



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

RACHEL BARRETO SOTERO DE MENEZES GOIS

**MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA EM SITUAÇÕES DE
RISCO CARDIOVASCULAR: UM OLHAR DO PACIENTE**

Aracaju

2014

RACHEL BARRETO SOTERO DE MENEZES GOIS

**MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA EM SITUAÇÕES DE
RISCO CARDIOVASCULAR:
UM OLHAR DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe, visando à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr José Augusto Soares Barreto Filho
Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo Barreto

Aracaju
2014

RACHEL BARRETO SOTERO DE MENEZES GOIS

MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA EM SITUAÇÕES DE RISCO CARDIOVASCULAR: UM OLHAR DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

1º Examinador: Profa. Dra. Deborah Mônica Machado Pimentel

2º Examinador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo Barreto

3º Examinador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho

PARECER

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

AGRADECIMENTOS

Construção de um novo saber... Dificuldades, novidades, tropeços...

A vida permitiu, e estou aqui concluindo mais esta etapa.

Agradeço a Deus acima de todas as coisas por ter me dado condições de viver cada uma dessas experiências.

Especial gratidão a todos os que me ajudaram a me manter ativa neste processo...

Meu querido esposo, Flávio Jansen, incansável na luta diária, companheiro cuidadoso, sempre me encorajando em minhas capacidades.

Meu filho, Francisco, fonte de inspiração e amor, responsável pela força renovada a cada dia.

Meu pai, Raimundo Sotero, compreensão e carinho: me ensinou que o amor ao trabalho é fonte inesgotável de realização e de felicidade.

Minha mãe, Martha, amor incondicional, ajuda de todas as horas e situações, que me incentivou ao estudo desde as primeiras letrinhas.

Meu orientador, José Augusto, guia no conhecimento que me aproximou da ciência, trazendo muitas possibilidades para o caminho da aprendizagem.

Meu coorientador, Ricardo, dedicado em seus conselhos e orientações, abriu portas no caminho deste processo de construção de saber.

Minhas amigas Ana Carla, Ana Waleska e Jussielly pelo apoio e companheirismo nas dúvidas e dificuldades.

A Claire Pezzi, Valéria, Tia Nívia, Déborah Pimentel, Lyvia Santos, Stella Santana, sem as quais não teria conseguido concluir este processo.

Minhas colaboradoras Cristina, Catuscia e Aliete, que cuidaram do meu bebê para que eu pudesse concluir este projeto com culpa materna abrandada pela certeza de que ele estava em boas mãos.

A todas as pessoas do Berçário e Hotelzinho Nosso Ninho, que me compreenderam na ausência, especialmente Isabela e Manuela, minhas sócias em mais este projeto de vida.

Aos pacientes que se prontificaram a dedicar parte do seu tempo para colaborar com esta pesquisa. Imensa gratidão!

*“Mudar de opinião e seguir quem te corrige
é também o comportamento do homem livre”.*

Marco Aurélio

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares continuam sendo a maior causa de morbimortalidade em todo o mundo. Uma das intervenções mais recomendadas para redução de risco cardiovascular é a mudança de estilo de vida, mas que na prática apresenta baixa adesão. Apesar dos obstáculos para adoção de um estilo de vida saudável, alguns sujeitos se sentem motivados e conquistam esse objetivo.

Objetivo: Conhecer motivações de um grupo de pacientes com fatores de risco cardiovascular, em acompanhamento médico ambulatorial, que adotaram um estilo de vida saudável do ponto de vista cardiovascular.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa exploratória e qualitativa, utilizando-se informações dos prontuários dos sujeitos e entrevista semiestruturada, realizada com pacientes em atendimento clínico ambulatorial, na cidade de Aracaju/SE, com amostra constituída por doze participantes. Pacientes portadores de doenças coronarianas ou acidente vascular cerebral, submetidos a cirurgias bariátricas e usuários de medicamentos para redução de peso corporal foram excluídos. Foi realizada análise temática das falas dos participantes.

Resultados e Discussão: As informações dos prontuários deram origem a tabelas com informações do perfil do sujeito e indicadores dos fatores de risco. As respostas às entrevistas foram separadas em dois grupos. O primeiro foi composto por temas relacionados ao sujeito, originou sete categorias, a saber: concepção sobre a vida, medo das perdas e da morte, pensamento religioso, influência das relações interpessoais, preocupação com a genética, ganhos e mudança. O segundo foi composto por temas ligados à relação com o profissional de saúde, originou a categoria encontro médico paciente. Houve discussão dos resultados com base na literatura especializada.

Conclusões: Percebe-se que as motivações para mudança de estilo de vida foram referentes a fatores intrínsecos e extrínsecos aos sujeitos. Nos dados coletados, houve predomínio de motivações internas. Os sujeitos demonstraram agir baseados na realidade das informações sobre a saúde e o risco cardiovascular que estavam apresentando. Num processo gradativo, foram tornando-se autores das próprias decisões, capazes de lidar com as consequências das escolhas feitas. O impulso para a vida foi preponderante para que as mudanças fossem adotadas e mantidas. Em relação às motivações externas, diziam respeito à importância da maneira como os médicos se comunicaram e a afetividade presente na relação médico paciente. O presente estudo pode colaborar para a reflexão sobre os atendimentos

clínicos, sugerindo investimento na subjetividade do paciente para obtenção de melhores resultados na adesão a medidas de mudança de estilo de vida.

Descritores: Estilo de vida, tratamento, risco cardiovascular, motivação, subjetividade.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases remain the leading cause of morbidity and mortality worldwide. One of the most recommended interventions for cardiovascular risk reduction is lifestyle change, but which in practice presents low adherence. Despite the obstacles for adopting a healthy lifestyle, some subjects feel motivated and achieve this objective.

Objective: Knowing motivations of a group of patients with cardiovascular risk factors in outpatient medical management adopted a healthy lifestyle from a cardiovascular point of view.

Methodology: An exploratory and qualitative research, using information from the records of the subjects and semi-structured interview, conducted with patients in outpatient clinical care, in the city of Aracaju/SE, Brazil with a sample consisting of twelve participants. Patients with coronary heart disease or stroke who underwent bariatric surgery and users of drugs for body weight reduction were excluded. Thematic analysis was conducted on the speeches of the participants.

Results and Discussion: Information from medical records yielded information tables with the subject's profile and risk factor indicators. Answers to interviews were separated into two groups. The first was composed of themes related to the subject, from this originated seven categories, namely: conception about life, fear of loss and death, religious thought, influence of interpersonal relationships, preoccupation with genetics, gains and change. The second was composed of topics related to the relationship with the health professional, originated the category patient- doctor meeting. There was no discussion of the results based on the specialized literature.

Conclusions: It is noticed that motivation for lifestyle change were overcome by intrinsic and extrinsic factors with the subjects. In the data collected, there was a predominance of internal motivations. The subjects demonstrated actions grounded in the reality of the

information on health and cardiovascular risk that they presented. In a gradual process, they were becoming authors of their own decisions, capable of dealing with the consequences of the choices they made. The impulse for life was predominant so that changes were adopted and maintained. In relation to external motivations related to the importance of how doctors communicated, as well as the affectivity present in the doctor-patient relationship. This study may contribute to the reflection on the clinical care, suggesting an investment in the subjectivity of the patient in order to obtain better results for adherence to lifestyle change measures.

Descriptors: Lifestyle, treatment, cardiovascular risk, motivation, subjectivity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Fatores de Risco	11
2.2 Estilo de Vida e sua Mudança	13
2.3 Motivação	16
3 OBJETIVO	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de Estudo	20
4.2 Local de Estudo e População.....	20
4.3 Técnica de Coleta de Dados.....	21
4.4 Análise dos Dados.....	21
4.5 Questões Éticas.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5.1 Relacionadas ao Sujeito	25
5.1.1 Concepção sobre a vida	25
5.1.2 Medo das perdas e da morte	27
5.1.3 Pensamento religioso	30
5.1.4 Influência das relações pessoais	31
5.1.5 Preocupação com a genética	33
5.1.6 Ganhos	34
5.1.7 Mudança	36
5.2 Relacionadas ao Profissional de Saúde	39
5.2.1 Encontro médico paciente	40
6 CONCLUSÃO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A - Parecer Consubstanciado pelo CEP	51
APÊNDICE B - Solicitação aos médicos	53
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	54
APÊNDICE D - Roteiro para entrevista	55

1 INTRODUÇÃO

Apesar de declinando lentamente em países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares continuam sendo a maior causa de morbimortalidade em todo o globo (WHO, 2014). Foram responsáveis por 31,9% das mortes nos Estados Unidos em 2010 (GO *et al.* 2014). No Brasil, a doença coronariana aguda é a principal causa de morte, sendo o colesterol o principal fator de risco modificável (SIMÃO *et al.*, 2013; XAVIER *et al.*, 2013).

Além do componente genético, o estilo de vida adotado pelo indivíduo é fator preponderante no surgimento e na manutenção das doenças cardiovasculares (RIPPE; ANGELOPOULOS, 2014). Dieta predominantemente composta por gorduras e carboidratos, hábitos sedentários, tabagismo, uso abusivo de álcool e o estresse do mundo moderno são nocivos à saúde cardiovascular global do homem (GO *et al.*, 2014).

Mudar o estilo de vida, portanto, tem se apresentado como uma intervenção cardinal no combate às doenças cardiovasculares. Para o tratamento dos fatores de risco principais tais como hipertensão, dislipidemia e obesidade, a mudança de estilo de vida entra como medida adjunta fundamental e aditiva ao tratamento farmacológico (XAVIER *et al.*, 2013).

De acordo com a I Diretriz sobre Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular e a V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), todos os pacientes com dislipidemia isolada e aqueles com risco cardiovascular aumentado devem ser orientados para medidas não farmacológicas de mudanças do estilo de vida. Essa mudança é definida pela adoção de dieta balanceada, prática de atividade física de pelo menos 150 minutos/semana e cessação do hábito de fumar (SANTOS *et al.*, 2013; XAVIER *et al.*, 2013).

Mudar o estilo de vida, entretanto, não é tarefa trivial. Mesmo com evidências claras dos benefícios do estilo de vida saudável na prevenção das doenças cardiovasculares, os resultados da prática clínica têm sido desanimadores (FARKOUH *et al.*, 2013).

O porquê de tão poucos pacientes, apesar de aconselhados por seus médicos e de ter conhecimentos sobre o assunto, mudarem seu estilo de vida é assunto que deveria ser investigado. Sob a ótica da psicologia do sujeito, a lacuna desse conhecimento é ainda mais crítica.

Uma abordagem seria tentar entender o ponto de vista dos pacientes que não conseguem efetivar a referida mudança. No sentido oposto, a abordagem metodológica do problema seria tentar entender as razões, as motivações e as explicações, sob a ótica dos pacientes que alcançaram tal mudança (CURRY *et al.*, 2011). Compreender o que motivou

mudar pode gerar *insights* para o desenvolvimento de abordagens mais eficazes e eficientes. Será que as motivações são predominantemente internas, referentes ao sujeito ou consequências de situações do cotidiano?

O interesse em desenvolver o presente estudo surgiu da percepção de que a escuta dos pacientes pode trazer contribuições profícuas para a compreensão do percurso bem sucedido de adoção de um estilo de vida saudável. Através da escuta dos sujeitos, torna-se possível ter representatividade do grupo social do qual fazem parte e realizou um comportamento semelhante (MINAYO, 2007).

Informações podem ser úteis para aprimorar o tratamento em saúde, principalmente, no que se refere à prevenção e ao contato relacional médico paciente (MARSH *et al.*, 2004). O presente trabalho buscou compreender as características individuais, as especificidades do contato relacional médico paciente e demais aspectos que favoreceram as mudanças no estilo de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fatores de Risco

Evidências recentes têm demonstrado que a quantidade de doentes cardiovasculares tem se reduzido, especialmente nos países desenvolvidos (GO *et al.*, 2014). Em contrapartida, as doenças circulatórias continuam como a maior causa de mortalidade no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Estudos sugerem ainda um crescimento da prevalência de fatores de risco cardiovascular, principalmente em determinadas regiões devido a características demográficas e socioeconômicas (ALLEN *et al.*, 2011; PERK *et al.*, 2012). No Brasil, observa-se que cidades localizadas em regiões mais desenvolvidas apresentam maior incidência de fumantes do que em regiões menos desenvolvidas (ROCHA *et al.*, 2010).

Os fatores de risco cardiovascular são condições que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver doenças cardiovasculares como infarto e acidente vascular cerebral (FARKOUH *et al.*, 2013). São fatores de risco a presença de hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemia, obesidade, tabagismo e estresse (KHAN *et al.*, 2009).

Estudo realizado com pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio encontrou diferença significativa de fatores psicossociais como o estresse nesses pacientes em relação ao grupo controle (AVEZUM *et al.*, 2005). Em pesquisa com pacientes hipertensos, corroborou-se a intersecção entre fatores psicológicos individuais e doenças cardiovasculares, apontando a necessidade de intervenções psicológicas para redução do estresse (WOTTRICH *et al.*, 2011). Outro aspecto que vale ser ressaltado é a redução da vitalidade, da vida produtiva e da sexualidade no decorrer da vida como fatores que geram mudanças psicológicas capazes de aumentar o risco de adoecimento cardíaco (JURKIEWICZ; ROMANO, 2009).

Por outro lado, estudos mostram que são protetores para a saúde cardiovascular a manutenção de um peso ideal, a prática regular de atividade física, o controle do estresse e a ausência de tabagismo, ou seja, da adoção de um estilo de vida saudável (KONES, 2011; PERK *et al.*, 2012; FARKOUH *et al.*, 2013).

A adoção de hábitos saudáveis é uma tarefa difícil, o que limita o controle dos fatores de risco cardiovascular na prática clínica (PERK *et al.*, 2012; XAVIER *et al.*, 2013; GO *et al.*, 2014). Sabe-se que apenas 30 % dos pacientes com risco cardiovascular elevado atingem os indicadores saudáveis de colesterol (KONES, 2011). Em recente pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a obesidade atingiu cerca de 17,5 % da

população e o sobrepeso 50,8 % da população, mostrando crescimento vertiginoso nos últimos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para se estimar, portanto, o risco de um sujeito apresentar doença cardiovascular, faz-se necessário analisar conjuntamente características que aumentam a chance de o indivíduo desenvolvê-la (SIMÃO *et al.*, 2013).

Para os pacientes assintomáticos e sem história de evento cardiovascular prévio, utiliza-se o escore de Framingham para estimar o risco de evento cardiovascular futuro. Esse escore estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronária no período de dez anos em sujeitos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. É um cálculo baseado em fatores de risco e identifica adequadamente indivíduos de alto e baixo risco (LOTUFO, 2008).

O cálculo é feito com base nos fatores de risco de cada sujeito através de características como sexo, faixa etária, pressão arterial sistólica, colesterol total, fração HDL do colesterol, diagnóstico de diabetes e conhecimento sobre hábito tabágico. A partir desse resultado, é possível identificar o risco de desenvolvimento de doença coronariana na próxima década de vida do sujeito (LOTUFO, 2008).

Outro aspecto fundamental na percepção do risco cardiovascular é a presença de sobrepeso ou obesidade. A obesidade pode ser identificada através da mensuração do índice de massa corpórea do sujeito (IMC). Este índice é calculado através da divisão do peso corporal do sujeito pela altura ao quadrado e a classificação é feita através de uma tabela na qual sujeitos com valores acima de 25 são classificados com sobrepeso e acima de 30 com obesidade (GODOY-MATOS *et al.*, 2009).

Diante dos avanços científicos gerados nas últimas décadas, é possível prevenir muitas doenças cardiovasculares (KONES, 2011). Estudo sugere que deveria ser gasto mais tempo com prevenção primária em pacientes com risco cardiovascular, assim como é feito com pacientes diabéticos e cardíacos (CROUCH *et al.*, 2011).

Apesar da maioria das ocorrências das doenças cardiovasculares se dar na fase adulta, há indicativos fortes de que essas doenças podem ter início na infância e na adolescência (GO *et al.*, 2014). A presença de fatores de risco nessa fase da vida, principalmente de forma simultânea, tem se configurado como um forte preditor de doença cardiovascular na vida adulta (SIMÃO *et al.*, 2013). Por isso, tem se recomendado a identificação precoce da presença de fatores de risco, de forma isolada e simultânea, reforçando o caráter notável da prevenção primária (FARIAS JR *et al.*, 2011).

Percebe-se, portanto, que a adoção de um estilo de vida saudável é aspecto crucial no tratamento das doenças cardiovasculares (KONES, 2011). O tratamento farmacológico deve ser iniciado apenas naqueles que não atingirem as metas após mudança de estilo de vida (risco baixo: seis meses após, ou intermediário: três meses após). Nos indivíduos de alto risco, as medidas de mudança de estilo de vida e o tratamento farmacológico devem ser iniciados simultaneamente (XAVIER *et al.*, 2013).

2.2 Estilo de Vida e sua Mudança

Estilo de vida é um conceito muito difundido, mas tem sido colocado na literatura de uma maneira ampla e pouco objetiva. Encontra-se uma variedade de abordagens sobre o tema, sendo mais comumente comparado a hábitos e a comportamentos (FARIAS JR *et al.*, 2011; LOEF; WALACH, 2012; KARADEMAS *et al.*, 2014).

Os comportamentos saudáveis recomendados são prática de atividades físicas, adoção de dieta balanceada, ausência do hábito de fumar, ingestão comedida de bebida alcoólica, ausência de estresse e tempo de sono (ROCHA *et al.*, 2010; MOZAFFARIAN *et al.*, 2011; XAVIER *et al.*, 2013). A União Europeia publicou o que considera serem hábitos para uma vida saudável: não usar tabaco, prática de pelo menos 30 minutos de atividade no mínimo cinco vezes por semana, adoção de dieta balanceada, não adquirir sobrepeso, pressão arterial inferior a 140/ 90 mmHg, colesterol inferior a 190mg/dl, glicemia normal e evitar excesso de estresse (PERK *et al.*, 2012).

Em contrapartida, são comportamentos nocivos adoção de dieta rica em gorduras e carboidratos, ingestão elevada de bebida alcoólica, sedentarismo, tabagismo e obesidade. (XAVIER *et al.*, 2013). Como a presença de hábitos nocivos na população é comum, a mudança do estilo de vida é um dos passos na busca de prevenção de doenças cardiovasculares (FARKOUH *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde declarou que mais de três quartos de todas as mortes por doença cardiovascular poderiam ter sido prevenidas por mudanças no estilo de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Mudar o estilo de vida é, portanto, um determinante para a prevenção e redução de fatores de risco cardiovascular (CROUCH *et al.*, 2011). Em consonância com esses achados, estudo realizado com portadores de síndrome metabólica aponta redução na qualidade de vida desses pacientes devido a aumento do surgimento de ansiedade e de depressão (SHAROVSKY; ROMANO, 2013).

Evidências científicas apontam para a importância da mudança no estilo de vida para o paciente portador de doenças crônicas como o diabetes, importante fator de risco cardiovascular (COSTA *et al.*, 2011). A mudança no estilo de vida pode reduzir até 66% o risco de morte prematura (LOEF; WALACH, 2012). Estudo realizado com pacientes hipertensos indicou que ações de educação são efetivas no aumento do conhecimento em saúde, na redução de hábitos nocivos e no controle do próprio comportamento (BEIGI *et al.*, 2014).

A mudança de estilo de vida também gera resultados positivos no âmbito emocional. Em pesquisa com pacientes diabéticos sobre os resultados da adoção de dieta hipocalórica e adesão à atividade física, percebeu-se redução do estresse e aumento na qualidade de vida após as medidas de mudança de estilo de vida (WYCHERLEY *et al.*, 2014). Apesar disso, as medidas de prevenção através da mudança de estilo de vida são caracterizadas pela baixa adesão (COSTA *et al.*, 2011).

Os hábitos nocivos perduram de longa data. Em estudo realizado com crianças acima do peso, a intervenção na mudança de estilo de vida melhorou significativamente os seus valores biomédicos, antropométricos e bioquímicos (VRABLIK *et al.*, 2014). Mesmo com os resultados positivos dessa ação, tem-se observado aumento de fatores de risco cardiovascular como obesidade na infância e na adolescência (GODOY-MATOS *et al.*, 2009; SIMÃO *et al.*, 2013).

Para compreender os fatores relativos à mudança de estilo de vida, deve-se considerar a complexidade deste fenômeno (LOEF; WALACH, 2012). Estão presentes influências dos familiares, dos profissionais da saúde e do meio social em que vive o sujeito (STRAUB, 2007), mas também o funcionamento individual. Em estudo qualitativo realizado sobre mudança de estilo de vida, foram mencionados como barreiras para adoção de hábitos saudáveis, questões financeiras, acesso escasso e paladar não atrativo dos alimentos saudáveis e dificuldade na prática da atividade física. Nessa pesquisa, a mudança de estilo de vida foi vista como um sacrifício para a vida (MAYEGA *et al.*, 2014).

Outro aspecto caracteriza-se como possível obstáculo à mudança de estilo de vida: a dificuldade de comunicação entre médico e paciente (BONNER *et al.*, 2014). Em estudo realizado por Bell & Kravitz (2008), buscou-se saber qual a importância dada pelo médico para a comunicação das informações sobre a mudança de estilo de vida. O resultado encontrado revelou que a comunicação dos médicos foi predominantemente voltada para o uso da medicação e limitada no que diz respeito à importância dos hábitos saudáveis e da mudança de estilo de vida.

Uma pesquisa qualitativa realizada com 25 pacientes identificou três tipos de estratégias de comunicação usadas pelos médicos a depender do risco cardiovascular apresentado pelo sujeito. Os médicos tomaram como base sua percepção de risco do paciente, a motivação e a ansiedade para decidir a maneira como iriam orientá-los (BONNER *et al.*, 2014).

Algumas pesquisas mostram que a comunicação médico paciente favorece ou dificulta a adesão ao tratamento de saúde. Em metanálise realizada com estudos feitos entre 1949 e 2008, percebeu-se que a forma como o médico se comunica com o seu paciente influencia diretamente na adesão às orientações feitas pelo profissional de saúde. Quando foram realizados treinos na forma de se comunicar, houve melhora no resultado da adesão aos tratamentos (ZOLNIEREK; DIMATTEO, 2009).

O profissional de saúde precisa ter a percepção do conhecimento e da compreensão do paciente, transmitir as informações de maneira clara e estabelecer uma relação de confiança com o sujeito (STRAUB, 2007). Seguir orientação médica, no entanto, não depende apenas da maneira como o profissional de saúde se comunica com o seu paciente.

Conhecer seu paciente é um aspecto que agrega na adesão ao tratamento e permite que o médico possa compreendê-lo melhor. Estudos mostram que aspectos como crenças, atitudes, subjetividade, afetividade, contexto cultural e suporte social devem ser abordados pelo médico no contato com seu paciente para aprimorar a adesão ao tratamento (MARTIN *et al.*, 2005; MAGNEZI; BERGMAN; UROWITZ, 2014).

Os hábitos diários de um indivíduo são adquiridos no início de sua vida (GODOY-MATOS *et al.*, 2009). Normalmente, pais e familiares atuam como modelos de comportamentos que são seguidos por muito tempo ou até mesmo por toda vida. Muito do que se pensa ser genético é fruto da observação do comportamento executado pelos outros (STRAUB, 2007).

Todo comportamento empreendido pelo homem afeta direta ou indiretamente sua saúde, seja de maneira positiva ou negativa, a longo ou curto prazo. Muitos comportamentos ou hábitos relacionados ao estilo de vida que prejudicam a saúde são praticados de maneira integrada e inter-relacionada, como por exemplo, o indivíduo que fuma maior quantidade de cigarros quando ingere bebida alcoólica (MATARAZZO, 1982).

O estilo de vida de um sujeito pode ser visto de uma maneira profunda e não apenas pelo que é manifesto em seus comportamentos, hábitos e atitudes. Numa leitura psicanalítica específica, pode-se entender estilo de vida como modalidade de relação social. Nessa visão,

são importantes as dinâmicas inconscientes. O equívoco é orientar e seguir uma cenografia da educação, desconsiderando o sujeito e seus desejos (BARRETO, 2010).

As escolhas dos sujeitos são influenciadas diretamente a partir dos referenciais sociais vigentes (MINAYO, 2007). A sociedade atual vive um momento em que objetivos de longo prazo são deixados de lado tendo como máxima a busca de um estado de prazer contínuo (SZAPIRO; RESENDE, 2010).

Adotar um estilo de vida saudável tornou-se um desafio, mesmo com tantos benefícios individuais; por outro lado, alguns sujeitos adotam mudanças consideráveis em sua vida e atingem os objetivos do tratamento (BRADLEY *et al.*, 2009). A compreensão de tal motivação pode ser feita à luz dos conhecimentos sobre o ser humano.

2.3 Motivação

Na psicologia, estuda-se a motivação do comportamento humano e o que leva um sujeito a se sentir impelido a executar determinado comportamento (DAVIDOFF, 2005). Motivação é um termo largamente usado em diferentes contextos com diferentes significados (TODOROV; MOREIRA, 2005). De maneira geral, pode ser definida como conjunto de fatores psicológicos (conscientes ou inconscientes) de ordem fisiológica, intelectual ou afetiva, os quais agem entre si e determinam a conduta de um sujeito (FERREIRA, 1999).

A motivação refere-se a um estado interno que pode resultar de uma necessidade, de algo que esteja faltando no organismo. É o ativador do comportamento geralmente dirigido para a satisfação da necessidade instigadora (DAVIDOFF, 2005). Diferentemente do comportamento animal, o comportamento humano não pode ser explicado de maneira única como instinto. Os comportamentos humanos mais elaborados são aprendidos (MORRIS; MAISTO, 2004).

A motivação pessoal para determinado comportamento pode ser explicada por várias formas de pensamento. Existem na Psicologia três grandes vertentes de explicação do funcionamento psicológico: behaviorismo, psicologia humanista e psicanálise (FIGUEIREDO, 2003).

O movimento behaviorista, que teve início em 1900, considerava que a motivação humana decorria de estímulos, ou seja, de eventos ambientais geradores do comportamento (DAVIDOFF, 2005).

Anos mais tarde, os cognitivistas abrem espaço para o estudo dos processos mentais como geradores do comportamento humano (DAVIDOFF, 2005). É comum a articulação

entre a visão comportamental com o conhecimento sobre a cognição de onde nasce a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa abordagem, a existência de crenças e planos explicariam o comportamento humano. A ciência cognitiva é um esforço contemporâneo, com fundamentação empírica, para responder a questões epistemológicas de longa data - principalmente aquelas relativas à natureza do conhecimento, seu desenvolvimento e seu emprego. Há estados mentais internos que dariam origem ao comportamento humano, como as crenças, os desejos e as motivações (GARDNER, 1996).

A psicologia humanista tem como uma de suas figuras centrais Abraham Maslow, psicólogo que sugere a existência de uma hierarquia de necessidades nas quais os motivos serão agrupados de acordo com o grau de força. Para ele, existem cinco grupos de necessidades motivadoras do ser humano: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização (DAVIDOFF, 2005).

Os diferentes níveis devem ser preenchidos para que a motivação do sujeito se coloque na busca de satisfação do nível imediatamente superior. As fisiológicas são as mais urgentes e englobam fome, sede, sono, abrigo contra intempéries e alívio de perigos. As de segurança estão num nível superior às fisiológicas e se relacionam com segurança física, estabilidade, sentimento de dependência e proteção. As de amor estão vinculadas ao desejo que as pessoas têm de amar, participar de grupos sociais e de se relacionar. As de estima se apresentam sob o aspecto de valorização das pessoas em relação a si mesmas ou aos outros, assim como a procura de poder, de *status*, de prestígio, de reconhecimento, de apreço. Por fim, o mais elevado e mais difícil nível de ser alcançado é o de autorrealização que engloba a necessidade dos indivíduos de realizar ou atualizar seu potencial, de concretizar ou operacionalizar suas possibilidades (MASLOW, 1987).

Outro psicólogo humanista de renome é Carl Rogers que buscou conhecer motivações interiores do ser humano. Procurou responder a perguntas relativas ao caminho da liberdade e da libertação das forças interiores do ser humano, na sua capacidade de enfrentar a si e o outro, no mundo mesmo, e sua tendência a uma atitude de respeito e ao crescimento (FIGUEIREDO, 2003).

Numa outra vertente, está a psicanálise que considera a inconsciência nos processos que constituem nossa atividade psíquica. De acordo com essa teoria, todo ato psíquico começa como um ato inconsciente e pode permanecer assim ou continuar a evoluir para a consciência, segundo encontra resistência ou não (FREUD, 1923/2006). Aspecto central nesta teoria é que o ser humano é motivado por impulsos ou pulsões. Existem aqueles ligados à sobrevivência e à autoconservação, mas também aqueles ligados ao desejo e à sexualidade. Além das pulsões

de vida, o ser humano, nessa perspectiva, tem impulsos destrutivos ou de morte (FREUD, 1914/2006).

Freud considera a pulsão como um conceito limite entre o psíquico e o somático, já que ela é o representante psíquico das excitações provenientes do interior do corpo (GARCIA-ROSA, 1986). Outra maneira de definir tal conceito: é um processo dinâmico que consiste numa pressão ou força que faz tender um organismo para um alvo (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Existem quatro componentes da pulsão: o impulso, o alvo, o objeto e a fonte. O impulso seria uma força constante no sentido de uma energia potencial. A satisfação seria para a pulsão a capacidade de completar um caminho ou percurso, seu alvo. O objeto seria a causa do desejo. A fonte seria de onde provém (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Os comportamentos, do ponto de vista psicanalítico, são manifestações de motivações conscientes e inconscientes do sujeito, sendo as últimas de maior interesse, já que oferecem a base para entender as contradições do ser humano (FREUD, 1950/2006).

Freud fala sobre dois funcionamentos psíquicos do ser humano. Quando o sujeito nasce, é regido pelo princípio do prazer. Ele afasta-se de qualquer evento que possa gerar desprazer. No decorrer da vida, seu amadurecimento exige um funcionamento psíquico baseado no princípio da realidade, ou seja, suas escolhas são voltadas para o mundo real, mesmo que este seja desagradável. Sair de um funcionamento mental baseado em recompensas imediatas requer do sujeito uma capacidade de pensar nas consequências dos seus atos e adiar o prazer (FREUD, 1911/2006).

O princípio de realidade ganha predominância por força do ego. Na verdade, para que haja superação da repetição de comportamentos do passado, é necessário que o sujeito tolere o desprazer momentâneo, ou seja, é necessário que haja predomínio do princípio da realidade. O abandono de uma série de possibilidades de obter prazer e a tolerância temporária do desprazer são etapas para o caminho indireto do prazer de outra ordem (FREUD, 1920/2006).

A psicanálise contemporânea buscou expandir o trabalho de Freud oferecendo uma discussão da motivação dentro da psicologia geral da mente. As motivações foram descritas com base também na prática clínica. Além do funcionamento e da adaptação do sujeito, existem motivações nas relações com os outros indivíduos e com a própria subjetividade (FREUD, 1911/2006). A mudança de estilo de vida, portanto, terá influência das motivações básicas de cada sujeito.

3 OBJETIVO

Conhecer motivações para a mudança do estilo de vida de pacientes portadores de risco cardiovascular em acompanhamento médico ambulatorial.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Caracteriza-se por ser um estudo qualitativo, exploratório e transversal. A pesquisa exploratória busca proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, tendo por objetivo gerar entendimento sobre determinado tema (GIL, 2008).

4.2 Local de Estudo e População

O local de estudo foi o estado de Sergipe. A população desse estudo compreendeu os pacientes com risco cardiovascular aumentado em acompanhamento médico ambulatorial que mudaram seu estilo de vida por um período mínimo de seis meses e continuam mantendo os hábitos.

A mudança de estilo de vida foi caracterizada se pelo menos três dos hábitos preconizados pela V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose foram adotados. São preconizados prática regular de atividade física, cessação do hábito de fumar, redução ou cessação do hábito de beber, adoção de dieta balanceada e permanência nela há pelo menos seis meses (XAVIER *et al.*, 2013).

Foi utilizado como critério de exclusão os pacientes portadores de doença coronariana ou acidente vascular cerebral, submetidos a cirurgias bariátricas e usuários de medicamentos para redução de peso corporal.

Obteve-se um quantitativo de doze sujeitos de ambos os sexos, distribuídos em sete homens e cinco mulheres, com faixa etária que variou de 34 a 64 anos de idade. A amostra foi intencional, selecionada pelos médicos que os atenderam.

Através de contato telefônico e *e-mail* (APENDICE B) foram solicitadas a médicos clínicos que atendem em consultório particular, indicações de pacientes que mudaram o estilo de vida há pelo menos seis meses. Os profissionais de saúde foram solicitados a realizar uma seleção prévia de pacientes que estivessem no perfil da pesquisa. Num segundo contato, a pesquisadora recebeu as indicações com os nomes e os telefones dos pacientes.

O número de participantes foi definido pelo método da saturação dos conteúdos no qual o término da coleta ocorreu no momento em que nenhum novo conceito surgiu nas falas das entrevistas.

4.3 Técnica de Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados contemplou dois tipos de instrumentos. O primeiro corresponde ao prontuário dos pacientes, cujos dados foram agrupados em duas tabelas. A primeira contém informações relativas ao perfil do sujeito (idade; sexo; profissão) e índice de massa corpórea – IMC nos momentos inicial e atual. Da segunda constam informações dos indicadores de saúde (pressão arterial, glicemia e colesterol total nos momentos inicial e presente do tratamento).

O segundo instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) com perguntas abertas, composta por uma indagação principal e auxiliares. Um estudo piloto foi realizado com questionamentos que investigavam o processo de mudança de estilo de vida, início do tratamento, recomendações médicas oferecidas, a rotina atual e os fatores que auxiliaram nesse processo de mudança com o objetivo de aprimorar a entrevista.

Buscaram-se os dados fornecidos pelos profissionais dos prontuários desses pacientes. Posteriormente, as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, num ambiente reservado e as falas, gravadas.

4.4 Análise dos Dados

As falas transcritas dos sujeitos foram submetidas à análise temática. Analisar é “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2007, p.209).

Na análise temática, é possível fazer o levantamento das atitudes, qualidades e aptidões, nas unidades de codificação que, na presente pesquisa, foi a fala dos sujeitos. Cada unidade de codificação apresenta o objetivo buscado pela pesquisa que, reagrupado, formou os diferentes elementos em cada categoria (BARDIN, 2009).

Inicialmente, foram identificados os núcleos de sentido nas falas de cada entrevistado. Posteriormente, esses núcleos de sentido foram agrupados pela semelhança dos temas a que se referiam, dando origem às categorias.

Para realizar a análise temática, foram estabelecidas três etapas operacionais (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007):

1 - Pré-análise que corresponde à:

- Leitura flutuante –leitura e releitura do material até impregnar-se pelo conteúdo das entrevistas;

- Constituição do *corpus* – organização do material, contemplando todos os aspectos levantados no roteiro da entrevista. Identificou-se a representatividade do material coletado através da repetição do conteúdo, assim como a homogeneidade (obedecendo ao critério de inclusão) e a pertinência (obedecendo aos critérios de exclusão);

- Reformulação de hipóteses e objetivos – determinou as unidades de registro, unidade de contexto, recortes, categorização, codificação e os conceitos teóricos que orientaram a análise.

2 – Exploração do material – foi feita a transformação dos resultados brutos em categorias significativas para o objetivo analítico visado; nela surgiram categorias que foram divididas em dois grupos; num foram colocados temas relacionados ao sujeito e noutro os temas relacionados ao profissional de saúde.

3 – Tratamento dos dados – nessa etapa foi realizada a análise e interpretação dos dados agrupados nas categorias.

4.5 Questões Éticas

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe CEP/UFS sob CAAE N. 02707312.3.0000.0058.

Para manter o sigilo dos respondentes, foi realizada codificação das entrevistas através da utilização da letra “E” seguida de numerais correspondendo a sequência do entrevistado (exemplo: E01).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi integrado por 12 pacientes distribuídos em sete homens e cinco mulheres, que estavam em acompanhamento médico-ambulatorial e mudaram seu estilo de vida por um período mínimo de seis meses antes da data da entrevista. A faixa etária dos entrevistados variou de 34 a 64 anos de idade. Os pacientes selecionados possuíam pelo menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemia, obesidade, tabagismo e estresse.

Os dados coletados dos prontuários foram agrupados em duas tabelas. Na primeira, encontram-se informações referentes ao perfil pessoal de cada sujeito e índice de massa corpórea (IMC) inicial e atual. Os dados mostram que cinco dos entrevistados estavam com IMC acima de 30, sugerindo obesidade, e apenas um estava com IMC abaixo de 25, que é o sugerido pela Diretriz Brasileira de Obesidade (2009/2010). Os sujeitos relataram redução de peso, após as mudanças de estilo de vida como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados e valores do IMC

	Idade	Sexo	Profissão	IMC Inicial	IMC Atual
1	61 anos	F	Auditora Fiscal	25,10	24,10
2	64 anos	M	Aposentado	36,20	35,89
3	50 anos	M	Funcionário Público	32,43	28,57
4	39 anos	F	Dentista	32,95	25,86
5	40 anos	M	Policial	26,15	24,37
6	63 anos	F	Dona de casa	29,37	26,02
7	53 anos	F	Aposentada	25,62	25,10
8	64 anos	F	Aposentada	29,9	24,74
9	38 anos	M	Auxiliar Administrativo	38,06	30,27
10	40 anos	M	Diretor Comercial	33,34	27,96
11	54 anos	M	Professor	24,29	22,48
12	37 anos	M	Programador	29,05	-

A segunda tabela foi composta por informações referentes à pressão arterial e aos resultados dos exames de glicemia e colesterol total no momento inicial e no momento da realização da entrevista. Os dados revelaram melhora nos índices dos pacientes.

Tabela 2 – Valores referentes à pressão arterial, glicemia e colesterol

	Pressão Arterial Inicial (mmHg)	Pressão Arterial Atual (mmHg)	Glicemia Inicial (mg/dl)	Glicemia Atual (mg/dl)	Colesterol Total Inicial (mg/dl)	Colesterol Total Atual (mg/dl)
1	160x90	120x85	95	97	220	190
2	120x75	120x80	136	106	201	182
3	160x80	135x80	365	81	313	125
4	130x80	120x80	75	69	291	235
5	140 x 100	110 x 70	85	75	255	250
6	120 x 80	120 x 80	155	88	-	184
7	120x70	130x70	-	81	155	186
8	140 x 80	-	-	107	-	203
9	160 x 104	140 x 90	104	83	172	166
10	150 x 095	130 x 80	91	91	152	150
11	120x80	120x80	340	87	131	124
12	-	130 x 80	-	134	249	-

As falas coletadas nas entrevistas foram divididas em dois grupos. O primeiro diz respeito aos temas relacionados ao sujeito; o segundo, relacionados ao tratamento. Surgiram sete categorias relacionadas ao sujeito e uma relacionada ao profissional de saúde, demonstrando que a maioria dos motivadores para mudança do estilo de vida referiu-se a questões ligadas aos sujeitos e à subjetividade.

Tabela 3 – Categorias

Temas	Categorias
Referentes ao sujeito	Concepções sobre a vida Medo das perdas e da morte Pensamento Religioso Relações Interpessoais Preocupação com a genética Ganhos Mudanças
Referentes ao profissional de saúde	Encontro Médico Paciente

Destacaram-se nas entrevistas as atitudes positivas adotadas pelos sujeitos. Alguns participantes citaram mudanças de hábitos iniciadas há anos, demonstrando que a adoção de um novo estilo de vida foi um processo gradual e não um momento estaque na história do sujeito. Essa força para a vida é vista como pulsão de vida, já que a energia do sujeito dirige-se para atividades de conservação da vida (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Nesse mesmo sentido, percebem-se, nas escolhas dos entrevistados, dados que valorizam a realidade e as consequências dos seus atos em lugar do prazer instantâneo. Freud

(1920/2006) denominou de princípio da realidade esse funcionamento do sujeito ligado à capacidade de pensar sobre as escolhas e defini-las de maneira responsável.

A motivação, enfim, conforme definida por Ferreira (1999), foi observada como um conjunto de aspectos que, interagindo entre si, ocasionaram seus comportamentos. Para compreensão da complexidade de tal fenômeno, buscaram-se conhecimentos da psicologia e da psicanálise.

5.1 Relacionadas ao Sujeito

As categorias relacionadas ao sujeito surgiram com maior frequência, sugerindo a importância do amadurecimento psicológico para esse processo de modificação do estilo de vida. Eles mostraram as possibilidades que surgem quando um sujeito se torna autor das próprias decisões e aprende a lidar com as consequências das escolhas na vida. Freud (1911/2006) salientou esse aspecto quando falou sobre a necessidade de olhar a realidade, saindo do funcionamento infantil, baseado predominantemente no princípio do prazer.

À guisa de compreensão desse e de outros fenômenos, as categorias relacionadas ao sujeito foram nomeadas como concepção sobre a vida, medo das perdas e da morte, pensamento religioso, influência das relações interpessoais, preocupação com a genética, ganhos e mudança.

5.1.1 Concepção sobre a vida

Nessa categoria, encontram-se aspectos da individualidade relacionados a valores e preferências pessoais. Gardner (1996) explica que uma maneira de compreender o comportamento humano seria através da compreensão dos desejos e das motivações.

Apenas a entrevistada um não falou sobre questões que se encaixaram nesta categoria.

Quando questionados sobre cuidado com a saúde, estilo de vida e a busca por objetivos melhores, os sujeitos falaram sobre ideias e pensamentos de como é a vida para cada um. Dentre os dados desta categoria, destacaram-se alguns aspectos.

Em algumas falas, características individuais da personalidade foram citadas como favoráveis e capazes de ajudar a lidar com um diagnóstico delicado como o de diabetes.

“Eu sou extremamente metódico, chego a ser um cara até chato (...). Tanto compromisso ajudou bastante” (E03).

“Eu acho que já é um perfil que eu tenho de ter uma autodisciplina, de me cuidar, acho que isso já ajudou” (E12).

Ressaltou-se a importância de escolher um caminho construtivo para si, mesmo quando se está passando por um momento difícil na vida. Para conviver com momentos de contradições da vida, faz-se necessário lidar com as próprias contradições, fruto da existência de motivações conscientes e inconscientes. Estas últimas não estão sob o nosso domínio. Conforme explicado por Freud, é através do conhecimento do inconsciente que se podem superar resistências na mudança de atitudes (1950/2006).

“...Aí você olha, a diabetes está comigo, então fique aqui do meu lado. E isso é um estímulo pra você continuar vivendo” (E11).

“...Eu vou procurar assistência médica (...). Fui procurar o SUS, o sistema de saúde é pra todos nós. Procurar, tomar aqueles remédios, todos fortes, ou seja, de má qualidade, mau feitos, mas tomei. Pra poder ir aguentando (...) até entrar numa coisa melhor” (E02).

Foi possível observar em alguns respondentes um desejo de viver mais e melhor.

“...Protelar mais, se você tem uma qualidade de vida boa, com certeza a sua durabilidade aqui na terra vai ser maior do que aquelas pessoas que infelizmente não desenvolvem uma atividade física e se alimentam de qualquer tipo de coisas que vê na frente” (E05).

Aspectos subjetivos da escolha surgiram como determinantes para mudanças internas. Freud (1914/2006) explica sobre os tipos de impulso ou pulsão existentes no ser humano. Para ele, a motivação individual pode ser dirigida para questões de sobrevivência e autoconservação. Os sujeitos falaram sobre a importância da força de vontade e do autocontrole. Além disso, relataram que a vida e o convívio familiar são mais importantes que os prazeres momentâneos.

“Ter autocontrole. Eu acho isso muito importante (...). Ter força de vontade” (E06).

“Aí dentro de mim, no meu silêncio mesmo eu fui tomando essas providências. Eu sinto que eu estou no caminho certo e procuro olhar mais o lado positivo e as pessoas que veem como eu vejo e aí eu sigo em frente” (E07).

“Eu construí minha família e, na verdade, se eu não me cuidasse eu não me cuidasse não teria esse prazer de tê-la” (E09).

Foi possível observar a importância da escolha realizada de maneira consciente. A mudança foi pensada e planejada por cada sujeito a partir de seus referenciais de vida. A adoção de novas atitudes aconteceu após elaboração de questões internas. Alguns respondentes falaram sobre modificações na maneira de pensar como capazes de agir sobre

questões afetivas que outrora foram obstáculos. Freud (1914/2006) explicou esse mecanismo quando falou sobre a superação da repetição e adoção de atitudes criativas e saudáveis como uma possibilidade de o sujeito agir a favor do impulso para a vida.

“Eu fico imaginando, eu planejo tudo. Eu mudei, eu acho que a mente, eu mudei fisicamente, mudei a forma de pensar. Aí coloquei em prática esse plano (...). Nada que me deixasse angustiado nem lamentando (...). Eu num tive nenhuma restrição que me (...) fizesse falta” (E10).

Um dos respondentes se aprofundou na questão afetiva e abordou o amor próprio como aspecto para o autocuidado. Assim como colocado por Freud (1911/2006) como fruto do processo de amadurecimento, para ele, a vida está além do prazer momentâneo, funciona sob o foco da realidade.

“Você tem que ter uma visão e tem que olhar pra você e se amar (...). Usufruir num é só comer, beber e num se preocupar com a saúde. Você pode usufruir de outra forma (...). E você olhar com cinquenta anos, você olhar pra trás feito e olha pra frente ainda tem um bocado de coisa ainda pra fazer.” (E11).

A concepção da maioria dos sujeitos entrevistados sobre a vida correspondeu ao desejo de fazer escolhas duradouras e saudáveis. A percepção de que uma vida voltada predominantemente para prazeres sensoriais ou momentâneos não lhes trará boas consequências. O princípio da realidade, conceituado por Freud (1911/2006), explicita essa capacidade de adiar o prazer para conquistar um objetivo em longo prazo. Assumir as consequências das próprias escolhas também faz parte desse funcionamento.

5.1.2 Medo das perdas e da morte

Na segunda categoria, foram agrupadas as falas dos entrevistados que se referiam ao medo das perdas e da morte decorrentes do adoecimento e do envelhecimento. A motivação dos sujeitos foi originada pela percepção de sintomas físicos, pela consciência dos limites gerados pelo envelhecimento e da própria finitude, assim como pela possibilidade de vivenciar perdas de conquistas realizadas ao longo da vida. Os relatos das entrevistas mostraram que os sujeitos tomaram diversas atitudes para lidar com essas questões através de uma postura ativa para modificar o prognóstico negativo.

Farkouh *et al.* (2013) falaram sobre os resultados desanimadores na tentativa de prevenção das doenças cardiovasculares. Numa via oposta, os dados encontrados mostraram sujeitos que buscaram, através de recursos variados, uma maneira de melhorar a própria

saúde. Após o conhecimento sobre o diagnóstico de hipertensão arterial, de diabetes *melito* ou do risco de adoecimento grave, percebeu-se, nos entrevistados, uma ligação com impulsos de vida através da escolha de hábitos para manutenção dela.

“O colesterol estava muito alto e isso começou a me preocupar. Na época, eu estava com o colesterol alto e o triglicérides alto também. E o segundo por razões estéticas mesmo. Eu não aguentava mais ter aquele peso que eu estava (...). Eu já me sentia péssima, nenhuma roupa ficava bem. A gente resolve tratar (...). Aí foi o medo. O medo da doença em si” (E04).

“Não senti dificuldade porque eu coloquei na minha cabeça assim: se eu tiver que, vou viver com a diabete, vou morrer com ela e não dela, então isso aqui foi uma coisa que eu botei assim na minha cabeça (...). Eu num quero isso mais nunca. Posso baixar (no hospital) por uma outra coisa, agora com a diabetes não. É só uma questão de consciência” (E11).

O aspecto que pareceu se destacar nesta categoria foi a responsabilização de cada sujeito por sua saúde, característica presente no processo de amadurecimento psicológico. Foram adotados mecanismos para modificar o que estava se tornando obstáculo para uma vida saudável. Foi necessário conviver com a ansiedade de postergar o prazer momentâneo pela ideia da conquista de um resultado positivo futuro. O predomínio do funcionamento pelo princípio da realidade conceituado por Freud (1911/2006) apareceu aqui através da tomada de consciência da própria finitude e da possibilidade de prolongamento da vida com a adoção de novos hábitos. Quanto a isso, falou-se sobre o desejo de continuar ativo mesmo com a chegada do envelhecimento.

“Procurar não ficar aquele velho que não faz nada” (E01).

Surgiram o medo de perder coisas importantes da vida, o medo do próprio adoecimento e a consciência de que o estilo de vida é um determinante para a maneira como se vai envelhecer. Jurkiewicz; Romano (2009) salientaram a importância da maneira como se vivenciam as perdas durante a vida para o surgimento de doenças cardíacas, já que na idade adulta avançada há redução da vitalidade, da vida produtiva e da sexualidade.

“A gente se preocupa também quando vê a idade chegando, não é a mesma coisa. O organismo não funciona da mesma forma e aí eu vou me preocupando” (E07).

“Eu tenho medo de adoecer, medo de depender dos filhos, medo de morrer, medo de ficar numa cama (...). Eu fico com muito pânico de morrer e de ficar doente, então foi isso” (E08).

“Eu tinha de perder aquilo que conquistei com muita luta. Não o emprego, não o trabalho, mas a família” (E02).

Apesar das dificuldades que podem surgir no recebimento de um diagnóstico ou pela identificação de mudanças físicas, foi possível utilizar mecanismos saudáveis de compreensão que facilitaram a maneira de lidar com essa questão. Enxergar a realidade sob uma ótica que favorece a convivência com a nova situação é uma postura que ilustra as possibilidades que surgem para o sujeito (FREUD, 1911/2006).

“Eu tento pensar na diabete como se fosse alguma coisa consequente na idade, da velhice, como se fosse qualquer outro problema” (E12).

“Eu não aguentava mais ter aquele peso que eu estava. (...) Eu já me sentia péssima, nenhuma roupa ficava bem. A gente resolve tratar (...)” (E04).

Sobre as consequências do estilo de vida no organismo, falou-se da perda da resistência física, das dificuldades para exercer atividades do cotidiano e da presença do estresse. Avezum *et al.* (2005) corroboraram esses dados. Eles encontraram uma presença maior de fatores psicossociais, como o estresse, em pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio em relação à população geral. Ainda nessa linha de pensamento, pesquisa com pacientes hipertensos observou a intersecção entre fatores psicológicos individuais e doenças cardiovasculares, pontuando a importância de intervenções psicológicas para redução do estresse nessa parcela da população (WOTTRICH *et al.*, 2011).

“Certa feita precisei fazer um deslocamento mais rápido. Correr um pouco e nesse tempo que eu necessitei nesse período eu tive uma dificuldade muito grande. Fiquei muito cansado, percebi que aquela vida que eu estava levando naquele momento num era a forma mais correta. Eu percebendo que eu tinha dificuldade a noite pra dormir. Acordava com facilidade (...). O estresse muito grande por pouca coisa” (E05).

Os entrevistados falaram sobre como a maneira de gerir a vida os estava adoecendo e trazendo consequências negativas e limitações. Eles identificaram o adoecimento como responsável por motivar mudanças no estilo de vida. A identificação precoce dos fatores de risco cardiovascular associada à consciência do próprio adoecimento mostrou-se fundamental para o processo de mudança (FARIAS JR *et al.*, 2011).

“Minha pressão sempre nos periódicos ter dado alterados (...) eu já estava já sentindo dores de cabeça, na verdade, já era a pressão que eu já estava sendo hipertenso e eu não sabia. Hoje eu me reeduquei em tudo” (E09).

“Com uma doença que eu tive que eu precisei ficar quase dois dias internado no hospital, uma bactéria que eu peguei” (E10).

A partir dos dados obtidos, podem-se sugerir ações de incentivo para a prevenção na tentativa de redução da taxa de morbimortalidade das doenças cardiovasculares que se

encontram em primeiro lugar no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Crouch *et al.* (2011) apontaram a importância de mais ações de prevenção em pacientes com risco cardiovascular.

Todos os sujeitos apresentavam pelo menos um fator de risco cardiovascular no momento da entrevista. Quatro deles eram diabéticos, seis apresentavam hipertensão arterial, seis estavam com colesterol alto, e apenas um sujeito não estava acima do peso. Vale ressaltar ainda que cinco apresentavam obesidade no momento do início do tratamento. Aspectos emocionais como ansiedade e estresse também geravam incômodo e estimularam as medidas de mudança, principalmente após o início dos novos hábitos por perceberem os resultados positivos nessa área.

Em pesquisa com pacientes diabéticos, encontrou-se que a maioria deles não muda seus hábitos mesmo após o diagnóstico (COSTA *et al.* 2011). Os sujeitos aqui entrevistados parecem contrariar esses achados. Três deles utilizaram o recebimento do diagnóstico para motivarem-se no sentido de um novo estilo de vida. Straub (2007) salientou que praticamente todos os sujeitos têm consciência dos hábitos insalubres, isso não seria, no entanto, suficiente para compreensão do processo de mudança. Para ampliar a compreensão da escolha humana, pode-se trazer a importância dos motivos inconscientes que, juntamente com a consciência, compõem a complexidade das escolhas dos sujeitos (FREUD 1950/2006).

Pode-se observar que os entrevistados falaram sobre aspectos psicológicos. Apesar da amostra não ter sido composta por idosos, o adoecimento os levou a pensar sobre o envelhecimento, a finitude e os limites da vida. Freud (1911/2006) chamou atenção para o papel da subjetividade no ser humano. Quando os sujeitos usaram essa subjetividade de acordo com limites saudáveis para a sobrevivência, conquistaram uma vida mais satisfatória. Sabe-se, no entanto, que isso acontece em uma pequena parcela da população que opta por atitudes positivas (CURRY *et al.* 2011).

5.1.3 Pensamento religioso

As falas de quatro entrevistados foram permeadas por crenças religiosas. Além da manifestação do sentimento de gratidão, a crença em Deus foi colocada como primordial para a conquista das mudanças atingidas.

“A fé em Deus. O principal. Se eu não tivesse fé em Deus eu não procuraria o meu médico, nem nenhum médico, não. Entraria em depressão, deixaria a depressão tomar conta e ia na autodestruição(...)” (E02).

“Graças a Deus as pessoas estão entendendo isso bem”. (...) E graças a Deus o que aconteceu foi exatamente numa hora onde eu acredito que eu estava indo muito mal, mas muito mal mesmo (...). Graças a Deus. (...) a dieta propriamente dita, graças a Deus está me ajudando bastante. (...) Aquela famosa sacudida que o cara lá de cima dá na gente, tipo ou você faz ou você vai embora daqui mais cedo do que você quer. Isso foi fundamental. (E03)”

“Graças a Deus. (...) Hoje eu tenho essa consciência graças a Deus” (E08).

“Hoje graças a Deus tenho sim” (E09).

As dificuldades no processo de mudança são salientadas em estudos como os de Perk *et al.* (2012); Xavier *et al.* (2013) e Go *et al.* (2014). Pode-se inferir que diante dessas dificuldades a crença no auxílio de uma força transcendente lhes trouxe motivação para persistirem no caminho de mudança.

5.1.4 Influência das relações interpessoais

Outro aspecto bastante citado foi o que se refere às relações interpessoais. As situações citadas tratavam de questões de incentivo, de cobrança, de desestímulo ou até mesmo da influência positiva das mudanças para toda a família. Surgiu também o desejo de cuidar de si próprio para poder conviver mais com os entes queridos.

Barreto (2010) conceituou o estilo de vida de uma maneira profunda e não apenas associado à adoção de comportamentos específicos. A partir de uma leitura psicanalítica, o autor compreende o estilo de vida como uma modalidade de relação social na qual considera o sujeito e seus desejos. De acordo com os dados, a preocupação com o sustento da família, o desejo de agradar o marido, a identificação que mesmo pessoas afetivamente queridas poderiam não encarar positivamente as mudanças foram aspectos que compuseram essa compreensão. As relações interpessoais constituem e caracterizam o ser humano ao longo da vida e podem agir contribuindo ou dificultando para adoção de um estilo de vida saudável.

“Quando eu vi que se eu morresse, quando eu olhei pra trás eu tinha um monte de filhos e netos com a boca esperando, como passarinho, a boquinha para o pão” (E02).

“E obviamente a minha família que me apoiou, alguns amigos que me deram orientações” (E03).

“Meu marido já estava reclamando. (...) Eu estava muito gorda pesando 93 quilos. Meu marido começou a dar uns toques. Ele dizia que era preocupado com a minha saúde. Na verdade, eu sei que ele estava preocupado com a saúde, mas também a estética ele estava incomodado também” (E04).

A necessidade de superar influências negativas de pessoas afetivamente próximas foi fundamental para a adoção de hábitos saudáveis.

“Eu percebi que algumas pessoas até familiar, até amigos, em vez de lhe motivar, dizia ah você tá ficando magro demais, ah você num sei o quê? Pra que esse negócio todo dia? Num sei o quê. Infelizmente tem pessoas ao redor de nós, da gente, de nosso convívio diariamente, que às vezes desmotivam você, não faça isso não. (...) Vai morrer de todo jeito” (E05).

Foi observado que os pacientes agiram como multiplicadores dos hábitos saudáveis, favorecendo mudanças positivas na família. Minayo (2007) falou sobre a relevância dos referenciais sociais para as escolhas dos sujeitos. Pode-se pensar que os pacientes, diante dos resultados satisfatórios, tornaram-se referenciais para os familiares.

“...Meu marido mesmo gostava muito de carne vermelha. Hoje em dia (...) quando come é um pedacinho assim porque ele comia à vontade (...). Ele adorava doce. Ele aprendeu a comer frutas. Aqui todo mundo se adaptou ao meu estilo” (E06).

Outro aspecto do convívio familiar surgiu. Identificou-se a sobrecarga de atribuições como causadora de malefícios. Foi necessária uma mudança na maneira de se relacionar, já que a forma como estava acontecendo estava afetando negativamente a saúde.

“Eu me preocupava com a minha mãe, com a minha irmã (...) e no dia a dia eu fui melhorando e relaxando” (E07).

O reconhecimento e o envolvimento familiar na conquista dos sujeitos foram vistos positivamente e como fonte de afetividade e de gratificação.

“Avissei a minha família e foi muito bonito porque todo mundo chorou, todo mundo se emocionou. Foi muito bom” (E08).

“Saí terça-feira do consultório, liguei pras minhas filhas e disse: daqui a dois meses talvez eu saia da insulina, a vibração delas” (E11).

O surgimento de um problema de saúde na família tornou-se um obstáculo para manutenção da rotina, dificultando, mas não sendo capaz de impedir o processo de mudança.

“A vida da gente por hoje ela (a esposa) ter um problema e não saber que é renal. Porque eu tenho mais esse problema com um filho de dois anos, então hoje já está mais assim um pouco, como se diz, mais atribulado. Ela faz tratamento de hemodiálise hoje três vezes na semana, quatro horas (...). Aí, na verdade, hoje mesmo assim, eu tive que mudar até um pouco a caminhada” (E09).

A união da família foi citada como aspecto facilitador para adoção de um novo estilo de vida.

“Sempre com o apoio de todos. Que estavam ao meu redor (...). A minha esposa tinha ido ao nutricionista procurar e ver aquilo que você gosta; aí hoje praticamente o que ela come eu como. A gente conseguiu conciliar o que ela come com até com as meninas. A gente criou uma rotina também mais ou menos parecida pra que não fique parecendo que eu sou o diferente ou que é diferente, mas vai ter sempre uma coisa que eu gosto mais do básico a gente procura fazer as coisas bem parecidas (...). A gente vai vendo que isso não faz bem só pra gente. Faz bem também pra todo mundo que tá com a gente. Com as pessoas que estão com a gente” (E10).

O desejo de estar presente com a família foi fundamental para o processo de mudança.

“Um suporte muito grande da família, a família acho que ajuda bastante, você ter uma filha pequena que você tem que cuidar. Eu acho que isso aí me motivou bastante” (E12).

Straub (2007) salientou a influência das relações familiares e do meio social para a compreensão dos hábitos de um sujeito. Nas falas dos entrevistados, percebe-se essa influência, ora incentivadora ora desmotivadora da família.

Mayega *et al.* (2014) referem em seus achados que questões sociais e financeiras foram citadas como obstáculos na adoção de melhores hábitos para a saúde, corroborando os achados das entrevistas. Esses aspectos, no entanto, não foram suficientes para impedir que as mudanças fossem adotadas. Percebeu-se que o desejo de mudança e melhoria de saúde foi preponderante nesses sujeitos.

5.1.5 Preocupação com a genética

Surgiram questões sobre os antecessores familiares de cada sujeito, dando origem à categoria nomeada preocupação com a genética. Quatro entrevistados se referiram a como isso fortaleceu o desejo de melhorar o estilo de vida. A preocupação com o adoecimento familiar pregresso agiu como impulsionador para a mudança.

“Minha mãe é hipertensa” (E01).

“Meu irmão mais velho que faleceu em 2008 por AVC. Eu vi que a minha família tem uma tendência a, a AVC. Derrame cerebral” (E02).

“Meu pai morreu de infarto muito cedo. E meu pai é hipertenso desde cedo. Eu não sou hipertensa, mas eu tinha esse agravante sério que era esse colesterol alto, que é familiar. A família de meu pai todo mundo tem o colesterol alto, então todo mundo tem que tratar isso daí” (E04).

“(...) Eu já tinha na família mãe com diabetes, irmã com diabetes” (E12).

Sabe-se que a origem genética influencia no risco de adoecimento cardiovascular. Parece pertinente terem surgido falas que se enquadram nessa categoria. Rippe; Angelopoulos (2014) falaram em estudo sobre estilo de vida dessa tendência familiar. Os entrevistados demonstraram ter consciência de que sua origem genética pode afetá-los negativamente no que diz respeito às doenças cardiovasculares.

5.1.6 Ganhos

Todos os entrevistados identificaram resultados positivos por terem modificado o estilo de vida. Esse tema deu origem a uma categoria denominada ganhos. Eles citaram perda de peso, redução de glicemia, de colesterol e de estresse, melhora no sono e na autoestima e aumento na disposição. Esses resultados são previstos por dados da World Health Organization (2014) que atestam que três quartos de todas as mortes por doenças cardiovasculares poderiam ter sido prevenidas por mudanças no estilo de vida.

Seguem, portanto, os ganhos trazidos pelos sujeitos.

A melhora do estado emocional foi um dos resultados identificados. Citou-se aumento da autoestima e do bem-estar e redução da ansiedade. Em pesquisa realizada com pacientes diabéticos e obesos, Wycherley *et al.* (2014) encontraram melhora na qualidade de vida dos sujeitos após adoção de medidas de mudança de estilo de vida como prática de atividade física e redução calórica na alimentação.

“Tudo isso melhorou um pouco, essa ansiedade que eu tinha. Encarar melhor a questão da ansiedade e deixar os problemas pequenos que às vezes a gente transforma em maior. Em termos de encarar de frente, não potencializar coisas que são mínimas do dia a dia” (E01).

“Minha autoestima melhorou, comecei a ver as roupas folgando (...) eu estava me sentindo bem, meu intestino funcionando melhor” (E04).

Estou me sentindo melhor, mais disposta. Isso traz muitos benefícios para a gente” (E06).

“Eu me olhava na frente do espelho e já me via gente” (E07).

A perda de peso, a redução da glicemia, do triglicéride e da pressão arterial também foram identificados como ganhos no processo de mudança. Mayega *et al.* (2014), em pesquisa qualitativa sobre mudança de hábitos através da adoção de dieta balanceada e prática de atividade física, relataram que os sujeitos as viam como sacrifício. Os entrevistados da presente pesquisa demonstraram interesse em acompanhar os resultados objetivos que

começaram a surgir após as medidas adotadas. Pode-se pensar que a responsabilização pela própria saúde através do acompanhamento dos resultados objetivos e identificação dos resultados subjetivos tenha funcionado como fator de motivação para que os sujeitos continuassem com as mudanças adotadas, minimizando os aspectos restritivos e as frustrações inerentes ao processo.

“E a partir do momento que eu passei a fazer a caminhada, eu percebi a qualidade de vida, o sono, a resistência, o peso, comecei a perder peso naturalmente me alimentando bem. (...) um colesterol que naquele primeiro momento há três meses estava 276, ácido úrico 11, 12 baixar o ácido úrico para três, baixou o colesterol para 163, peso estava pesando 81 quilos, passei a pesar 76 quilos. Pressão arterial era 14 por 10 agora está a maioria das vezes 11 por 7. Então tudo isso me motivou a mudar a qualidade de vida. Uma pessoa mais tranquila, uma pessoa melhor que busca se alimentar da melhor forma possível” (E05).

“Melhoramos muito o estado de saúde. Cheguei a cento e vinte e seis quilos. Hoje eu estou com cento e quatorze” (E02).

“Eu consegui em menos de dois meses reverter bastante os índices que estavam altíssimos (...). Eu perdi na faixa de 15 a 17 quilos. Isso faz seis meses. Os índices todos de glicose foram derrubados mesmo. Foi ah, num tá excelente, mas está ótima. Vamos dizer assim. Os demais índices cardiovasculares que também eram problemáticos, triglicérides e colesterol, foi tudo, tudo pra baixo, ficou ótimo” (E03).

“Minha pressão ficou normal (...). Eu me senti muito bem, estou me sentindo muito bem (...). Estou super bem, super feliz (...). Não tive mais prisão de ventre que eu sempre tive prisão de ventre também. Então eu estou me sentindo ótima. Estou me sentindo super bem” (E08).

“Não demorou muito, eu comecei a ver os resultados e consegui mantê-los (...). Eu poder me sentir melhor, eu me sentir mais é a vontade, me sentir mais bonito, me sentir mais saudável” (E10).

“O queimor que eu tinha no estômago eu não sinto mais” (E11).

Como se pode perceber, a adoção de hábitos saudáveis e mudança no estilo de vida geraram consequências positivas, refletidas em indicadores de saúde melhores e bem-estar emocional e físico. A importância da mudança de estilo de vida para a prevenção de doenças é trazida em estudos como o de Farkouh *et al.* (2013) e Crouch *et al.* (2011). Eles salientam os resultados positivos na redução do risco cardiovascular quando os pacientes adotam práticas saudáveis em seu dia a dia.

Em pesquisa realizada com pacientes hipertensos, Beigi *et al.* (2014) identificaram melhora no estilo de vida e no controle de comportamentos negativos após realização do programa de educação com os sujeitos. Observou-se que a mudança de estilo de vida dos entrevistados da presente pesquisa gerou resultados positivos e tornou-se motivação para a manutenção dos hábitos saudáveis e estímulo para novos.

5.1.7 Mudança

Na última categoria deste tópico, foram incluídas as falas referentes a aspectos relacionados ao novo estilo de vida adotado pelos entrevistados. Eles falaram sobre a mudança na rotina diária desde as atividades que começaram a praticar até assuntos como o interesse por informações de saúde. Todos os participantes da pesquisa falaram sobre alguma dessas questões.

De forma geral, os entrevistados ressaltaram prática da atividade física, adoção de uma dieta balanceada, redução do estresse e extinção de comportamentos nocivos como o fumo e o excesso de bebida alcoólica. As mudanças realizadas pelos entrevistados coincidem com aquelas recomendadas pelas pesquisas. Rocha *et al.* (2010); Mozaffarian *et al.* (2011); Perk *et al.* (2012) recomendam como hábitos para uma vida saudável: prática regular de atividade física, adoção de dieta balanceada, ausência de tabagismo e de estresse, tempo adequado de sono. Percebe-se congruência, portanto, com os resultados aqui encontrados.

A mudança alimentar e a inserção da atividade física na rotina foram hábitos citados pela maioria dos entrevistados. Eles reduziram ingestão de carne vermelha, aumentando consumo de carnes brancas, leguminosas, frutas e verduras. Foi comum os sujeitos iniciarem a cuidar, a preparar a própria alimentação ou, pelo menos, supervisionar mais de perto o que seria consumido. A prática de caminhadas ou outras atividades físicas como pilates, musculação, corrida e futebol foram citadas como parte essencial da nova rotina. É interessante notar que eles conseguiram aplicar as recomendações médicas de uma maneira individualizada, considerando os desejos e as particularidades de cada um. Dessa maneira, a mudança de estilo de vida pode ser compreendida, conforme concebido por Barreto (2010), como uma nova modalidade de relação social, um novo modo de existência.

“Eu venho há muitos anos já seguindo uma alimentação mais, mais saudável né? Frutas, verduras sempre. Eu pratico também o pilates” (E01).

“Passei a comer muito frango. Em casa, é mais frango e peixe. É muita salada, todos os dias nós comemos muita salada. São frutas, eu gosto muito de frutas. A gente mora muito

pertinho da feira, então eu mudei radicalmente. Eu passei a, a caminhar, eu passei a comer direito. Eu comecei a mudar meu ritmo de, meu pensamento de vida, a pensar mais no futuro” (E02).

“Mudei alimentação, mudei exercícios, mudei uma série de coisas (...). Eu me alimento pouco, pelo menos de três em três horas. No máximo estourando, quatro horas e meia, cinco horas, então fazendo sempre um lanche pra manter a dieta mais equilibrada” (E03).

“Eu não faltava academia, de jeito nenhum. Pelo menos três vezes na semana eu ia na academia e duas vezes eu continuava dançando, então eu estava fazendo atividade física todos os dias aeróbica (...) alimentação balanceada. Eu estava comendo frutas, legumes, verduras. Gordura controlado e carboidrato eu estava comendo muito pouco. Quando eu usava o carboidrato, eu usava os integrais” (E04).

“Fui buscar fazer uma atividade física. Atividade física melhor que eu encontrei pra mim num primeiro momento foi no início fazer a caminhada. E a partir do momento que eu passei a fazer a caminhada, eu percebi a qualidade de vida, o sono, a resistência, o peso, comecei a perder peso naturalmente, me alimentando bem. Me corrigindo educadamente na minha maneira de me alimentar e tudo isso foi em questão de três meses (...). Coisas que a gente pode comer tudo, porém de forma limitada” (E05).

“Mas eu faço caminhadas (...) comer devagar, se alimentar devagar. É muito importante. Você procurar adquirir esse hábito. Você comer devagarinho. Você tá na mesa, aquela rodada de pizza. Muita gente come logo, pra querer outro, acabou, vai querer outro, acabou vai querer outro. Você fica naquela ali devagarinho, é né? Termina aquilo, pronto. Você tá satisfeita sem engordar muito (...). A minha mesa é farta de muita verdura. Quase todo dia tem salada de frutas. É a sobremesa” (E06).

“Hoje eu me reeduquei em tudo. Tanto na alimentação, como até na própria vida porque na verdade eu só tomo cerveja num final de semana, mas às vezes até tem finais de semanas que eu nem, devido também a isso” (E09).

“Eu chegava dez e meia onze horas e jantava aquilo tudinho” (E10).

“Hoje eu troquei o carro por bicicleta e academia e continuo levando minha vida normal. Eu mudei a alimentação” (E11).

“Comecei a fazer atividade física visando a saúde (...) eu sigo a dieta a risca, faço atividade regularmente eu monitoro o peso, é...faço o máximo possível pra não engordar porque a gordura ela aumenta resistência a insulina e, conseqüentemente, isso não é bom

para mim, então eu acho assim que eu tenho um estilo de vida que favorece é... o dia a dia, a convivência com a doença” (E12).

“Chegou a minha aposentadoria e com a aposentadoria há condição de mais tempo, disponibilidade e com essa disponibilidade eu procurei colocar como meta todos os dias no mínimo uma hora de atividade física” (E07).

Quando questionados sobre o motivo da busca de atendimento médico, surgiram respostas relacionadas a atitudes de responsabilização pela própria saúde através da busca de informações, de atendimento multiprofissional e da redução dos sintomas negativos. O interesse pelo aumento do conhecimento sobre a doença e como preveni-la foi uma maneira que cinco sujeitos utilizaram para fortalecer o desejo de mudança. A satisfação desse desejo de conservação de si mesmo é identificada como parte fundamental para o funcionamento saudável do aparelho psíquico (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

“Eu comecei a procurar os profissionais. Nutricionista, endocrinologista, cardiologista (...) comecei a fazer uma pesquisa pra ver se revertia essa infame doença que é terrível (...) e eu mudei no primeiro mês. Radicalizei no primeiro mês” (E03).

“Tem um livro, eu peguei o livro, li o livro” (E04).

“Leio muito, procuro pesquisar. (...) Tem que ler muito” (E06).

“Eu estou assim como uma nutricionista (...). Eu já sei de tudo. (...) Então aprendi muito. Li muito sobre isso pela internet. Procurei ler também” (E08).

“Pesquisando muito, lendo muito eu sabia que eu poderia se eu tivesse muita força de vontade, eu poderia minimizar os problemas da diabete pra que ela não me cause sequelas” (E12).

É interessante observar que algumas mudanças ocorreram com longo intervalo de tempo. O desejo de um novo estilo de vida parecia estar presente anos atrás, mas a adoção de uma rotina saudável só foi possível no decorrer do tempo. A elaboração sobre um tema na vida do ser humano é um processo contínuo. A escolha pelo novo estilo de vida parece ter ocorrido gradualmente. Não foi algo que ocorreu num dado momento. Pode-se compreender que o processo de amadurecimento psíquico aconteceu através do aumento da capacidade de tolerar a frustração momentânea (FREUD, 1920/2006).

“O cigarro eu deixei assim também. Eu fumava desde os 14 anos; quando foi os quarenta e poucos anos eu também deixei de fumar. Eu fumava duas carteiras por dia. E um dia eu desisti, eu digo não, eu vou parar. Eu fumava o cigarro apagado (...). Hoje não estou comendo sal nenhum, não é pouco sal, não estou comendo sal nenhum e açúcar nenhum (...). Eu era formiga por torta, por doce, por bolo. É, eu comia assim uma barra de chocolate

vendo uma novela (...). O cigarro eu deixei assim também. Eu fumava desde os 14 anos quando foi os quarenta e poucos anos eu também deixei de fumar. Eu fumava duas carteiras por dia. E um dia eu desisti, eu digo não, eu vou parar. (...) Porque quando eu chegava assim no shopping chega travava, chega eu salivava entende de tanta vontade de tanto desejo. Eu comia muito assim, compulsivamente. (...)Eu comparo o meu carrinho de compras dos outros e antigamente eu não tinha essa consciência” (E08).

Straub (2007) falou que a maioria das pessoas é bastante consciente dos seus hábitos nocivos, mas isso não é suficiente para a mudança. Os participantes dessa pesquisa pareceram ter consciência e conhecimento do que era prejudicial à saúde. As mudanças ocorreram, no entanto, a partir do momento em que prevaleceu um impulso para a vida, quando os sujeitos fizeram escolhas e levaram adiante impulsos de autopreservação (FREUD, 1911/2006). Freud (1920/2006) explicou que manter-se escravo do prazer tornaria a manutenção da vida impraticável.

As mudanças relatadas pelos sujeitos passaram pela frustração de abrir mão de práticas habituais e prazerosas e aceitação dos riscos de adoecimento como prioritários. Straub (2007) salientou que a rotina na vida adulta foi adquirida pela observação dos pais e dos familiares nos primeiros anos após o nascimento. A árdua tarefa de trocar hábitos prazerosos e nocivos por saudáveis passa por mais esse obstáculo: fazer uma escolha consciente através da compreensão das resistências inconscientes que podem estar impedindo tal realização (FREUD, 1950/2006).

Outro empecilho à mudança é citado por Matarazzo (1982) quando afirma que a maioria dos hábitos prejudiciais à saúde ocorre de maneira inter-relacionada. As mudanças adotadas pelos entrevistados apresentaram essa mesma característica. Os sujeitos citam a adoção de comportamentos em conjunto como atividade física e alimentação saudável ou atividade física e psicoterapia para auxiliar na redução de peso. Esse achado reflete a importância de cada mudança como favorecedora para adoção de outra. Crouch *et al.* (2011), em estudo relacionado sobre prevenção de doenças, sugere aumento nos gastos com prevenção de risco cardiovascular, estimulando a adoção de um estilo de vida saudável.

5.2 Relacionadas ao Profissional de Saúde

No grupo relacionado ao profissional de saúde, surgiu uma categoria com temas relacionados aos atendimentos oferecidos pelos cardiologistas e endocrinologistas, nomeada como encontro médico paciente.

5.2.1 Encontro médico paciente

Foram agrupadas as falas que explicitaram nuances do relacionamento estabelecido com o profissional de saúde e diziam respeito às orientações oferecidas por eles, assim como a maneira como eles as forneceram. Os pacientes entrevistados atribuíram aos médicos ações que facilitaram o processo de compreensão e adoção das medidas de mudança de estilo de vida.

Martin *et al.* (2005) pontuaram que o relacionamento com o profissional de saúde é fator preponderante na adesão ao tratamento. A capacidade para criar empatia com o paciente, percebendo aspectos da subjetividade, foi uma atitude citada pelos participantes como fundamental na postura dos médicos. Os entrevistados falaram sobre questões que diziam respeito a esse tema. Barreto (2010) salientou o papel do profissional de saúde que pode mobilizar o estilo de vida de seu paciente com a reflexão:

“Eu melhorei um pouco. Depois das conversas com minha médica melhorou bastante essa questão de encarar coisas que têm de acontecer na vida. Filho ir pra fora de casa, sair de casa, você se estressar muito” (E01).

“Minhas visitas à doutora me ajudaram muito (...) com o trabalho feito com ela (...) eu fui me sentindo mais forte, aí eu fui me vendo com outros olhos. Eu fui me vendo como pessoa que realmente tinha algo. E que esse algo também tinha muita importância e que isso eu teria que me reerguer. E aí me ajudou muito” (E07).

Os entrevistados falaram sobre os médicos de maneira afetiva e próxima, demonstrando que possuem uma relação profissional duradoura. A constância no contato interpessoal foi capaz de trazer soluções criativas para a díade. De acordo com Magnezi; Bergman, Urowitz (2014), os pacientes cujo médico considera a subjetividade, a afetividade e o contexto social adotam com maior frequência as recomendações por ele sugeridas. As falas mostraram que a confiança no tratamento aumentou nas relações em que os médicos se colocavam de maneira próxima e afetiva para o sujeito. Falou-se sobre a importância da escuta e do acolhimento oferecidos pelo médico.

“O doutor tem sido um anjo da guarda pra gente, na verdade, se não fosse por ele, eu não sei o que seria. Há quatro anos que estou com ele, não largo, nós melhoramos muito o estado de saúde” (E02).

“Os meus médicos que souberam (...) me colocar numa posição de reagir quanto a essa doença. Hoje em dia eu posso falar que como a própria endocrinologista falou, eu

nunca vi uma mudança tão rápida de alguém (...). Em termos de reagir aos índices que estavam” (E03).

A psicoterapia foi vista como fundamental para o processo de mudança. O acompanhamento psicológico favoreceu a força de vontade para persistir nos propósitos que haviam sido definidos. Freud (1912/2006) esclareceu que toda ação humana possui motivações inconscientes que podem ser contrárias a decisões conscientes. Através da psicoterapia, foi possível conhecer aspectos para superação de resistências à mudança e para o fortalecimento de atitudes mais racionais na vida.

“A terapia me ajudou muito. Talvez se eu não tivesse ido primeiro fazer a terapia, eu não tivesse tido a força de vontade que eu tive para fazer porque eu não tomei nenhum remédio (...). Foi força de vontade mesmo” (E04).

Aspectos da personalidade do médico foram citados como importantes para as mudanças adotadas. Os pacientes parecem indicar a importância na postura do profissional de saúde. Eles demonstraram estar atentos a questões emocionais e éticas, sugerindo que a coerência e a constância nas ações geraram impressões positivas e motivação.

“Ele me orientou muita coisa, cuidou da gente com todo carinho” (E02).

“Quando eu conheci meu médico. Tive o prazer de conhecê-lo. Ele sempre sorrindo com aquela alegria toda dele” (E06).

“Ela é uma pessoa coerente, é uma pessoa amorosa, é uma pessoa responsável. Gosto muito dela” (E08).

Zolnierek; Dimatteo (2009) mostraram que a comunicação pode ser um obstáculo para a adoção das recomendações médicas. Os pacientes entrevistados demonstraram possuir uma relação construída com o médico e não apenas um contato pontual, o que favoreceu a comunicação e os resultados encontrados. A comunicação adequada pode ser estabelecida quando um sujeito se aproxima do outro e pode falar para ele que é constituído por singularidades e subjetividade

“Ela sabe lidar comigo, ela tem um pouco de psicologia porque eu chego lá, fico apereada, minha pressão estava alta, eu chorava, eu ficava apereada e ela sempre me consolava. Eu acho que médico é isso. Tem que ter um pouco de psicologia com você, então assim. Eu estou em boas mãos (...). Todo ano eu vou a ela. (...) mais de 20 anos” (E08).

“Ele tem aquela paciência de orientar e coordenar o paciente e cada paciente é uma história diferente e eu vejo no meu médico que ele é paciente (...) o meu médico (...) é um cara fantástico, não é só um médico ele é um amigo, quando ele diz você faz isso, eu faço, porque ele é o profissional, ele que está me orientando” (E11).

Martin *et al.* (2005) explicam que a proximidade relacional do paciente com o seu médico é fundamental para que aquele siga as recomendações sugeridas. Os participantes da pesquisa demonstraram proximidade, reconhecimento e afetividade pelos médicos que os assistem. O papel do médico no processo de mudança de estilo de vida parece ter sido ressaltado no que se refere ao contato relacional e à capacidade de estabelecer um relacionamento empático com o seu paciente.

Em estudo prospectivo realizado com 119 pacientes, Karademas *et al.* (2014) afirmam que os efeitos negativos de conceitos errôneos dos pacientes podem ser minimizados pela quantidade de informações fornecidas pelos médicos. Os participantes da pesquisa explicaram que os médicos ofereceram orientações e recomendações sobre hábitos saudáveis, reforçando a importância da mudança de estilo de vida para a saúde. Alguns receberam essas indicações por muitos anos até que tomassem a decisão de adotar as mudanças. Os pacientes consideraram positivo quando o profissional explicou extensivamente o assunto e também quando ofereceu ferramentas para favorecer a mudança.

“É a cardiologista que já vem pedindo isso há muito tempo (...) essa mudança de estilo de vida” (E03).

“O que todo médico orienta. Mudar o estilo de vida, mudar, reeducar a alimentação e praticar exercício físico (...). Ela conversou seriamente comigo e disse você sabe que você tem o risco de ter uma doença cardiovascular” (E04).

“A doutora ela disse que a melhor coisa seria eu fazer, desenvolver uma atividade física (...) através da orientação médica também que foi bastante fundamental; tudo isso foi orientação médica, através da (...) cardiologista (...) eu busquei essa qualidade de vida” (E05).

É importante notar nas falas referentes às recomendações médicas que a repetição e persistência do médico, transmitindo as informações com calma e clareza, foram fundamentais para o desejo de mudança dos pacientes. Em congruência com a pesquisa de Karademas *et al.* (2014), pode-se inferir que, diante da complexidade humana, o médico deve ampliar as formas de se comunicar e criar estratégias de confirmar se o paciente o está compreendendo.

“Aí disse olhe eu acho melhor você emagrecer um pouquinho. Para poder fazer a cirurgia. É bem melhor. Aí eu estava certo, do jeito que ela disse (...) assim no início, ela tinha umas folhinhas assim que dava assim isso aqui deve evitar algumas, assim de alimentação. Ela dava algumas sugestões. Ai eu guiei por aquela folhinha que ela me dava. Ela dava e eu lia e comecei a fazer” (E06).

“E ela disse você vai tirar o sal. Com a nutricionista também você vai ter que tirar o sal e tirar o açúcar. (...) Ela explicou dizendo assim que o sal podia ser substituído por vinagre, pelo azeite, por orégano, essas coisas, então ela começou a me explicar ela também disse que eu tinha que perder peso” (E08).

“Ele orientou que eu deveria fazer caminhadas. E na verdade fazer uma dieta porque (...) eu não sabia que eu era hipertenso, eu não sabia que (...) o fígado já estava comprometido” (E09).

“O médico me orientou a fazer bastante exercício (...) que eu tinha que deixar de comer o que eu comia sempre e passar a comer coisas integrais de três em três horas em quantidade (...) pequena” (E11).

“Todas as determinações do médico e do nutricionista e atividade física que era uma coisa que escolhia (...) passei a fazer regularmente. A atividade física passou a ser um tratamento” (E12).

Percebem-se pontos que se destacaram na comunicação médico paciente. O primeiro diz respeito às orientações transmitidas e o segundo à afetividade na comunicação médico paciente. Em relação às orientações, os sujeitos explicitaram o enfoque dado pelos médicos como voltados para a transmissão das informações sobre comportamentos saudáveis para prevenção do risco cardiovascular ou sobre os malefícios dos hábitos nocivos. Muitos estudos como os de Kones (2011); Perk *et al.* (2012); Farkouh *et al.*, (2013) afirmam a importância de hábitos saudáveis para a manutenção da saúde cardiovascular. Surgiram, nas falas dos sujeitos, as explicações dos médicos sobre a importância da adoção de dieta balanceada, da prática de atividade física e da redução do estresse e cessação do tabagismo.

Em relação à afetividade na comunicação com os médicos, a escuta e cuidado com as singularidades de cada um foram fatores descritos pelos sujeitos como essenciais nesse complexo processo de mudança. Alguns chegaram a comparar o papel do médico com o do psicólogo, profissional que se caracteriza pela escuta e acolhimento das questões subjetivas.

Nesse sentido, Martin *et al.* (2005) relatam a importância de como o profissional de saúde se dirige e se comunica com o paciente. Seguir orientação médica depende diretamente desse aspecto. Quando se estabelece uma relação afetiva, e o profissional de saúde se implica para comunicar-se da melhor maneira possível, buscando conhecer seu paciente, surgem mais possibilidades de mudança nesse contato relacional.

6 CONCLUSÃO

A realização do presente estudo permitiu conhecer aspectos que motivaram alguns pacientes na conquista de metas preconizadas pela ciência médica para prevenção de risco cardiovascular.

Foi possível perceber que apesar dos obstáculos, os pacientes buscaram tornar cada situação cotidiana catalisadora para a mudança de estilo de vida. Diante dos dados coletados, chama-se atenção para a importância dada a questões da subjetividade. Nas oito categorias que surgiram das falas dos entrevistados, sete se referiram ao sujeito, e uma se referia ao profissional de saúde.

As escolhas para um estilo de vida saudável passaram pela esfera da mudança interna, fazendo-se necessário refletir sobre os tratamentos médicos oferecidos. Pode-se pensar na inclusão de um psicólogo que atua nessa compreensão de aspectos subjetivos, para facilitação do processo de mudança.

A escuta desses pacientes permitiu observar que as metas foram atingidas pela junção de uma série de fatores. Cada participante trouxe peculiaridades na motivação para mudança. Eles falaram sobre o cotidiano, sobre os ganhos gerados pela adoção de um novo estilo de vida, sobre o relacionamento interpessoal.

O impulso para a vida foi fator comum em todos os sujeitos. O desejo de mudar o estilo de vida, tornando os hábitos saudáveis, parece ter sido preponderante para que os hábitos negativos fossem abandonados. Essa pulsão de vida permeou as escolhas dos sujeitos, permitindo que a mudança ocorresse gradualmente. Percebe-se que o desejo de mudança foi ganhando forma e aos poucos se tornou suficientemente forte para que se tornasse uma ação. Pode-se dizer que a mudança ocorreu num processo contínuo e não de maneira estanque e pontual.

Outro ponto da subjetividade que se apresentou, foi a capacidade dos sujeitos de utilizarem os dados da realidade ora transmitidos pelos médicos ora percebidos pelos sintomas físicos e psíquicos como motivadores para as mudanças a serem adotadas. O funcionamento ligado ao princípio da realidade foi predominante. Os sujeitos mostraram-se capazes de abrir mão de hábitos antigos, muitas vezes prazerosos, por novos pelo desejo de que tal atitude gerasse consequências positivas.

Apesar de terem surgido em menor quantidade, o tema relacionado ao profissional de saúde também tiveram relevância. Eles tratavam de assuntos relacionados à comunicação no atendimento médico e à afetividade do profissional de saúde. Os pacientes destacaram as

atitudes dos médicos que atuaram considerando a individualidade e adotando estratégias para facilitar a comunicação com o paciente. Nota-se que os sujeitos possuíam relacionamento profissional e não apenas um contato pontual.

Mesmo ao seguir os protocolos para tratamento, percebe-se, na prática clínica e na literatura, a presença de entraves na adoção das recomendações médicas oferecidas. O atendimento clínico revelou-se uma esfera criativa e dinâmica na qual os resultados dependem de aspectos objetivos e subjetivos. Foi possível observar que a mudança do estilo de vida exige do sujeito um posicionamento claro sobre os objetivos que pretende atingir, superando resistências em si mesmo e no seu entorno, seja social, familiar ou no próprio tratamento.

Enfim, o processo de transformação de cada sujeito apresentou-se de forma singular. A mudança de estilo de vida trouxe sentimentos vivenciados por eles como gratificantes. Através do presente estudo, pode-se perceber a importância de pensar nos pacientes como sujeitos, plenos de capacidades, e escutá-los em relação àquilo que vivenciam na prática para facilitar a transposição de obstáculos na adesão ao tratamento.

Percebe-se como limitação dessa pesquisa a composição da população ter sido feita apenas por sujeitos da rede particular de assistência. Pode-se sugerir que outros estudos sejam realizados incluindo pacientes da rede pública, buscando ampliar a população investigada. Abre-se espaço, portanto, para pensar em novas pesquisas que visem conhecer comportamentos, vivências e experiências de sucesso nos tratamentos em saúde. Essas informações podem facilitar no aprimoramento dos tratamentos médicos oferecidos, favorecendo a adesão dos pacientes e o contato relacional com o profissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada sujeito possui uma identidade que lhe é própria, construída e reconstruída ao longo da sua biografia. A genética, o ambiente físico, a afetividade, o contexto histórico tornam cada ser humano único; no entanto, um pouco do que há em um indivíduo está presente em seu semelhante através de diferentes combinações.

A busca pela compreensão do processo de mudança, comprovadamente difícil, pode abrir um leque no aprimoramento do conhecimento de comportamentos de sucesso. Nas entrevistas realizadas, foi possível perceber que cada sujeito teve um caminho para realizar a mudança em suas vidas, mas todos eles possuem desejos em comum: continuidade, permanência, apoio da família, autocuidado. Prevaleceram nesses sujeitos impulsos para vida e consciência da realidade. Cada um, a seu modo, parecem aproveitar o que a vida lhe oferece da melhor maneira.

A identidade de um indivíduo não é estanque, fixa. Com a passagem dos anos, as escolhas individuais ganham predominância sobre as heranças recebidas. A capacidade de pensar torna a vida do ser humano possível de ser recriada. As diversas óticas trazidas pelos sujeitos aqui entrevistados como motivadoras para os seus processos de mudança trazem em comum essa singularidade: única em seu conjunto e comum pela escolha de atitudes que prolongam e fortalecem o desejo pela vida.

O presente trabalho buscou encontrar, na visão de cada paciente entrevistado, a singularidade da mudança de estilo de vida e as repetições capazes de auxiliar na compreensão desse processo. Buscaram-se informações que possam ser úteis para a superação dos entraves observados nos elevados indicadores de doenças cardiovasculares em todo o mundo e nas baixas taxas de adesão de um estilo de vida saudável para o aparelho cardiovascular.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, N.B. *et al.* Association of Health Professional Shortage Areas and Cardiovascular Risk Factor Prevalence, Awareness, and Control in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**. v. 4, p.565-572, 2011.
- AVEZUM, *et. al.* A. Associação de fatores psico-sociais com infarto agudo do miocárdio na América Latina: resultados do Estudo INTERHEART. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v.85, supl.4, set. 2005.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRETO, R.A. A psicanálise na clínica do estilo de vida: uma escuta político-institucional. **Estudos de Psicanálise**, v.34, p.123-128, 2010.
- BEIGI *et al.* The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. **Int Cardiovasc Res J**. n. 8, p. 94–98, set. 2014.
- BELL, R.A.; KRAVITZ, R.L. Physician counseling for hypertension: What do doctors really do? **Patient Education and Counseling**. v. 72, 1, p. 115-121, julho 2008.
- BONNER, C. *et al.* Communicating cardiovascular disease risk: an interview study of General Practitioners' use of absolute risk within tailored communication strategies. **BMC Fam Pract**. v.106, n.15, p.1-18, 29 maio 2014.
- BRADLEY, E. H. *et al.* Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. **Implementation Science**. v.25, n.4, p.1-26, 8 maio 2009.
- COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011. Temas Livres.
- CROUCH, R. *et al.* A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. **Int J Evid Based Healthc**. v.9, n.3, p. 236-45, set 2011.
- CURRY, L.A. *et al.* What Distinguishes Top-Performing Hospitals in Acute Myocardial Infarction Mortality Rates? **A qualitative Study**. **Annals of Internal Medicine**. v. 154, n.6, p.384-390, 15 mar 2011.
- DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: Pearson Makron Books, 2005.
- FARIAS JR *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.14, n.1, p.50-62, mar. 2011.
- FARKOUH, M. E. *et al.* Risk factor control for coronary artery disease secondary prevention in large randomized trials. **Journal American College Cardiology**. v. 61, n.15, p.1607-1615, 16 abril 2013.

FERREIRA, A. B. DE H. **O Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. Petrópolis: Vozes, 2003. 13 ed.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise. (1912). In: O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos. [

Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Além do Princípio do Prazer (1920). In: Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. O Ego e o Id (1923). In: O ego e o id e outros trabalhos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GARCIA-ROZA, L. A. **Acaso e Repetição em Psicanálise**. Uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

GARDNER, H. **Mentes que Criam**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GO *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics—2014 Update. A Report From the American Heart Association. **Circulation**. v.129, n. 3, p.399-410, 21 jan. 2014.

GODOY-MATOS *et al.* Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - 3.ed. - Itapevi, São Paulo, **AC Farmacêutica**, 2009.

JURKIEWICZ, R.; ROMANO, B.W. Doença arterial coronariana e vivencia de perdas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.93, n.3, p.327-333, 2009.

KARADEMAS, E.C. *et al.* Maladaptive health beliefs, illness-related self-regulation and the role of the information provided by physicians. **Journal of Health Psychology**. 7 agosto 2014.

KHAN, A. N. *et al.* The 2009 canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension. **Canadian Journal of Cardiology**, v.25, n.5, p.287-98, 2009.

KONES, R. Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals, and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. **Drug Design, Development and Therapy**.:5 p. 325–380, 2011.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1988.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Prev Med**. v. 55 (3):p.163-170, set. 2012.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista de Medicina**.v.87, n.4, p.232-237, 2008. Seção Aprendendo.

MAGNEZI, R.; BERGMAN, L.C.; UROWITZ, S. Would Your Patient Prefer to Be Considered Your Friend? Patient Preferences in Physician Relationships. **Health Education and Behavior Journal**. 25 ago 2014.

MARSH, D. R. *et al.*. The power of positive deviance. **BMJ**, v. 329, p. 1177-1179, 2004.

MARTIN, *et al.* The challenge of patient adherence. **Ther Clin Risk Manag**. v. 1(3): p.189-199, 2005.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 3. ed. New York: Harper & Row, 1987. 369p.

MATARAZZO, J. Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. **American Psychologist**, 37, p.1-14, 1982.

MAYEGA, R. W. *et al.*. 'Change means sacrificing a good life': perceptions about severity of type 2 diabetes and preventive lifestyles among people afflicted or at high risk of type 2 diabetes in Iganga Uganda. **BMC Public Health**. 14 (1):864, 21 ag 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>
Acesso em 11/09/2014.

MORRIS, C. G.; MAISTO, A. A. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

MOZAFFARIAN, D. *et al.* Changes in Diet and Lifestyle and Long-Term Weight Gain in Women and Men. **N Engl J Med**, v.364, n.25, p.2392-2404, 2011.

- PERK, J. *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). **European Heart Journal**. v. 33, p. 1635-1701, 2012.
- RIPPE, J. M; ANGELOPOULOS, T. J. Lifestyle Strategies for Cardiovascular Risk Reduction. **Current Atherosclerosis Reports**. v. 10, n. 16, out. 2014.
- ROCHA, M.I.U.M. *et al.* Lifestyle, health characteristics and alcohol abuse in young adults who are non-daily smokers. **Med J**, v.128, n.6, p.354-359, 2010.
- SANTOS, R.D. *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Consumo de Gordura e Saúde Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 100 (1 Suplem 3), p. 1-40. 2013. Suplemento.
- SHAROVSKY, L.L.; ROMANO, B.W. Sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com síndrome metabólica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.30, n.4, p.603-608, out.-dez.2013.
- SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 101(Supl.2): 1-63, 2013.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. São Paulo, Artmed: 2007.
- SZAPIRO, A.N.; RESENDE, C.M.A. Juventude: etapa da vida ou estilo de vida? **Psicologia & Sociedade**, v.22, n. 1, p.43-49, 2010.
- TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. O conceito de motivação na Psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. VII, n 1, p. 119-132, 2005.
- VRABLIK M. *et al.* Biomarkers of cardiometabolic risk in obese/overweight children: effect of lifestyle intervention. **Physiol Res**. 2014.
- World Health Organization (WHO). **World health statistics 2014**. Geneva: WHO Press, 2014.
- WOTTRICH, S.H. *et al.* Gênero e manifestação de *stress* em hipertensos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.28, n.1, p.27-34, jan.-mar. 2011.
- WYCHERLEY, T.P. *et al.* Weight loss on a structured hypocaloric diet with or without exercise improves emotional distress and quality of life in overweight and obese patients with type 2 diabetes. **J Diabetes Investig**. v.1, n.5, p.94-98, 12 fev. 2014.
- XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.101, N.4, 2013.
- ZOLNIEREK K. B. H.; DIMATTEO M. R. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. **Med Care**. v. 47(8): p. 826-834, 2009.

APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado pelo CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário de Aracaju / Universidade Federal de Sergipe - HU / UFS

PROJETO DE PESQUISA

Título: MUDANÇA DO RISCO CARDIOVASCULAR PELO ESTILO DE VIDA: UM OLHAR DO PACIENTE

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Pesquisador: RACHEL BARRETO SOTERO DE MENEZES **Versão:** 1

Instituição: Hospital Universitário de Aracaju / Universidade Federal de Sergipe / HU-UFS **CAAE:** 02707312.3.0000.0058

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 57206

Data da Relatoria: 13/07/2012

Apresentação do Projeto:

Delinamento do projeto apresenta estrutura adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as mudanças de estilo de vida para redução de risco cardiovascular

Objetivo Secundário:

Descrever as mudanças no estilo de vida dos pacientes. Conhecer os fatores favoráveis e as dificuldades para mudança do estilo de vida; Quantificar os indicadores laboratoriais retrospectivos e atuais dos pacientes. Identificar as crenças e representações dos pacientes que modificaram o estilo de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não apresenta riscos para os pacientes já que serão realizadas entrevistas com os pacientes com prévio consentimento dos mesmos e os dados coletados serão mantidos em sigilo pela pesquisadora. O material só será lido na íntegra pela pesquisadora e seus orientadores. Benefícios: Melhoria da qualidade de atendimento médico e consequente mudança de estilo de vida de pacientes que buscam atendimento clínico com cardiologista já que apesar o controle do risco cardiovascular, a busca pela longevidade saudável passa, necessariamente, pela adoção de hábitos protetores para o coração, para a efetividade desses tratamentos, o médico traz os conhecimentos acadêmicos, técnicos, científicos e o paciente traz a vivência prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pretende buscar compreensão a partir do olhar dos pacientes sobre os fatores que motivaram sua mudança de estilo de vida e, consequentemente, melhoraram os indicadores que sugeriam risco de desenvolver doenças cardiovasculares para que se possa aprimorar a intervenção clínica e aumentar a eficiência desse tipo de tratamento médico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

No projeto e no TCLE os Benefícios referem-se ao contexto da intervenção clínica, recomenda-se garantir o encaminhamento do voluntário que não apresente mudança no estilo de vida, nem acompanhamento médico regular.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Verificar recomendações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

ARACAJU, 17 de Julho de 2012

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza

APÊNDICE B – Solicitação aos médicos

Venho por meio desta, solicitar colaboração dos senhores (as) na seleção de pacientes a serem entrevistados para realização da pesquisa de mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Sergipe realizada pela pesquisadora Rachel Barreto Sotero com a orientação do Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho. O título da pesquisa é MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA EM SITUAÇÕES DE RISCO CARDIOVASCULAR: UM OLHAR DO PACIENTE.

Entende-se adoção de um estilo de vida saudável atingir peso ideal, praticar atividade física, controlar o estresse, não fumar e consumir álcool moderadamente. Para a presente pesquisa, serão selecionados indivíduos de ambos os sexos, de faixa etária entre 18 e 65 anos de idade em acompanhamento médico ambulatorial que conseguiram modificar seu estilo de vida, adotando hábitos saudáveis, adotando as orientações médicas há pelo menos seis meses, melhorando, conseqüentemente, o fator de risco cardiovascular.

Caso algum paciente se encaixe na delimitação da pesquisa, gostaria muito de ter acesso ao contato do mesmo e realizar a entrevista. Eu mesma farei o contato, agendarei a entrevista e a realizarei em ambiente reservado.

Agradeço desde já a colaboração.

Atenciosamente,

Rachel Barreto Sotero

Psicóloga Clínica CRP 19/1049

Contatos: 9138-5521 ou 3042-6601

e-mail: rachelbsm@hotmail.com

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos você a participar da Pesquisa “Mudança de estilo de vida em situação de risco cardiovascular: um olhar do paciente”. Como se sabe, a mudança de estilo de vida é essencial para prevenção de doenças cardiovasculares. Apesar disso, a manutenção de um estilo de vida saudável é difícil de ser conquistada. Acredita-se que através da melhoria na qualidade do atendimento médico, muitas doenças cardiovasculares possam ser prevenidas.

Assim, nosso trabalho pretende investigar com os pacientes que atingiram sucesso na redução do risco cardiovascular quais os fatores que favoreceram essas mudanças. Essas informações podem ser úteis no aprimoramento dos tratamentos clínicos oferecidos a esse tipo de paciente, assim como abrir um espaço para novas investigações na área.

Esta análise será feita através de entrevistas individuais com a própria pesquisadora. Os dados coletados serão usados com a finalidade de pesquisa.

As entrevistas serão realizadas no consultório do seu próprio médico e gravadas para, então, serem analisadas. Nenhuma informação pessoal será divulgada. A pesquisadora estará à disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos da pesquisa e vocês terão o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Eu li o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento realizarei. Eu concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do responsável

Aracaju, de de

Psic. Rachel Barreto Sotero – Pesquisadora

Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho– Orientador da pesquisa

Telefone para contato: (79) 9138-5521

(79) 3232-1801

APÊNDICE D – Roteiro para entrevista

Pergunta geral:

- Como foi seu processo de mudança de estilo de vida?

Perguntas complementares:

1. Por que você buscou atendimento médico?
2. O que foi que o seu médico lhe orientou para cuidar da sua saúde?
3. Você considera que tem um estilo de vida saudável? Fale um pouco sobre a sua rotina diária.
4. Quais as mudanças que você implementou depois de iniciar acompanhamento médico?
5. O que você acha que ajudou para que você atingisse seus objetivos?
6. Qual o principal motivo para você mudar o estilo de vida?

Aracaju, de de .

Pesquisador participante