores físicos, psicólogas), enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), residentes (medicina, educação física, psicologia e enfermagem) e estudantes de graduação em medicina.

A pesquisa foi realizada com 32 pacientes que estavam em acompanhamento ambulatorial e preenchiam os critérios de inclusão: adultos maiores de 18 anos; com SM há pelo menos 1 ano; com condições de falar e capacidade de se expressar. Foram excluídos pacientes com distúrbio visual, auditivo e/ou comprometimento cognitivo grave, atestado por médico.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista gravada em áudio, em um consultório reservado, localizado no ambulatório do hospital, agendada previamente, conforme disponibilidade de cada participante. A seleção foi intencional e voluntária, durante atendimento de rotina. A entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado, contemplando o perfil sociodemográfico, a estrutura das redes de apoio e sustentação, tipo de vínculo com o serviço e a organização dessas redes. Para encerramento da coleta de dados foi utilizado o critério de saturação dos dados, sendo entrevistados pacientes até que os dados se tornassem repetitivos.<sup>(7)</sup> O período de coleta de dados foi entre 25 de junho a 26 de setembro de 2019.

Após a coleta, os dados foram transcritos e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo de Bardin,<sup>(8)</sup> a qual pressupõe uma leitura aprofundada do material coletado, com foco em um tema e, através desta, pode-se compreender nos discursos, a complexidade e representatividade. Em seguida, os dados foram agrupados em categorias, de acordo com as semelhanças e diferenças das falas dos participantes e assim discutidos à luz do referencial existente acerca da rede de apoio e sustentação.<sup>(9,10)</sup>

Foram respeitados os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, previstos na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS), da instituição sede da pesquisa, sob o nº131/2019. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato dos participantes eles foram identificados pela letra "E" de entrevistado, seguido do número sequencial de realização da entrevista. CAAE: 13670419.0.0000.5324.

## RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica, clínica e as variáveis referentes ao histórico de uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas estão descritas na tabela 1. Constatou-se que todos os participantes residem no município de Rio Grande/RS. A maioria (28) utiliza, às vezes, os serviços nas unidades básicas de saúde com as seguintes finalidades: pegar insulina, fita e/ou medicação; realizar vacinação; participar de grupo HiperDia; verificar Pressão Arterial (PA) e Glicemia Capilar (HGT); consultar com clínico geral; renovar prescrições médicas e participar de grupos de atividade física. Parte dos participantes (21) precisaram recorrer, em algum momento, aos hospitais da cidade por motivos variados, desde problemas agudos a complicações que precisaram de intervenção cirúrgica.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica, clínica, histórico de uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas dos pacientes com Síndrome Metabólica, atendidos em um ambulatório especializado de um hospital universitário

| Variáveis                 | n(%)      |
|---------------------------|-----------|
| <b>Sexo</b>               |           |
| Feminino                  | 26(81,25) |
| Masculino                 | 6(18,75)  |
| <b>Idade</b>              |           |
| 30 a 39                   | 1(3,12)   |
| 40 a 49                   | 3(9,37)   |
| 50 a 59                   | 9(28,12)  |
| 60 a 69                   | 16(50,0)  |
| 70 a 74                   | 3(9,37)   |
| <b>Cor autorreferida</b>  |           |
| Branca                    | 23(71,87) |
| Negra                     | 5(15,62)  |
| Outras                    | 4(12,5)   |
| <b>Estado civil</b>       |           |
| Casado (a) /União Estável | 15(46,87) |
| Solteiro (a)              | 7(21,87)  |
| Divorciado (a)            | 6(18,75)  |
| Viúvo (a)                 | 4(12,5)   |
| <b>Escolaridade</b>       |           |
| Fund. incompleto          | 18(56,25) |
| Fund. completo            | 3(9,37)   |
| Méd. incompleto           | 2(6,25)   |
| Méd. completo             | 8(25,0)   |
| Sup. completo             | 1(3,12)   |

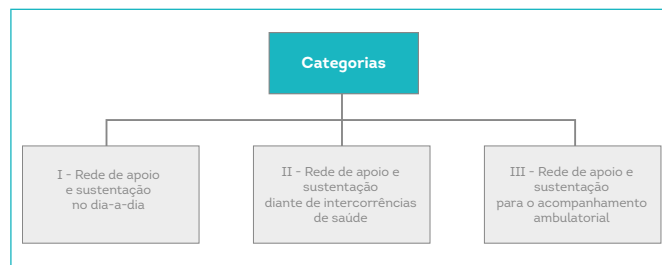
Continua...

Continuação.

| Variáveis   | n(%)      |
|---|-----------|
| <b>Ocupação</b>   |           |
| Do lar  | 12(37,5)  |
| Aposentado (a)  | 11(34,37) |
| Outros  | 9(28,12)  |
| <b>Renda Familiar*</b>                                    |           |
| Até 1 salário mínimo                                      | 17(53,12) |
| 2 a 3 salários mínimos                                    | 12(37,5)  |
| Acima de 4 salários mínimos                               | 2(6,25)   |
| Sem renda nenhuma   | 1(3,12)   |
| <b>Número de pessoas que residem com os participantes</b> |           |
| Nenhuma   | 7(21,85)  |
| 1   | 12(37,5)  |
| 2   | 6(18,75)  |
| 3 ou mais   | 7(21,87)  |
| <b>Dependentes da renda</b>                               |           |
| Nenhuma   | 1(3,12)   |
| 1   | 13(40,62) |
| 2   | 9(28,12)  |
| 3 ou mais   | 9(28,12)  |
| <b>Comorbidades</b>                                       |           |
| Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2                           | 22(68,75) |
| Hipertensão arterial                                      | 20(62,5)  |
| Dislipidemia  | 6(18,75)  |
| Depressão   | 4(12,5)   |
| Outras doenças  | 18(56,25) |
| <b>Uso de tabaco</b>                                      |           |
| Fumantes ativos   | 2(6,25)   |
| Não fumam no momento                                      | 30(93,75) |
| <b>História de uso de tabaco</b>                          |           |
| Já fumaram em algum momento                               | 15(46,87) |
| <b>Uso de álcool</b>                                      |           |
| Nenhum  | 22(68,75) |
| 1 vez por semana  | 2(6,25)   |
| 1 vez por mês   | 7(21,87)  |
| 1 vez a cada alguns meses                                 | 1(3,12)   |
| <b>Uso de substâncias psicoativas</b>                     |           |
| Nunca fez uso   | 32(100)   |
| <b>Tempo de acompanhamento no ambulatório</b>             |           |
| 1 a 5 anos  | 16(50,0)  |
| 6 a 10 anos   | 8(25,0)   |
| 11 a 15 anos  | 3(9,37)   |
| 16 a 20 anos  | 3(9,37)   |
| Mais que 20 anos  | 2(6,25)   |

\*Valor do salário mínimo em 2019 R\$998,00. Fonte: Decreto nº 9.661, de 1º de janeiro de 2019. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 1º de janeiro de 2019

A partir da análise das falas foram identificadas três categorias, apresentadas na figura 1.



**Figura 1.** Categorias identificadas no estudo

### I - Rede de apoio e sustentação no dia-a-dia

Os participantes relataram atividades de cuidado que necessitam ser realizadas de maneira autônoma, devido

à burocracia imposta pelo poder público, como o cadastramento da farmácia popular. Por outro lado, também se identificou a preferência por manter a independência, ainda que haja a opção de chamar algum familiar:

*[...] eu vou na farmácia e pego as medicações, porque geralmente os remédios que a gente pega é do governo. Então tem que ser a gente mesmo para pegar, não pode ser terceiros para pegar. (E10)*

*[...] eu mesma cuido dos meus remédios, quando eu preciso ir no médico eu mesma vou. Meu marido até me acompanha quando precisa [...]. (E33)*

Para conseguir cumprir as tarefas cotidianas de autocuidado, criam estratégias e rotinas para facilitar, como lembretes acerca dos medicamentos:

*[...] não, eu mesmo que me oriento. Eu aponto tudo, como eu esqueço muito, a ordem que tem que tomar, eu faço apontamentos para não esquecer [...]. (E20)*

Entretanto, alguns integrantes da família facilitam e apoiam o cuidado do paciente, sendo os cônjuges os que mais se destacaram, seguidos dos filhos (as), irmãos (as) e noras.

*[...] sim, meu marido. Ele verifica a pressão e faz o teste de açúcar, tudo que ele pode. Minha nora, minha filha... familiares. (E32)*

*[...] minha filha que compra minha medicação, eu tenho ajuda financeira dela também [...]. (E05)*

*[...] eu tenho conversado muito com o meu irmão... eu tive um apoio... me ajudou bastante. (E14)*

*[...] se eu precisar internar ou ir no médico, alguém sempre vai comigo, meu filho, meu marido, as minhas noras [...]. (E10)*

Também foram evidenciados cuidados relacionados à alimentação e ao déficit visual, realizados pela família e, em alguns casos, por funcionários contratados.

*Meu marido sabe o que eu posso comer, o que eu não posso, quando ele está na cozinha, então, ele evita algumas coisas. (E22)*

*[...] a minha neta também não deixa eu comprar coisas que eu não possa comer. (E24)*

*[...] meu sobrinho vai lá em casa ver como eu estou [...]. (E19)*

*[...] meu filho me cuida, tem a guria que trabalha na minha casa que me cuida também [...]. (E23)*

## II - Rede de apoio e sustentação diante de intercorrências de saúde

Dentre as intercorrências citadas destacam-se: pressão arterial alterada, crise de asma, pneumonia, hemorragia vaginal, acidente vascular encefálico, infarto, crise de ansiedade, hiperglicemia, dispneia e mal-estar. Durante as intercorrências, a maioria procura o pronto atendimento do hospital universitário, enquanto optam por aguardar a consulta com os profissionais do ambulatório, a fim de evitar percorrer diversos serviços de saúde.

*[...] geralmente eu venho no pronto atendimento do hospital, porque aqui eu já tenho uma pasta, então, qualquer coisa eles pegam a pasta e veem melhor que eu. (E04)*

*[...] e fico quietinha dentro de casa e espero a consulta aqui no ambulatório. (E31)*

Alguns participantes não têm interesse de acompanhamento em outros serviços; entretanto, aqueles que optam pela atenção primária, demonstram conhecer a dinâmica das redes de atenção à saúde, visualizando a UBS como porta de entrada. Planos de saúde e convênios foram pouco referidos:

*[...] eu vou no postinho, mas fora das coisas que eu faço aqui, eu não procuro médico, porque tenho acompanhamento aqui [ambulatório] [...]. (E20)*

*[...] procuro o posto, quase sempre que a gente fica doente é à noite, vamos para o Pronto Atendimento 24h, mas se caso dá para esperar até o outro dia e a gente conhece a doutora que está atendendo ali no postinho, aí ele (marido) vai para a fila e tira uma ficha para mim lá no posto de saúde [...]. (E22)*

*[...] no pronto socorro, pronto atendimento ou então no meu plano. (E27)*

Diante de intercorrências de saúde, os entrevistados também fazem uso da rede de suporte formada pelos familiares e vizinhos, acionada pelo vínculo afetivo, cumplicidade e/ou por residir próximo.

*[...] eu busco o pronto atendimento e eu chamo o meu filho. Ano passado eu me senti mal e minha vizinha me levou no posto de saúde [...]. (E29)*

*[...] É sempre essa minha filha que corre comigo para cima e para baixo [...]. Vizinhos bons também [...] se eu adoecer estão ali prontos para 'me dá a roupa que eu lavo, me dá isso que eu faço' [...]. (E05)*

*[...] eu conto com um casal de vizinhos há muitos anos, eles são uns anjos da minha vida, me levaram no posto 24hs [...]. (E11)*

Alguns procuram meios de locomoção, como motos e táxi, com o propósito de chegar até o serviço de saúde, enquanto outros optam pela automedicação.

*[...] acho um táxi... uma moto pra me levar [...]. (E02)*

*[...]procuro tomar um chá [...]. (E10)*

*[...] o meu estojo de remédios, se não funciona aí eu venho procurar ajuda num posto de saúde [...]. (E12)*

### III - Rede de apoio e sustentação para o acompanhamento ambulatorial

Entre os profissionais que fazem o acompanhamento de rotina no ambulatório, as especialidades mais mencionadas foram: cardiologia, endocrinologia, oftalmologista, serviço de reabilitação física, nefrologista, nutricionista, psiquiatra, psicóloga e dentista, sendo o acompanhamento realizado por mais de uma especialidade. Uma das vantagens para os pacientes do ambulatório é que eles conseguem ser encaminhados por outras especialidades dentro do próprio serviço, caso seja avaliada a necessidade pelo médico assistente.

*[...] é uma lista, endocrinologista, cardiologista, nutricionista, psicóloga. (E15)*

*[...] sempre aqui com a endócrino, e com a nefrologista... agora mesmo, agosto eu tenho oftalmologista, sempre com os médicos daqui, encaminhamento que a endócrino me passa [...]. (E07)*

Outras áreas como enfermagem, psicologia, reabilitação física, nutricionista e cardiologista foram citadas como atendimentos prestados, mas que não estavam sendo utilizados pelos pacientes no momento da pesquisa, visto que o atendimento é direcionado às necessidades individuais.

*[...] professor de educação física, mas não foi para ele... só para ele me dar um atestado para eu ir para academia. Porque aqui são os mais graves, que tem riscos de ter infarto, alguma coisa assim. (E09)*

Há demora para marcar o retorno, apesar de conseguirem realizar a consulta. Por vezes, há mudança no fluxo de marcação de consultas. Pacientes que passam longos períodos sem procurar atendimento sentem dificuldade até se

familiarizarem novamente. Outros descrevem com clareza o fluxo do serviço ambulatorial.

*[...] a gente vai lá embaixo e se não tem no dia, fica telefonando para ver se abriu a agenda, precisa levar o retorno do doutor. (E25)*

*[...]às vezes demora pra conseguir uma consulta, porque estão de férias, porque a agenda está fechada, mas sempre... demora um pouco, mas a gente consegue. (E12)*

*[...]teve uma vez que eu passei mais de 6 meses que eu não conseguia marcar consulta [...]. (E22)*

*[...] os médicos que decidem, de 3 em 3 meses, de 4 em 4 meses, conforme eles acham que precisa. Antigamente era aqui, agora é lá no agendamento. Marco lá, e geralmente já marco os exames que eles dão, às vezes leva um mês para marcar, depende da agenda. (E15)*

Poucos precisaram de acesso rápido ao serviço do ambulatório fora da rotina de agendamento, mas aqueles que necessitaram foram atendidos.

*[...] sim, consegui. Quando eu descobri que estava grávida eu vim falar com a cardiologista e ela me atendeu [...]. (E26)*

*[...]Jeu estava com dor nesse braço e fui levada pela enfermeira lá embaixo (Pronto Atendimento). Então eu não tenho queixa, se eu tiver com alguma coisa eu venho nas enfermeiras [...]. (E10)*

*[...] eu me acidentei, saltou uma peça dentro do olho e cortou, vim e me atenderam. Fui no pronto atendimento e depois vim aqui por minha conta, eu já consulto aqui, eles me atenderam, quase que na hora [...]. (E04)*

No tocante aos exames, são realizados no próprio hospital e, em geral, marcados para estarem prontos próximo da data da consulta. Por isso, o tempo de realização é variável, permitindo que o médico tenha acesso aos resultados de exames atualizados.

*[...] aqui mesmo, no hospital. No laboratório, todos os exames que eles [pedem] eu faço aqui no hospital, sou muito bem atendida [...]. (E20)*

*[...] O exame vai direto para a pasta da gente. (E24)*

*[...]de sangue é rápido, um mês, um mês e pouco [...]. (E13)*

*[...] cada vez que eu venho tenho que trazer exames já prontos, perto da consulta. Eles agendam para mais*



*perto, próximo, porque uma vez eles marcaram bem antes a médica ficou braba que os exames estavam muito antigos [...]. (E08)*

## DISCUSSÃO

Pessoas com doenças crônicas requerem cuidado humanizado e efetivo, que pode ser obtido por meio de apoio social. Este pode ser um instrumento transformador do processo saúde-doença e inclui o próprio indivíduo e demais membros da sociedade (familiares, amigos, vizinhos, grupos religiosos, profissionais de saúde e do serviço social, estudantes, entre outros).<sup>(11)</sup> No referente estudo, verifica-se como principais redes de apoio e de sustentação o núcleo familiar e de amigos/vizinhos; os serviços de atenção básica e o próprio ambulatório.

No que tange à família, à medida que ela pode influenciar o portador de SM a interação entre ambos se torna fundamental para ajudar no cuidado. A exemplo disso cita-se a questão alimentar do paciente, que frequentemente requer restrições e exige da família maior adaptação. No entanto, na realidade brasileira, as famílias são grandes e vivem com poucos recursos financeiros, tornando as mudanças alimentares um desafio.<sup>(6)</sup>

Para um tratamento efetivo, é fundamental estimular relacionamentos saudáveis, com pessoas que motivem o paciente a se cuidar, tendo em vista que a SM pode trazer perda de autonomia, exigindo assim respaldo e acolhimento da família na elaboração de estratégias para adaptação a uma nova situação.<sup>(6)</sup> Outros recursos que famílias e/ou redes de apoio e sustentação podem utilizar incluem a psicoeducação; os grupos de apoio; a psicoterapia; as terapias integrativas e complementares e as próprias políticas públicas de saúde. Eles poderão estimular a autonomia; trabalhar questões fundamentais ao paciente, como valores de vida e a influência da SM na execução de seus objetivos; além de estimular sua capacidade cognitiva. Tendo ainda por finalidade, empoderar e conscientizar o portador de SM sobre sua condição, bem como, de que maneira poderá agir para manter sua qualidade de vida.

O estresse avançado em portadores de doença crônica tem associação com a falta de apoio social. Por outro lado, quanto maior o apoio relacionado à interação social, mais resilientes esses pacientes se tornam.<sup>(12)</sup> Assim, pode-se entender que ter uma rede de apoio é fundamental, pois se trata de um suporte amortecedor frente a eventos estressantes, podendo influenciar positivamente o tratamento da SM.

O apoio da rede de suporte, formada por familiares e vizinhos, mostrou-se relevante nesse estudo. Por isso,

sugere-se que os profissionais de saúde estendam sua coleta de informações para as redes informais de apoio aos pacientes. É preciso que esses profissionais olhem com atenção, não só as redes familiares presentes na vida dos indivíduos, mas também, outros representantes, como instituições religiosas ou a rede de amigos e vizinhos.<sup>(13)</sup> Valorizar essas redes e vínculos pode ser uma estratégia para a assistência efetiva, capaz de melhorar a qualidade de vida, tanto no domínio físico como no psicológico.<sup>(13)</sup>

Portadores de SM podem ter maior utilização de serviços de saúde; por isso, é fundamental conhecer como acontece esse processo, visando reduzir barreiras de acesso e orientar a elaboração de políticas de saúde, no sentido de promover equidade no alcance de recursos e planejar o fluxo, a fim de que tenham referência e contra referência.<sup>(14)</sup>

No que se refere à atenção básica, manter programas específicos aos portadores de SM é uma possibilidade de alcançar acesso universal, bem como, coordenar e expandir a cobertura de cuidados para níveis mais complexos.<sup>(15)</sup> Neste contexto, as unidades básicas de saúde se mostraram uma importante porta de entrada para as necessidades de saúde dos participantes da pesquisa, principalmente, durante intercorrências. As metas de atendimento a esses pacientes visam melhorar o seu estado funcional, minimizar os sintomas e prolongar a vida com qualidade.<sup>(15)</sup>

No que se refere ao atendimento ambulatorial especializado, esse estudo constatou que o acompanhamento multiprofissional facilita o encaminhamento para outras áreas dentro do próprio serviço, quando necessário, demonstrando resolutividade.<sup>(16)</sup> Outro ponto positivo do serviço ambulatorial, destacado pelos entrevistados, refere-se a grande efetividade no agendamento de exames laboratoriais, conforme data da consulta, permitindo resultados atualizados para o profissional avaliar.

Por outro lado, foram relatadas dificuldades para usar o serviço, tais como: demora para agendamento das consultas; tempo de espera de acordo com a disponibilidade da agenda médica; mudança no fluxo de marcação de consultas, o que deixa os pacientes confusos e perdidos. Isto evidencia a importância de os mesmos conhecerem os fluxos de atendimento e a organização do processo de trabalho.

De fato, diversos fatores afetam a qualidade do serviço de saúde, desde aspectos de planejamento da gestão pública, o excesso de burocracia, a descentralização, as dificuldades financeiras, a pouca participação popular e a complexidade que envolve o trabalho multiprofissional, somados aos desafios de garantir os princípios do SUS. Para que os gestores possam enfrentar esses problemas, são fundamentais informações de natureza técnico-científica e

político-institucional, capazes de subsidiar a elaboração de programas e projetos com potencial de qualificar os serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar o estado de saúde da população.<sup>(17)</sup>

As limitações dessa pesquisa referem-se ao tipo de estudo, que por ser qualitativo, foi realizado somente com pacientes com SM de um serviço de saúde. Portanto, as redes de apoio e sustentação foram identificadas a partir da ótica desse público.

A compreensão da rede de apoio e sustentação dos pacientes com SM pode auxiliar a enfermagem a direcionar os pacientes no tratamento e na manutenção dos cuidados com a sua saúde. Espera-se que esses resultados contribuam com trabalhos futuros, visando o desenvolvimento de estratégias de cuidado aos pacientes com SM, englobando suas redes de apoio. Outros estudos podem ser feitos com as redes de apoio e sustentação identificadas, bem como, com as redes de atenção à saúde que atendem a esse público.

## CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, identificou-se que a rede de apoio e sustentação de pacientes com SM de um hospital universitário no extremo sul do Brasil é formada pela família, vizinhos e profissionais de saúde que os acompanham. O apoio e suporte vão desde cuidados, como lembrar de tomar os remédios, transporte e bem-estar, até alimentação, provenientes de familiares, amigos, vizinhos. O apoio profissional é evidenciado pela segurança que os pacientes têm na assistência e orientações fornecidas. Em alguns momentos, a fragilidade do suporte dessas redes, aliada à falta de conhecimento

sobre o processo saúde-doença por parte dos participantes, exige dos profissionais uma melhor abordagem da educação em saúde. Diante de intercorrências de saúde os pacientes costumam procurar serviços da rede básica ou o ambulatório, demonstrando conhecimento acerca da organização dos serviços de saúde, portas de entrada e fluxos de atendimento. Enquanto alguns evidenciam o serviço como resolutivo, outros identificam dificuldades referentes ao acesso, agendamento, demora de consultas e realização de exames. Por fim, conhecer as redes de apoio e sustentação de pacientes com SM permite planejar uma assistência multiprofissional com foco no empoderamento deles, visando melhorar sua qualidade de vida, evitando intercorrências de saúde e, conseqüentemente, internações hospitalares.

## Contribuições

Andriara Canêz Cardoso: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Fernanda Demutti Pimpão Martins: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Matheus Souza Silva: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Paula Pereira de Figueiredo: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Wagner Pinto de Pinto: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Ramires EK, Menezes RC, Longo-Silva G, Santos TG, Marinho PM, Silveira JA. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among Brazilian Adult Population: National Health Survey - 2013. *Arq Bras Cardiol.* 2018;110(5):455-66.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. SBD; 2017 [citado 2021 Jun 10]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2017 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017* [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2019 [citado 2021 Jun 10]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf)
4. Ferreira ME. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. *Arq Catarineses Med.* 2016;45(4):142-288.
5. Azevedo PA, Modesto CM. A (re) organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde Debate.* 2016;40(110):183-194.
6. Brotto AM, Guimarães AB. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol Hosp.* 2017;15(1):43-68.
7. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. *Rev Min Enferm.* 2014;18(2):346-55.
10. Souza IP, Bellato R, Araújo LF, Almeida KB. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(4):e1530015.
11. Guedes MB, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis.* 2017; 27(4):1185-204.

12. Malagris LE. Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus. *Rev Psicol Santiago*. 2019;28(1):56-68.
13. Faquinello P, Marcon SS. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1345-52.
14. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Araújo SS, Silva MM, Freitas MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):4s.
15. Azevedo AL, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1774-82.
16. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira FC, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2594-606.
17. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Rev Gest Saúde*. 2015;4(1):1-10.