



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JOSEFINA MARIA BATISTA NÉTA

**PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE
HIPERDIA:
QUAIS AS MUDANÇAS DE VIDA?**

Josefina Maria Batista Néta

**PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE
HIPERDIA:
QUAIS AS MUDANÇAS DE VIDA?**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado e Licenciatura.

Prof^a. Orientadora Dr^a. Maila Beatriz Goellner

Ariquemes-RO
2015

Josefina Maria Batista Néta

**PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE
HIPERDIA:
QUAIS AS MUDANÇAS DE VIDA?**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado e Licenciatura.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Dr^a. Maila Beatriz Goellner
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Ms. Roberson Geovani Casarin
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Ms. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 09 de novembro de 2015

Dedico este estudo a Deus, por estar sempre em meu caminho; aos meus filhos, Nicolly e José Gabriel; e ao meu esposo Odair José que sempre me compreendeu me dando forças para seguir em frente, e por me ajudar a tornar este sonho realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que deu coragem de questionar a realidade, e por estar sempre ao meu lado me conduzindo.

Aos meus filhos Nicolay Batista Santos e José Gabriel Batista Santos, base de amor e carinho; e ao meu esposo, Odair Jose Moreira Santos, pela compreensão e por estar comigo no decorrer deste caminho.

A toda minha família que com muito carinho me apoiou durante essa jornada.

À Dr^a. Maila Beatriz Goellner, por me aceitar como orientanda, auxiliar em todos os momentos de dúvidas, e por me orientar com paciência e incentivo, tornando possível a conclusão deste trabalho.

Aos colegas do curso de psicologia, com os quais convivi durante esses anos.

Às amigas, Leopoldina e Letícia pelo incentivo, apoio constante, paciência nas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

À professora Dr^a. Rosieli Alves, meus agradecimentos pelo carinho e compreensão.

À professora Dr^a. Rosani Alves, pelo incentivo nesta caminhada.

À professora Ms. Sônia Carvalho, que com muito carinho contribuiu para realização desta pesquisa.

Ao professor Ms. Roberson, que durante esta jornada contribuiu com seu conhecimento, incentivo e carinho.

A todos os professores que durante minha jornada acadêmica contribuíram com dedicação e carinho.

Aos pacientes participantes do grupo de hiperdia da Unidade Básica de Saúde Emília Sayuri Ueda, que voluntariamente fizeram parte desta pesquisa.

*“O coração bem disposto é remédio eficiente,
mas o espírito oprimido resseca os ossos”.*
(Provérbios 17.22).

RESUMO

Os pacientes diagnosticados com Hipertensão e Diabete *Mellitus*, do grupo hiperdia, podem desencadear diversos fatores psicológicos, que influenciam diretamente todo o seu contexto psicossocial. Com esse pressuposto, o presente estudo teve como objetivo compreender os aspectos emocionais e as consequências na vida diária dos pacientes, que participam do grupo de hiperdia da Unidade Básica de Saúde Emília Sayuri Ueda, localizada na cidade de Ariquemes - RO. A metodologia utilizada foi pesquisa qualitativa, que contou com a participação de 10 pacientes do grupo de hiperdia. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada com perguntas norteadoras e um questionário sócio-demográfico. Para a análise dos dados, foi usado o método de conteúdo de Bardin. Neste estudo emergiu duas grandes categorias, a emoção e a mudança de vida após o diagnóstico dentro desta surgiram as subcategorias, que foi percebida a importância do profissional de psicologia nas Unidades Básicas de Saúde, em especial no grupo de hiperdia, para trabalhar as questões emocionais e as mudanças de hábitos do paciente, de maneira que tenham melhor qualidade de vida e intervir para que o sofrimento psíquico do paciente seja o mínimo possível, sendo possibilitada a prevenção do diagnóstico.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes *Mellitus*; mudança estilo de vida; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Patients diagnosed with hypertension or diabetes mellitus, from the group hyperdia, can develop a lot of psychological factors that can directly influence all of his psicossocial contexto. With this assumption, the presente study has the objective to understand the emotional aspects and the consequences in the diary life of patients, who participate in the group of hyperdia in the basic health unit Emilia Sayuri Ueda localized in the city of Ariquemes – RO. The methodology utilized in this qualitative research, that had the participation of 10 patients of the group of hyperdia. It has been utilized as data collect tool one semi-estructured interview with guideline questions. For the data analysis, it has been utilized Bardin's contente analysis. In this study it has emerged two great categories, emotion and change of life after diagnostic. To deal with this demand, especially in the hyperdia group nothing better than the psychology professional, because the psychologist who can work the emotional questions and change of behaviors in the patient, in a way that they have a better life quality

Keywords: hypertension, diabetes mellitus, lifestyle change, health psychology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAS	Hispertensão Arterial Sistêmica
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 PARTICIPANTES	22
4.3 LOCAL.....	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	22
4.5 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERENCIAS	39
ANEXOS.....	45
APÊNDICES	50

INTRODUÇÃO

Atualmente percebe-se a importância da saúde mental e física no contexto saúde doença de cada indivíduo, no âmbito psicológico. Nesta direção, já em 1982 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) aprovou o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária no país, a fim de proporcionar melhores condições de internação aos pacientes, com um padrão assistencial mais humanizado, e com objetivo principalmente, de desenvolver a rede ambulatorial e incrementar novas formas intermediárias de assistência psiquiátrica, buscando dentro os princípios da Saúde Mental, um novo olhar, visando alcançar a realidade do paciente em seu contexto. (DIMENSTEIN, 1998).

Neste sentido, proporcionou um lugar de destaque à equipe multiprofissional, abarcando entre os atendimentos ambulatoriais, a Psicologia Clínica que se configurava de relevância, no que diz respeito à escuta. Sendo assim, a equipe de saúde mental, da qual o psicólogo passou a ser membro integrante, começou a assumir a responsabilidade com uma demanda que necessitava destes serviços. Nesta mesma direção, o psicólogo assumiu um papel importante na medida em que foi preciso ampliar as técnicas de diagnóstico e de tratamento só possíveis com diferentes profissionais, além de supervisionar e orientar os trabalhos a serem realizados, uma vez que é um atendimento ambulatorial. (DIMENSTEIN, 1998).

Deste modo, é importante destacar que nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou de uma grande luta pela democratização da saúde no Brasil, que buscava estabelecer e ampliar o acesso e o reconhecimento da saúde como direito universal do ser humano, sendo assim, a criação do SUS abre um grande leque de esperança para o cidadão.

Essa conquista apoiava as ações que remetiam à questão social e da saúde como direito de todos, e com isso previa a participação da população na gestão pública, fazendo prevalecer o indivíduo, e o grupo. A conquista legal do SUS no país, ficou estabelecido à saúde é um direito de todos, passando a ser um processo amplo, que busca a atenção em relação à integralidade, hierarquização, regionalização e a descentralização. É importante mencionar que o poder público

municipal é o responsável por investir em medidas de atendimentos que possam suprir as necessidades da demanda de saúde da sua população, contando com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Direcionando para a temática Diabetes *Mellitus*, a Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo (Brasil 1998, *apud* Miranzi et al, 2008) a define como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou incapacidade da insulina multiplicada no organismo, podendo apresentar os seguintes sintomas: polidipsia, poliúria e borramento da visão e também a perda de peso.

Já a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é uma doença de natureza multifatorial, que pode estar associada a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, apresentando a elevação da pressão arterial. Neste sentido, Braga (2006) apresenta outros fatores de risco como cárdio e cerebrovasculares, e também complicações renais. Assim, é a partir dessa afirmação que se objetiva ressaltar as mudanças de hábitos, e a ingestão dos fármacos diariamente proporcionarão efeitos colaterais diversificados.

Nesta direção as políticas de saúde dirigidas a enfermidade como a do grupo de hiperdia, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro tem proposto várias medidas direcionadas para a Atenção Básica em Saúde (ABS), implantando no ano 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes *mellitus*, priorizando um controle de prevenção. Esses pacientes são assistidos por ações desenvolvidas em grupos coordenados por profissionais de saúde como, médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros (MELO et al., 2011). Ainda neste itinerário, foi criado por meio da Portaria nº 371/GM, de 4 de março de 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e Diabetes *Mellitus*, que incorporou diretrizes visando ações de prevenção no diagnóstico e tratamento de controle das doenças por meio de trabalho de atenção à saúde, para garantir tratamento mais eficaz, e com isso propiciar o bem estar ao paciente. (OLIVEIRA GOMES; ROCHA; SANTOS, 2010).

Destarte, se faz necessário conhecer quais as mudanças que ocorrem na vida cotidiana do paciente acometido pelo diabetes e hipertensão, a fim de se compreender o processo de adoecimento, pois mediante a disposição de pressupostos teóricos diferenciados, na condução do enfrentamento ao sofrimento físico e psíquico, o tratamento da doença pode se dar de maneira mais lenta.

(NASCIMENTO, 2013). Destarte, o paciente do grupo de hiperdia, ao receber o diagnóstico da sua realidade, pode desencadear mudanças significativas tanto no seu comportamento alimentar, quanto nos aspectos psíquicos.

Diante da realidade apresentada, justifica-se este trabalho no fator de entender a relevância das mudanças ocorridas por pacientes do grupo de hiperdia, considerando, a maneira como tais mudanças ocorrem, bem como, a conscientização de cada paciente, visando assim, a importância de aderir ao controle do tratamento, à prevenção e a própria saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Básica de Saúde é responsável pelo cuidado primário da saúde, sendo compreendida de ações prestadas a pessoas e à comunidade, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde. (BRASIL, 1998 *apud* FERMINO et al., 2009).

O SUS foi uma conquista de muitas lutas por parte dos cidadãos brasileiros, sendo discutido desde 1988 e implementado em 1990. É importante mencionar, que apesar dos avanços aguçados por esta conquista, os problemas contemporâneos, como as mudanças nos aspectos econômicos, sociais no sistema de saúde, doenças são visíveis, assim como os que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas. Essa relação que se pretende problematizar neste momento que o projeto de uma Política Nacional de Humanização retoma o que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Além disso, com a criação do SUS, enfatizou-se a importância da inclusão do psicólogo na área da saúde, e a reorganização do modelo estabelecido, começa a ter uma atenção básica tendo uma nova visão da prática profissional, que priorizam o importante campo de trabalho para profissionais de Psicologia. (ARAGAKI et al., 2012). Entretanto, dá-se a necessidade de que a qualidade de saúde da população melhore, assim, na perspectiva da OMS são apontadas as seguintes dimensões.

No que se refere a propondo uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente. (SOUZA; CARVALHO, 2003, p. 516).

Neste sentido, estes autores afirmam que a visão da OMS é global, uma vez que “considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada paciente”. (SOUZA; CARVALHO, 2003, p. 516). Com isso, o SUS visa todas as ações sobre a recuperação onde desenvolve promoção, proteção e reabilitação, bem como, a recuperação da saúde do paciente. (ALMEIDA, 2013).

Deste modo, buscar políticas para estabelecer o bem estar do paciente com direitos à saúde.

O acesso aos serviços de saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um conceito amplo e envolve dimensões econômica, técnico-assistencial, política e simbólica. O acesso ao serviço de saúde inclui a capacidade da pessoa em buscar e obter atenção a saúde e, para isso, verifica-se um empenho dos gestores através da elaboração de propostas de novas diretrizes para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização das ações em saúde e organização do sistema por meio da atenção básica. (FAQUINELLO et. al., 2010, p. 738).

O SUS através da integralidade oferta a assistência aos seus usuários, possibilitando o direito de um atendimento em conjunto de acordo com as demandas dos serviços de saúde, priorizando assim, a ação de atenção integral em todas as esferas da saúde. (ALMEIDA, 2013).

Direcionado para HAS, é válido mencionar que é uma doença crônica, que afeta principalmente a fase adulta, causando um risco de 20% da população mundial, de doenças cardiovasculares que levam a morte, elevando o alto custo, com fármacos e médicos. (BORGES et al., 2012). As causas desta enfermidade podem conduzir os pacientes a não terem controle da doença, e a não seguirem a recomendações necessárias, o que torna um problema de saúde pública. (BASILE, NICHOLS-ENGLISH, WAEBER 2000, *apud* MORI et al., 2010).

É importante ressaltar que a HAS e o DM como doenças crônicas possuem uma evolução silenciosa, que possui um processo de diagnóstico difícil, além da dificuldade de adesão ao tratamento, gerando um desafio para os profissionais de saúde que atendem esta demanda, cabendo-lhes procurar soluções para minimizar essas barreiras, de maneira que os pacientes possam aderir ao tratamento. (ALVES; CALIXTO, 2012).

O Diabetes *mellitus* (DM), por ser tratar de uma doença a qual o paciente convive no cotidiano, se torna mais difícil quando se trata do controle ou promoção da saúde. (FARIA; BELLATO, 2010). Desta forma, as autoras abaixo pontuam sobre o a dificuldade a adesão da insulina no organismo do paciente com o DM.

A possibilidade de associação da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* é da ordem de 50%, o que, não raro, requer o manejo das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa o dano micro e macrovascular decorrente, acarretando alta morbidade cardiocerebrovascular. Além desses, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* ainda apresentam outros aspectos em comum: etiopatogenia;

fatores de risco; tratamento não medicamentoso; caráter crônico; prevenibilidade; assintomaticidade em estágios iniciais; difícil adesão ao tratamento; requisição de acompanhamento por equipe multidisciplinar e fácil diagnóstico. (SANTOS; MOREIRA, 2012, p. 1112).

Faquinello et al., (2010), pontua que as Unidades Básica de Saúde, (UBS) em meados da década de 1970, despertaram grande interesse científico sobre a importância destas, compondo a rede em saúde, que tem como o objetivo promoção do bem estar dos pacientes.

Destarte, menciona que as UBS denominam estratégias de políticas e habilidades na área da saúde, tendo uma visão ampla da problematização, no âmbito de saúde-doença, compõe rede que atende a população local de cada setor, e com isso proporcionam ações de prevenção social, e organização de atividades de saúde individual e coletiva. (PASSOS, CIOSAK, 2006).

Desta forma, é no contexto da UBS que os pacientes têm acesso a essas políticas. Assim, são cadastrados nacionalmente, garantindo um atendimento especializado na rede ambulatorial, através do grupo de hiperdia. O procedimento é realizado da seguinte forma:

Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sus (DATASUS), denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde. Uma vez o usuário cadastrado, através do sistema é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto (RODRIGUES et al., p. 45, 2012).

Nesta direção, os grupos hiperdia têm ocupado espaço amplo de produção de cuidados, nas políticas econômicas de saúde, de histórias e valores e transformação de estratégias, promoção do bem estar do paciente, de acordo com a realidade do sistema que produzem. (MELO et al., 2011).

Neste contexto, o trabalho do psicólogo no âmbito do SUS, tem uma gama de atividades amplificadas, dentre as quais estão o estudo e avaliação do desenvolvimento emocional e dos processos mentais e sociais relacionados ao indivíduo e grupos para amenizar o sofrimento. (CBO, 2002 *apud* FERMINO et al., 2009).

Procede ao estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições de várias naturezas, onde quer que se dê em essas relações. Aplica conhecimento teórico e técnico da Psicologia, com o objetivo de identificar e intervir nos fatores determinantes das ações e dos sujeitos, em sua história pessoal, familiar e social, vinculando-as também a condições políticas, históricas e culturais. (CFP, 2005 *apud* FRANÇA; VIANA, p.1 2006).

As medidas do Ministério da Saúde brasileiro têm proposto uma série de formalidades e políticas do SUS, que priorizam o investimento em capacitação dos profissionais da rede básica, para garantir à estabilidade, e oferecer o acesso dos pacientes as unidades de saúde, para tratamento, acompanhamento e promover a reorganização e a ampliação do atendimento na qualidade de vida para os portadores das doenças crônicas. (MELO et al., 2011).

Destarte, o grupo de hipertensão foi criado mediante a Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por meio de um plano de regionalização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* com objetivo de instituir diretrizes para desenvolver ações de prevenções no controle das doenças e na reorganização do trabalho desenvolvido na atenção à saúde. Diante deste contexto, “tratar-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos, acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças” e medicamentos para o controle da doença. (OLIVEIRA GOMES; ROCHA; SANTOS, 2010, p. 134).

Vale ressaltar, que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos portadores da HAS, após o diagnóstico, é a adesão ao tratamento, devido às mudanças proporcionadas pelo uso constante dos medicamentos. Os efeitos colaterais mais adversos podem ocorrer, o que por vezes leva o paciente a desistir do tratamento, pois aderir ao tratamento é entender a importância da utilização diária de diversos comprimidos, deste modo, muitos pacientes não entendem que a solução eficaz é o controle da doença é a prevenção, para não acarretam complicações no quadro da doença, e sim ao contrário, podem proporcioná-los um bom prognóstico. (OLIVEIRA GOMES; ROCHA; SANTOS, 2010).

Direcionando para o trabalho com hipertensos, por fazer parte do grupo hipertensão, que se trata de uma estratégia que prioriza as ações de promoção e prevenção da saúde, tais ações são voltadas para a recuperação e proteção à saúde, com informação profissional, podendo ser coletivas, individuais e em grupo

de melhoria e qualidade de vida. O paciente acometido pela HAS e diabetes *mellitus*, para estabelecer o conhecimento e mudanças psicológicas no percurso do seu tratamento, sendo alcançado pela oferta da qualidade de atendimento na rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2001 *apud* BRAGA, 2006).

Em relação ao diabetes é importante mencionar que se não for tratado de forma adequada, pode levar o indivíduo a apresentar, em longo prazo complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e até falência de alguns órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos que podem acarretar outros tipos de doenças, e também o infarto do miocárdio e acidentes vasculares e infecções. (RAMOS; FERREIRA, 2011).

Já a HAS define-se como uma doença crônica, não transmissível, sendo de natureza multifatorial, que “compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, que aumentam a tensão sanguínea nos vasos”. (BRASIL, 2002 *apud* QUARESMA et al., 2011, p. 69).

Vale destacar que estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas apresentam maior probabilidade de desenvolver formas patológicas como estresse, ansiedade, depressão e outros. Deste modo, esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldades de mudanças de hábitos e no manejo da doença que pode comprometer a adesão ao tratamento, e conseqüentemente a sua qualidade de vida é comprometida. (RAMOS; FERREIRA, 2011).

Falsetti e Lipp (2011) afirmam que o adoecimento não tem apenas causas orgânicas, pois o indivíduo pode ser diretamente afetado pelo ambiente em que está inserido, bem como pelos estímulos deste mesmo contexto.

Dentre estes estímulos apresentados após o diagnóstico da doença, destaca-se na literatura: o susto. (KUBLER-ROSS, 2005); a ansiedade. (RUSCHEL, 2013; FONSECA et al., 2009); a raiva. (FALSETTI; LIPP, 2011); a frustração (FERREIRA; CAPITÃO, 2010; MOURA; PASQUALI, 2006); a tristeza. (FARIA; BELLATO, 2010; APÓSTOLO et al., 2007; MARCELINO; CARVALHO, 2005; TEIXEIRA et al., 2006; SENE-COSTA, 2011); e a resignação. (MENEZES; QUINTANA, 2008). Emoções estas que afetam diretamente a saúde mental dos pacientes com doenças crônicas.

Outros aspectos que podem afetar diretamente a vida do paciente após o diagnóstico indicado na literatura é: a alimentação. (DOVERA, 2007; FARIA;

BELLATO, 2010; PONTIERE BACHION, 2010); o uso de variados remédios. (LIMA et al., 2011; ALVES; CALIXTO, 2012; PARES et al, 2003); a frequência no grupo de hiperdia. (LIMA et al., 2011; toscano, 2004; ZULIAN et al., 2013; MELO; CAMPOS, 2014; OLIVEIRA; GOMES, 2010); bem como as limitações deste paciente no enfrentamento a doença. (FANQUINELLO, 2010; GASPAR, 2011).

Diante do exposto, (Trindade e Teixeira (1998/2002, *apud* Almeida; Malagris, 2011), pontuam que a Psicologia da Saúde tem um papel muito importante na área, que abrange todo um contexto da ciência, como a saúde mental e física, no campo da medicina, vê o paciente como um todo, levando em conta todos os fatores que estão relacionados com o mesmo, seja cultural, social ou ambiental, centrado na saúde e na doença. Sendo que, a psicologia aponta o paciente diante do contexto da realidade com uma visão humanitária, para estabelecer o processo de saúde e proporcionar o bem estar do outro.

A psicologia da saúde, que dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção. Da doença, resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças. (SIMON, 1993 *apud* TEIXEIRA, 2004, p. 441).

Destarte, a Psicologia da Saúde tem grande gama de conhecimento na atenção à saúde, que busca ações de prevenção e promoção na elaboração e estabelecimento da saúde, e a política desenvolvida visa às três esferas, nível primário, secundário ou terciário, no processo do bem-estar da população (PIRES; BRAGA, 2009).

Desta forma, as políticas de saúde são direcionadas para desenvolver ações na estratégia no âmbito da saúde e doença, com isso a psicologia vem embarcar, no estado emocional, nas mudanças que ocorrem e no processo do adoecimento que se encontra o paciente, centrada em todos os contextos do mesmo, propiciando a saúde, sendo que.

[...] a Psicologia da Saúde constitui um campo da Psicologia destinado a entender as influências psicológicas sobre como as pessoas permanecem saudáveis, por que ficam doentes e como agem quando adoecem. Taylor (1999) focaliza ainda a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, as relações entre saúde-doença e o comportamento e as melhorias na sistemática de cuidado e formulação de políticas de saúde. (TAYLOR, 1999 *apud* PIRES; BRAGA, 2009, p.153).

O paciente vive seu estado de saúde diante do seu contexto da doença, no meio que ele se encontra. (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). Ao relacionar seu estado de saúde, que é imposto e que é saudável, pode estabelecer uma mudança no seu estilo de vida.

Vale ressaltar que na psicologia da saúde o atendimento através dos assistidos nas UBS, ou em outro espaço vai ter um olhar, visando o sofrimento psíquico. (GORAYEB, 2010).

Faquinello et al., (2010) afirmam que não é fácil conviver com uma doença crônica, pois requer uma adesão e comprometimento para não desencadear outros transtornos. Muitas vezes o paciente não está preparado para enfrentar sua condição de vida, sendo assim, é necessário um manejo da atual situação. Geralmente o paciente que faz parte do grupo de hiperdia precisará do auxílio e orientação para manter o controle que a família muitas vezes não consegue fornecer, para que o paciente consiga entender todo o aspecto emocional e todos os agravos da doença.

Quanto à emoção, “A palavra deriva do francês (*émotion*), que significa perturbação moral, e do latim (*motio*) ou (*emovere*), que quer dizer movimento, perturbação, agitação”. (SENE-COSTA, 2011, p. 87).

Neste mesmo contexto, para Rojas (1999, *apud* Sene-Costa, 2011) pontua que a emoção produz consequências de recordações e pensamentos produzidos à vivência de reações fisiológicas e psicológicas. Ressalta ainda, que pode ser uma conduta de experiências, e com isso, as recordações que o paciente terá em relação a suas experiências do que o diagnóstico vai representar para ele tornam mais difícil à aceitação da sua doença, afetando o psicológico.

O estado emocional, diante de um resultado positivo da doença crônica, pode trazer vários aspectos emocionais, como sentimentos e mudanças de hábitos alimentares, sendo assim, se faz necessário o controle da doença. Sabe-se que é muito difícil aderir às mudanças que ocorrem no processo de vida de cada paciente, no entanto a cultura, e os hábitos alimentares influenciam neste contexto.

Portanto, a participação do paciente é muito importante na solução eficaz, no controle da doença e no tratamento de suas complicações, que possam surgir ao longo do tratamento. (OLIVEIRA GOMES; ROCHA; SANTOS, 2010).

Os pressupostos da psicologia da saúde dever valorizar o processo em que o paciente se encontra e os fatores que ocorrem as doenças, visando o bem estar

emocional em todo o contexto e com isso buscar ações que coloquem a profissão voltada para as demandas sociais e contribuindo nas áreas da saúde. Portanto, torna-se necessária a realização de estudos científicos em relação a isto, e planejamento de estratégias de prevenção voltadas para a melhora do paciente e assim, propiciar mudança no estilo de vida, e ainda retardar complicações agudas ou crônicas no processo do adoecimento. (LIMA et al., 2011).

Vale ressaltar, que a pesquisa foi realizando em um grupo de hiperdia com finalidade de descobrir possíveis mudanças de vida após o diagnóstico. Que para Péres et al., (2003), a psicologia vem ao encontro com os fatores que estão relacionados às emoções que buscam compreender todos os aspectos envolvidos, desta forma, os diabéticos e hipertensos desencadeiam níveis mais elevados de sofrimento por causa de emoções como a tristeza, susto, ansiedade e a raiva, vivência de sofrimento e a não aceitação da doença.

Por fim, ao se tratar de doenças crônicas, as estratégias que priorizam as ações de controle e prevenção e o conhecimento dessas patologias, buscam-se aportes de recuperação e de prevenção à saúde do paciente, de reorientação sobre a doença e informação educativa, coletivas e em grupo na melhoria da qualidade de vida para que as mudanças não excitem transtornos psicológicos, cujas ações estejam voltadas na atenção básica. (BRASIL, 2000 *apud* BRAGA, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo buscou compreender os aspectos emocionais e as mudanças na vida diária dos pacientes participantes do grupo de hiperdia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as mudanças psicológicas que ocorreram mediante o diagnóstico de hipertensão e Diabetes *Mellitus*;
- Compreender a mudança de vida após o diagnóstico;
- Discutir a importância do trabalho do psicólogo com esses pacientes nas UBS's;
- Fornecer conhecimentos que subsidiem e fomentem estratégias de prevenção.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para a construção do estudo foi realizado uma pesquisa descritiva na abordagem qualitativa, através de levantamento de dados, que de acordo com Gil (2010, p. 42), "têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis". Ressalta ainda que levantar informações como crenças, atitudes e opiniões dos participantes de uma pesquisa que foi distribuída pela idade, gênero, nível de escolaridade, estado de saúde física e também mental.

4.2 PARTICIPANTES

Ao realizar a pesquisa foram selecionados aleatoriamente dez participantes do grupo Hipertensão com diagnóstico de hipertensão arterial, e diabetes *mellitus* que faziam parte do tratamento na Unidade Básica de Saúde Emília Sayuri Ueda, no município de Ariquemes/RO.

Como critério de inclusão da pesquisa os participantes envolvidos neste estudo foram aqueles diagnosticados com hipertensão e diabetes *mellitus* acoplados, e que aceitaram participar voluntariamente;

O critério de exclusão usado, foi aqueles que possuíam apenas um dos dois diagnósticos, e aqueles que não desejaram participar.

4.3 LOCAL

Unidade Básica de Saúde Emília Sayuri Ueda, localizada no município de Ariquemes/RO.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A), contendo quatro perguntas norteadoras para melhor compreensão das mudanças no estilo de vida do paciente. As entrevistas foram

gravadas e transcritas na íntegra. Segundo Manzini (2003, p.154) "a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista". Deste modo, tal tipo de entrevista pode aflorar dados de forma livre fazendo com que as respostas não estejam condicionadas a uma normatização de alternativas. (MANZINI, 1990/1991 *apud* MANZINI, 2003).

Foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos (Apêndice B) para caracterização dos participantes deste estudo.

4.5 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1995). Esta é definida como um conjunto de avaliações que são analisados os conteúdos de comunicação para obter, os procedimentos sistemáticos e de descrição dos dados das mensagens, indicadores podendo permitem os conhecimentos em relação às condições de produção e recepção das mensagens obtidas. (BARDIN, 1995).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) sendo aprovado, cujo número do parecer é 1.087.602. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidas as análises dos resultados. Assim, no quadro abaixo, para um melhor entendimento, será apresentado o Perfil Sóciodemográfico do grupo estudado.

Gênero	Masculino	02
	Feminino	08
Idade	Participantes 40 – 49	02
	Participantes 50 – 59	02
	Participantes 60 – 69	04
	Participantes 70 – 79	02
Estado Civil	Casado (a)	05
	Viúvo (a)	04
	União de facto/vive junto (a)	01
Escolaridade	Ensino médio completo	03
	Ensino Fundamental incompleto	07
Profissão	Dor Lar	05
	Aposentado	04
	Técnico Educacional	01
Renda Familiar	Menos que 01 salário mínimo	01
	01 salário mínimo	03
	02 salários mínimos	06
Com quem vive atualmente	Esposo (a)	05
	Esposo (a) e filho (s)	01
	Filhos	02
	Netos	01
	Outros	01

Fonte: Dados da pesquisa

QUADRO 1 – Demonstração da amostra do Perfil Sóciodemográfico

O quadro a seguir trata da análise dos resultados observada nas narrativas, desta emergiram duas grandes categorias denominadas respectivamente “**emoção**” e “**mudança de vida após o diagnóstico**”. No decorrer deste capítulo essas duas categorias serão discutidas, assim como, os conteúdos emergentes.

Para um entendimento, mais preciso, serão apresentadas as categorias referentes a cada conteúdo que emergiram, sendo estes representados no quadro abaixo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Emoção	Tristeza Resignação Susto Frustração Ansiedade Raiva
Mudança de vida após o diagnóstico	Alimento Remédio Grupo de Hiperdia Limitação

Fonte: Dados da pesquisa

QUADRO 2 – Caracterização das categorias

Dessas categorias obtiveram subcategorias com vários conteúdos que serão descritos abaixo, a partir do diálogo vivenciado junto aos participantes, sendo que as transcrições foram mantidas fielmente.

Na categoria emoção emergiu uma subcategoria que foi denominada *tristeza* conforme as narrativas abaixo.

“[...] padece um pouco [...]”. (P/01).

“[...] a gente padece um pouco [...]”. (P/02).

“[...] causa muita coisa desagradável [...] pra mim foi um surpresa, não agradável, desagradável [...] não tem disposição pra nada pra sai, só que fica em casa deitada, não tem animo pede o animo [...]”. (P/04).

“Ha foi muito difícil pra mim [...] quando eu recebi foi muito difícil pra mim [...] não dome bem a noite é muito difícil [...]”. (P/06).

“Ha! Foi muito triste [...]”. (P/08).

“[...] fica um pouquinho meio decepcionado [...] não fiquei muito contente não [...]”. (P/09.).

“[...] entristecer [...] fica triste né [...]”. (P/10).

Com relação ao conteúdo de emoção desvelado nas narrativas dos participantes deste estudo, Faria e Bellato (2010), referem que os pacientes com doenças crônicas não compreendem o agravo da doença, elevando a um mal estar físico, modificando seu estado psicológico no processo do ser saudável. Conforme Apóstolo et al., (2007) o diabetes e a hipertensão se caracterizaram como uma doença crônica que atingem tanto o físico como o psiquê. Assim, os participantes desta pesquisa colaboraram aos achados dos autores descritos, na medida em que referiram um sentimento de tristeza em decorrência da notícia do diagnóstico. Assim, os aspectos emocionais podem atrapalhar no controle da doença. (MARCELINO e CARVALHO; 2005).

Nesta mesma direção, seguindo o conteúdo de tristeza que emergiu das narrativas dos participantes, Teixeira et al., (2006) pontuam que os aspectos sociais e os fisiopatológicos, tem uma associação relacionada com a emoção, que afetam, bem estar, e interferindo no meio. Ragassi (1998, apud Sene-Costa, 2011) ressalta que, quando se está triste é porque aconteceu algo que o fez se sentir triste, que ao identificar-se por um objeto que causou esta emoção, ao se expressar, o paciente mostra seu sentimento frente à tristeza perante algo desagradável ou inesperado que pode levar a uma reação de imensa tristeza, que torna prejudicial à saúde.

Desta forma, a tristeza causa alterações no organismo, podendo influenciar no tratamento e controle da doença, assim, o sentimento interfere diretamente no estado emocional do paciente. Logo, a tristeza causa uma reação emocional ao receber o diagnóstico de uma doença crônica, que torna difícil.

Seguindo nesta direção na categoria denominada emoção, emergiu o sentimento de resignação conforme os relatos a seguir:

“[...] eu tenho que conviver com a diabete mesmo [...] fazer o que agora, já pareceu mesmo, carrega ela por resto da vida [...]”. (P/01).

“[...] vou levando a vida assim [...]”. (P/02).

“[...] mas tem que leva a vida [...] vai levando a vida assim [...] tem que se conformar [...]”. (P/04).

“[...] a diabete não sara, diabete não sara, não tem cura [...] e uma coisa que fica na vida da gente marcada [...]”. (P/06).

“[...] depois que a doença aparecer agente não tem jeito de correr dela tem que enfrenta [...] ser conforma né [...]”. (P/08).

Os participantes do grupo de hiperdia relatam a resignação. Estes poderiam estar se ausentando da responsabilidade de buscar o controle da doença. Nesse sentido, o estudo de Péres et al., (2003) se relaciona aos achados, na medida em que por manter a crença de não poder fazer nada para mudar a atual condição de vida, acha que nada pode fazer para reverter a situação, e acaba se acomodando com a situação de estar doente. A resignação é a capacidade do ser humano de aceitar a realidade e com isso não mudar com a finalidade de minimizar o sofrimento psíquico. (MENEZES, QUINTANA; 2008).

De maneira, que surgiu o sentimento de *susto* nas narrações dos participantes conforme relatos a seguir:

“[...] baque, que deu em mim [...] receber uma notícia que você esta com algum problema de saúde que [...] não sabia [...] leva um tremendo susto um choque [...]”. (P/01).

“[...] foi um surpresa [...] quando descobri que tava com doença [...] uma surpresa [...] receber uma noticia que [...] esta com algum problema de saúde que você não sabia [...] leva um tremendo susto um choque [...] eu pelo menos foi um choque quando eu subi que já tava com diabete [...]”. (P/04).

“[...] falou que eu tinha diabete eu dei um grito doido, custei a me acostuma com a situação [...] quando o rapaz falou que eu tinha diabete eu dei um grito doido, custei a me acostuma com a situação [...]”. (P/07).

“[...] no começo é um baque né, um baque [...]”. (P/08).

“[...] assusta também já não sente bem [...]”. (P/10).

Após o diagnóstico, o paciente não entende o que está acontecendo na sua vida diante do adoecer e ao mesmo tempo começa a questionar, possibilitando varias reações de emoções (KUBLER- ROSS, 2005). Sendo assim, o susto é uma das reações imediatas por não entender o real significado da situação, conforme se observou nas narrativas dos participantes. Geralmente o paciente não está preparado para aquele momento, fazendo com que torne difícil entender a realidade que terá que conviver, isso poderá causar um descontrole emocional e a não

aceitação da doença, até compreender tudo principalmente a circunstância da doença. Neste sentido, o susto diante do adoecer de uma doença crônica é algo que lentamente precisará ser elaborado, pois é uma condição difícil da vida para qualquer pessoa.

Percebe-se nas narrativas que emergiu outro conteúdo, sendo este frustração diante da doença conforme as narrativas:

“[...] se tenho vontade de comer uma coisa, não pode comer aquela coisa ele que comer, é da aquela vontade parecendo um verme [...]”. (P/01).

“[...] faço muito tratamento é nada resolver [...] andava com meus meninos que eles viajavam muitos, viajava com eles né, agora não posso, mas, agora eu sou, mas caseira [...]”. (P/06).

“[...] eu nunca esperava que eu era hipertensa [...]”. (P/07).

“[...] eu não queria tomo remédio pra diabete [...]”. (P/08).

A frustração por ser um sentimento de incapacidade diante de uma situação do adoecimento foi percebida nas narrativas dos participantes desta pesquisa.

De acordo com o conteúdo de frustração que emergiu nas narrativas dos participantes, Rosenzweig (1944/1948), apud Ferreira; Capitão, (2010) pontuam que existem dois tipos de frustração, a primeira é a frustração primária que é decorrente de uma quantidade de tensão sendo a insatisfação que é subjetiva, a segunda é a frustração secundária caracterizada, diante de um obstáculo e dificuldade que produz a uma insatisfação de algo, quando o organismo se deparar com uma barreira que provoca a satisfação vital, e isso ocorre um sofrimento emocional, diante da situação desta vivência. A frustração é vista como um problema de dificuldades para o indivíduo, onde se desenvolvem mecanismos, de frustração que podem aparecer como uma defesa na superação, relacionada com a doença (MOURA, PASQUALI 2006). Diante de todo contexto da doença se sentir incapaz de estabilizar, a aceitação de um diagnóstico positivo de uma determinada patologia, onde emergem situações de emoções por não conseguir mudar uma situação que estabelecerá sua real condição de impotência, que leva à ansiedade, fazendo com que surja um sentimento de incapacidade diante do adoecimento percebida nas narrativas dos participantes desta pesquisa.

Nesta direção, diante de tanto sofrimento psíquico, o paciente com doença crônica terá que enfrentar suas frustrações, ou seja, o que pode e o que não pode fazer. A saúde psicológica pode estar comprometida diante de um diagnóstico, o que torna mais difícil conseguir lidar com a frustração.

Assim, nesta primeira categoria surgiu o conteúdo de ansiedade conforme os relatos abaixo:

"[...] da vontade de comer pudim eu vou e faço e como, como mesmo ai no outro dia ai no outro [...]". (P/07).

"[...] preocupada [...]". (P/08).

A ansiedade é uma resposta da reação do organismo que afeta o estado mental e psíquico, (RUSCHEL, 2013). Deste modo, pode ser demonstrado as reações psicológica e física do paciente diante de um diagnóstico. Assim, nas narrativas emergiu o conteúdo de ansiedade onde envolvem vários manifestos relacionados com fatores, onde um deles é diante de um diagnóstico de HAS e DM, visando um conjunto de manifestações somáticas que podem modificar o estado emocional (FONSECA et al., 2009) com isso alterar a fatores e impedir a adesão no processo prevenção e controle da doença.

Neste mesmo sentido, ao verbalizar sua situação perante a doença, apresentam um grande desconforto, diante disso as emoções, desencadeiam vários fatores que podem causar ansiedade em torno do adoecer, como foi observado nas narrativas dos participantes.

Ao que emergiu outro conteúdo, a raiva, nos relatos do participante:

"[...] eu fiquei muito aborrecida [...] eu fiquei nervosa, por causa que não se dei com remédio[...] nervosa[...]". (P/08).

Após o diagnóstico, o ser humano ao se deparar com o adoecer, demonstrará outros sentimentos, como, raiva e aborrecimento, sendo um acontecimento inesperado, principalmente quando percebe que terá que conviver com certa patologia (MARCELINO, CARVALHO 2005), sendo assim o autor colabora aos achados desta pesquisa conforme observado na narrativa do participante descrito acima.

Neste sentido, cada um tem sua subjetividade, reações adversas, diante de um acontecimento ou uma notícia, de formar que irá causar um desconforto.

Neste mesmo contexto, a raiva altera alguns comportamentos e a cognição, do indivíduo que transcende para não aceitação da doença que pode prejudicar no controle da doença, diante disso, pode demonstrar sentimentos de rejeição, e aborrecimento ao tratamento. (FALSETTI; LIPP, 2011). Diante desta afirmação um participante relatou tal acontecimento.

Outro aspecto sobre a raiva é, que segundo Lipp et al., (2009), “os fatores capazes de produzir reatividade cardiovascular excessiva, tais como a desregulação emocional produzida pelo sentimento de raiva” (p. 233). Nessa mesma direção, Lipp (2005) em outra de sua pesquisa, verificou que a raiva é um traço marcante nos pacientes, isso causa alteração na pressão arterial e outros transtornos emocionais, percebida na narrativa do participante desta pesquisa ao relatar o sentimento de raiva.

Desta forma, todos esses sentimentos que emergiram nas narrativas dos participantes são conteúdo e aspectos que o profissional de psicologia vai direcionar para a compreensão da forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença, e, serão centrados na promoção da saúde e prevenção e controle da doença, trabalhando com os fatores psíquicos que fortalecem a saúde e assim reduzem o risco de adoecer, com humanização para melhoria da qualidade de vida do paciente e com isso busque o auto cuidado. (TEIXEIRA 2004).

De acordo com os relatos abaixo, emergiu o conteúdo que deu origem a segunda categoria denominada, “mudança de vida após o diagnóstico”. Alimento, conforme as narrativas:

“[...] comer coisa salgada coisa, com açúcar coisa doce [...] muda a refeição, muda o que comer é tem coisa que não pode comer lanche mesmo uma coisa que não pode comer pão [...] então carne gorda [...]”. (P/01).

“Muda que tem que fazer muita dieta [...] muitas coisas não pode comer [...]”. (P/02).

“[...] ovos a gente não pode comer a banana a gente não pode comer [...] comida tem que diminui tudo a comida [...] sem sal e óleo [...]”. (P/03).

“[...] preferência um pão integral, um leite desnatado muitas coisas que só faz bem agente, menos sal é claro, menos gorduras [...] sempre eu tento manter, uma dieta assim não comer tudo tipo de comida [...] doce [...] corta refrigerante [...]”. (P/04).

“[...] tem que ter cuidado com a alimentação, pouco sal, pouca gordura pra controla [...]”. (P/05).

“[...] mudou alimentação, mudou tipo de alimento, não posso comer, mas doce [...]”. (P/06).

“O controle de alimentação [...] minha vida mudou muito alimentação também que eu comia de tudo e ai começou a corta no sal, por causa da hipertensão [...] depois do diabete veio o açúcar então totalmente mudou totalmente a minha vida [...]”. (P/07).

“[...] modifica tudo minha as alimentação tive a comida eu que tira, mas o sal [...] o açúcar tive que abandona [...] eu mesmo não como pão, só como bolachinha, bolachinha de sal [...] eu parei de comer pão, nem compro em casa, nem refrigerante, de primeiro agente tomava refrigerante todo dia, agora eu tomo refrigerante um vez por semana, oi lá ainda [...]”. (P/08).

“[...] diminuir um pouco comida num fica tomando as coisas, açúcar doce [...] num bebe é refrigerante [...] comer menos carnes [...]”. (P/09).

O conteúdo de alimento emergiu nas narrativas. Os participantes referiram alteração nas suas dietas. Os alimentos devem seguir um padrão de exigência, estabelecido no controle e prevenção da doença, desta forma o alimento tem uma influência na alteração do organismo e no processo de recuperação (DOVERA, 2007).

Faria e Bellato (2010), refere que diante de um controle de alimento com limitações torne difícil à compreensão de tantas restrições diante da vida. Sendo assim para manter o controle da doença, e seguir uma alimentação adequada, é necessário aderir ao processo psicoterapêutico, e com isso poderá ter um hábito mais saudável. “Os pacientes recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento” (PONTIERI, BACHION, p. 158, 2010). Neste mesmo contexto o profissional de psicologia irá intervir de acordo com a necessidade do paciente e com possibilitar a adesão ao tratamento proposto. Diante de tantas mudanças, não é fácil para o

paciente aderir uma alimentação mais saudável, pois depende muito da cultura, do ambiente, em vista disso o ambiente que o paciente está inserido, tem uma participação muito importante no processo de recuperação.

Na categoria emergiu o conteúdo remédio conforme as narrativas a seguir:

“Eu uso a insulina [...] NPH 30 da NPH 10[...].” (P/01).

“[...] remédio que eu vivo tomando [...]” (P/02).

“[...] eu tomo é e daí é os remédios metformina [...]” (P/03).

“[...] eu controlo com médico que os médico passa pra mim [...] AAS (Acido acetilsalicílico) [...] tomo remédio de manhã, e a tarde, e a noite, três tipo de medicamento e um por diabete só por dia [...]” (P/04).

“[...] eu tomo, bebreçamido (Glibenllmida), metformina e eusatam (Losartana Potassea) [...] Eu tomo insulina, tomo chá caseiro, tomo comprimido de diabete mesmo[...] Pata de vaca ele é bom porque controla um pouco[...] o Caqueijo [...]” (P/05).

“Eu tomo os medicamentos que eu pego lá no postinho, outro pego na farmácia popular [...] Nifelipina, (Nifedipina), [...] Tomalo [...] (metropolol)” (P/07).

“Eu tomo remédio pra pressão alta [...] agora eu vou inicia a toma remédio pra diabética [...] é digoxina, é leporino (Alopuninol) [...]” (P/08).

“[...] toma medicamentos [...]” (P/09).

“[...] captopril, agora com lousatane, (Losartana Potassea) proconlon (Propranolol) é captopril [...] ai diabete com metformina as dietas tomo motformina 850 miligrama [...]” (P/10).

Percebe-se, que nos relatos dos participantes com HAS e DM, o medicamento faz parte da sua vida. Neste sentido, para Lima et Al., (2011) a não adesão ao tratamento pode ser de várias maneiras como, a suspensão no tratamento farmacológico, tomar o medicamento irregular, e não aderir a mudanças no estilo de vida. Com isso pode agravar o estado de saúde dos pacientes podendo levar até a morte dos mesmos. Isso pode acarretar uma série de mobilização como, hospitalizações, que podem levar a agravos sociais, no trabalho, no lazer, fazendo com que elevar um alto custo com internação longa, invalidez, aposentadoria precoce. (ALVES, CALIXTO 2012).

Outro aspecto, segundo Péres et al., (2003), os fármacos ajudarão a manter o controle da doença, mas ao tomar o medicamento o paciente irá lembrar suas reais condições da doença, e isso pode gerar uma gama de fatores emocionais como: ansiedade, tristeza e outros.

Surgiu outro conteúdo *Grupo de Hipertensão* na categoria mudanças de vida após o diagnóstico segundo as narrativas:

“[...] o grupo é bom que a gente receber muitas orientações [...] eles orienta alimentação que não pode né, açúcar [...] é bom pelo o seguinte, no grupo é bom que fica sabendo muitas coisas que as vezes agente não ta sabendo de alimentação eles vem orientando sobre alimentação é sobre é o sal, pouco sal na comida é também fritura que não pode coisas fritas então tem pão, também massa corta baste massa[...]”. (P/01)

“Quando tem a reunião a gente vai tem os cafezinho tem as coisas lá, a gente toma eles passa remédio agente toma[...]”. (P/02).

“[...] elas explica com explicação [...] tem que ta naquele dia [...]”. (P/03)

“[...] no grupo que eu frequento sempre vem uma nutricionista então ele orienta agente a não comer comida gordurosa, frituras comida que intorquixista (intoxica) [...] eles perdem comer muito legumes [...] Eu acho ótimo porque [...] passa pelo médico, quando precisa [...] orientando [...]”. (P/04).

“É muito bom que agente chegue orientação o que a gente tem que fazer o que deixa de fazer, tem muita orientação boa lá, verificar a pressão né, toda vez que vai lá muito bom”. (P/05).

“[...] frequenta o grupo você sente alívio, você ver seu diabete, você consulta, você troca receita, isso é muito bom e as meninas são muitas boas pra atende, o atendimento lá é muito bom, muito bom [...] são atenciosas [...]”. (P/06).

“Muito bom, muito bom mesmo [...] depois que fui gostei muito bom mesmo me ajuda a resolver bastante coisa, porque quando chega na hora de renovar a receita não dá trabalho agente chega chega lá, tá tudo certinho tem as fichas, ela leva lá dentro sem precisa ir lá, se eu preciso fala com a doutora eu vou não tem muito empecilho, pego medicamento também é muito bom, gosto muito desse grupo[...] esse grupo é perfeito para as pessoas que são hipertensos diabéticos, porque e as meninas são bem atenciosas com agente [...] trata da gente com cuidado com carinho”. (P/07).

“É muito bom agente aprender muitas coisas, porque ele sempre da palestra, pra fala sobre as doenças, como agente se alimentar, como sobre viver [...] eles lá ensina agente na alimentação né, que comida de massa a gente não pode tá comendo muito [...]”. (P/08).

“Ali é bom, eu acho bom, eu não perco um pra fala a verdade, esse tempo que eu to, que eu comecei a toma remédio, eu não participei de uns dois ou três, mas eu vou direto, tudo eu participo, eu gosto de participar, eu acho bom participar ali, é bem atendido nós são bem atendido, é as pessoas lá, pelas as enfermeira tudo atende bem agente, gosto de ir lá o atendimento e bom, acho bom [...] elas atende agente com carinho, ela explicar certinho tem paciência[...]”. (P/09).

“Ha! é bom né, porque quando eu vou lá, dai eu verifico a diabete se tá baixa, é um único lugar que eu acho, mas tranquilo pra verifica o diabetes, e a pressão também né, pra fazer as consulta tudo sinto bem [...]”. (/10).

De acordo com aos dados obtidos em relação ao grupo de hiperdia, tendo em vista os relatos dos participantes desta pesquisa, na referência de Lima et. al. (2011) o autor afirma sobre a importância dos grupos de atenção básica, com (DM) e (HAS) do Ministério da Saúde, com reorganização de plano para a promoção saúde, visando à prevenção, priorizando as condições para melhorar o estilo de vida dos mesmos. Sendo que, os pacientes de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já diagnosticados são cadastrados e monitorados por Agentes de Saúde, que acompanham estes pacientes. A saúde pública é de responsabilidade do país, as doenças crônicas, assumiram um crescimento preocupante. Diante disso, percebe-se, conforme os relatos dos participantes, que as orientações do grupo de hiperdia são de suma importância para educação alimentar. (TOSCANO, 2004).

Seguindo nesta mesma direção, os grupos de educação têm conseguido criar um espaço bastante grande de orientação e atenção para os pacientes elaborarem o enfrentamento psicossocial da doença, buscando o autocuidado para prevenção do agravo das doenças e melhorias na qualidade vida. (ZULIAN et. al., 2013). O DM é uma doença que apresenta várias complicações, assim como a hipertensão arterial. É preciso medidas e ações voltadas para o controle da doença e com isso o grupo de hiperdia busca promover ações de prevenção no contexto social, como educativa, orientação alimentar e medicamentos, pois o paciente ao receber o diagnóstico irá mudar seus hábitos para se prevenir de complicações

futuras (MELO; DE CAMPOS, 2014). Sobre estes aspectos os participantes desta pesquisa relataram sobre a importância dos grupos de hiperdia, em seu cotidiano.

Nesta mesma direção, (Oliveira Gomes, Rocha 2010), pontuam sobre os pontos positivos na prevenção e nos comportamentos do paciente, caracterizando na melhoria necessária no tratamento da doença.

Assim, na categoria mudanças de vida emergiu o conteúdo limitação observada nas narrativas abaixo.

“[...] não tomava remédio agora tenho que toma sobre [...] mudou em tudo, porque antes podia comer de tudo [...] mudou o jeito de viver mudou [...]”. (P/05).

“[...] não tem jeito de viaja, não tem jeito de sai fora de casa, tem que fica mas em casa, mas caseira[...] tem que carrega insulina [...] toma insulina na estrada andando viajando muito difícil [...]”. (P/06).

“[...] muda muitas coisas, tanto o hábito alimentar como a vida no campo né, eu mora na roça no sítio e eu trabalhava muito na roça, também de sol [...] na rua eu tenho que ir de manhã, dez horas eu tenho que esta chegando em casa [...]”. (P/07).

“[...] gostava participar em festa, em festa [...] já evita de ta saído, ta indo num aniversario, num festinha [...]”. (P/09).

“[...] não tenho tomando sol quente [...]”. (P/10).

Neste mesmo contexto observou-se nas narrativas que o organismo expressa as mudanças vivenciadas diante da limitação.

A percepção do corpo é uma das primeiras e, mas fundamentais vivências do ser humano. É através do corpo que se adquire a consciência de si e do próprio corpo, que se tem objetivamente um espaço no mundo, é pelo corpo que se sente a si mesmo e ao outro - é tão comum ouvirmos a expressão de que sentimos com coração, é no corpo que se tem todas as possibilidades do existir, ao mesmo tempo em que nos impõe as suas próprias limitações. (GASPAR, 2011, p.105).

Os achados de Faquinello (2010) se relacionam com o conteúdo desvelado nesta pesquisa, na medida em que os participantes referiram diversas limitações em decorrência da doença, como sair de casa, de se relacionar com outro e de viajar.

Nesta mesma direção, a própria limitação, influencia na saúde mental, que o faz lembra-se de tudo que podia fazer antes, possibilitando algumas emoções e sentimentos de incapacidade e de inutilidade, isso pode interferir na adesão do

tratamento e causar um agravo na doença que pode possibilitar uma situação irreversível.

Destarte as mudanças de vida após o diagnóstico que emergiram nas narrativas dos participantes, são vivenciar que estes pacientes enfrentaram no processo saúde doença, sendo que o profissional de psicologia possa desenvolver e implantar programas que visam mudanças que possam acontecer no processo saúde-doença no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da pesquisa foi possível observar que os objetivos foram alcançados. Visto que, foram identificadas mudanças após o diagnóstico na vida dos pacientes, através de suas narrativas. Sendo assim, percebeu-se que as mudanças após o diagnóstico, podem causar grande desconforto no decorrer da sua vida, afetando não somente aspectos fisiológicos, mas também seu estado psíquico. Deste modo, os pacientes hipertensos e diabéticos, vivenciam uma situação de incapacidade, diante da debilidade da saúde, que faz com que emergem sentimentos, como: tristeza, raiva, frustração, resignação e susto. Diante desta realidade, existe uma grande possibilidade a não adesão ao tratamento da doença, o que pode levar a um agravo como, a rejeição e não aderir da prevenção.

Por se tratar de uma doença crônica, que abarcam inúmeras restrições, vale ressaltar que os hábitos alimentares influenciam na vida diária destes, causando comprometimentos biopsicossociais no seu cotidiano.

As ações de prevenção têm como objetivo evitar danos que possam levar às complicações futuras na vida desses participantes, visando uma melhor qualidade de vida, sendo assim é preciso se levar em consideração o histórico cultural dos pacientes participantes do grupo de hiperdia, e reorganizar, junto com paciente a conscientização de aderir hábitos saudáveis, para minimizar os riscos de complicações nos quadros da saúde mental, e não desencadear outros sintomas. É preciso que se busquem estratégias de prevenção no aspecto emocional da saúde doença.

Também foi possível verificar, a grande relevância que o grupo de hiperdia tem na vida destes participantes, visto que muitos enfatizaram pontos positivos, dada à importância do grupo que trabalha junto com psicólogo para refletir sobre quais estratégias devem seguir para proporcionar assim a orientação e o controle da doença, a fim de despertar no paciente a vontade por manter uma vida saudável, diante de uma perspectiva de melhoria.

Vale ressaltar que a psicologia permite construir uma nova história de cuidados da saúde mental, para minimizar o sofrimento psíquico diante um acolhimento e orientação dos cuidados que deverão ter em relação à doença, para inibir as complicações futuras, fazendo com que o paciente busque o autocuidado.

Destarte, a psicologia contribui positivamente com as propostas do SUS, pois a saúde é um direito de todos, e, portanto, o psicólogo deve estar inserido em todas as esferas da saúde, pois tem arcabouço científico na saúde mental, que visam compreender os fatores emocionais do paciente em sua totalidade, além dos fatores de mudanças que podem acontecer no processo saúde-doença. Sendo assim, ao estabelecer uma dinâmica de estratégia que promovem ações de prevenção, e conscientização de maneira que se estabelecem o bem-estar. Assim considera-se importante que o psicólogo esteja inserido nos grupos de hiperdia, buscando ofertar aos pacientes o acolhimento e compreendendo seus aspectos emocionais e conscientizando o paciente da sua real condição, Intervindo para que o sofrimento psíquico do paciente seja o mínimo possível, possibilitando assim maior bem estar mental, e qualidade de vida ao paciente.

Por fim, a pesquisa contribuiu para o entendimento de que as estratégias de prevenção dos aspectos emocionais são necessárias nestes grupos, pois mediante os discursos dos pacientes no enfrentamento a doença, os sentimentos, mudanças de hábitos, as rotinas prazerosas que tiveram de abandonar a contribuição do psicólogo, especialmente porque tais pacientes terão que conviver com esta doença até o fim de suas vidas. Desta forma, se faz necessário promover ações de prevenção à saúde dos pacientes participantes dos grupos de hiperdia, e inserir o profissional de psicologia que lidará diretamente com suas demandas.

REFERENCIAS

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 outubro 2015.

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 outubro 2015.

ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012. Disponível em: <http://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf>. Acesso em: 13 abril 2015.

APÓSTOLO, João Luís Alves. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15_n4a09.pdf>. Acesso em: 31 agosto 2015.

ARAGAKI, Sergio Seiji; SPINK, Mary Jane; BERNARDES, Jefferson de Souza. La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud. **Pensam. psicol.**, Cali, v. 10, n. 2, p. 65-82, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 24 setembro 2015.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa - Portugal: Edições 70, 1995.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **CienSaudeColet**, Recife, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 19 novembro 2014.

BORGES, José Wicto Pereira; PINHEIRO, Nádia Marques Gadelha; SOUZA, Ana Célia Caetano de. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 179-189, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 outubro 2015.

BRAGA, E. R. **Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia:** saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus. 2006. 13 f. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Programa de Saúde da Família). UFTM, Triângulo Mineiro. Uberaba. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf>. Acesso em: 18 novembro 2014.

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>>. Acesso em: 11 outubro 2014.

MOURA, Cristiane Faiad; PASQUALI, Luiz. Construção de um teste objetivo de resistência à frustração. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 11, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 outubro 2015

MELO, Lucas Pereira; DE CAMPOS, Edemilson Antunes. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 980-987, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2015.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em: 19 março 2015.

DOVERA, Themis Maria Dresch da Silveira. **Nutrição Aplicada ao curso de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FALSETTI, Marília Zaparoli; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Avaliação das relações entre os sintomas de stress, o controle da raiva e a aquisição de novos hábitos de vida. *In: Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas, 2011, Campinas. Avaliação das relações entre os sintomas de stress, o controle da raiva e a aquisição de novos hábitos de vida*. Campinas: PUC Campinas, 27 e 28 set., 2011. P. 1-6. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2011/resumos/2011825_143331_710614604_resesu.pdf>. Acesso em: 07 outubro 2015.

FAQUINELLO, Paula; CARREIR, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-44, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>>. Acesso em: 17 março 2015.

FARIA, Ana Paula de; BELLATO, Rosenev. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. **Rev. Eletr.**

Enf., Goiânia, v. 12, n. 3, p. 520-527, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a15.pdf>. Acesso em: 03 agosto 2015.

FERMINO, Juliana M. et al. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 113-128, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a10.pdf>>. Acesso em: 11 novembro 2014.

FERREIRA, Elizelma Ortêncio; CAPITAO, Cláudio Garcia. Investigação do grau de tolerância à frustração em presidiários. **Aletheia**, Canoas, n. 31, p.97-110, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 outubro 2015.

FONSECA, Fabiana de Cássia Almeida et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>>. Acesso em: 09 setembro 2015.

FRANCA, Ana Carol Pontes de; VIANA, Bartyra Amorim. Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 246-257, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 novembro 2014.

GASPAR, Karla Cristina. Psicologia Hospitalar e a oncologia. *In*: CAMON ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. Cap. 3., P. 79-126.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

OLIVEIRA GOMES, Tiago José; ROCHA, Monique Vércia Silva; SANTOS, Almira Alves dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertensvol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 19 março 2015.

GORAYEB, Ricardo. Psicologia da saúde no Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. spe, p. 115-122, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 setembro 2015.

KLUBER-ROOS. Elisabeth. **Sobre morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e os seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, Lílian Moura de. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 setembro 2015.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; CABRAL, Ana Carolina; GRUN, Taísa Borges. Estudo de caso: treino cognitivo de controle da raiva em paciente com hipertensão leve. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 231-245, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 outubro 2015.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.). Colóquios sobre Pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25. Acesso em:<http://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf>. Disponível em 30 março 2015.

MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 agosto 2015.

MELO, Lucas Pereira de. et al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 180-188, 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/2069/2362>>. Acesso em: 19 março 2015.

MENEZES, Ana Paula Simões; QUINTANA, Jacqueline Feltrin. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. **Revista brasileira em promoção da saúde**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 13-18, 2008. Disponível em: <http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2145.pdf>. Acesso em 09 10 2015.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto and Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>. Acesso em: 24 março 2015.

MORI, Ana Luiza Pereira Moreira. et al. Pharmaceutic guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 353-362, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502010000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 outubro 2015.

NASCIMENTO, Suliane Motta do. **Perfil sociodemográfico e fatores associados a desfechos desfavoráveis entre pacientes hipertensos e diabéticos em um**

serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. 2013. 63 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. RS. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87215/000910686.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 agosto 2015.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a02>>. Acesso em: 18 março 2015.

PÉRES, Denise S.; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-42, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 01 setembro 2015.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p.151-162, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 outubro 2015.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-60, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf>>. Acesso em: 09 setembro 2015.

QUARESMA, Tatiane et al. Avaliação da qualidade das ações do programa hiperdia em um grupo de adultos e idosos hipertensos no bairro maracanã – Santarém. **Perspectiva amazônica**, Santarém, v. 2, p. 68-79 2011. Disponível em: <http://www.fit.br/revista/doc/2_33.pdf>: Acesso em: 11 novembro 2014.

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo2. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822011000300013>. Acesso em: 11 novembro 2014.

RODRIGUES, Franciani. et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/139/17>>. Acesso em: 20 setembro 2015.

RUSCHEL, Patricia et al. O apego materno-fetal e a ansiedade da gestante. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 166-177, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 outubro 2015.

SANTOS, Jênifa Cavalcante dos; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. Rev. esc. enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 46, n.5, p. 1125-1132, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>. Acesso em: 12 abril 2015.

SENE-COSTA, Elizabeth. As emoções e os transtornos depressivos. O teatro do perdão como palco de resgates. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-99, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 outubro 2015.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de psicologia**, Minas Gerais, v. 8, n. 3, p. 515-523 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>>. Acesso: em 11 10 2014.

TEIXEIRA, Enéas Rangel et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 378-84, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04.pdf>>. Acesso em: 01 setembro 2015.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 441-448, 2004. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 setembro 2015.

TOSCANO, Cristiana M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 agosto 2015.

ZULIAN, Luana Rosas et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 138-146, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a18v34n3.pdf>>. Acesso em: 04 setembro 2015.

ANEXO

ANEXO A – PARECER SUBSTANTIVO DO CEP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE HIPERDIA: QUAIS AS MUDANÇAS DE VIDA?

Pesquisador: Maila Beatriz Goellner

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44019915.9.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.087.602

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Considera-se o projeto como sendo pertinente ao campo científico, apresenta-se fundamentado diante de inserções de referências significativas à temática proposta.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são pertinentes e condizentes com o desenvolvimento da pesquisa. O objetivo centro-se em buscar compreender os aspectos emocionais e as consequências na vida diária dos pacientes participante do grupo de hiperdia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa está em consonância à Resolução 466/12, prevendo o incômodo gerado pela entrevista, como sendo risco mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa muito tem a contribuir para o campo científico, sobretudo para a Psicologia da saúde, uma vez que pretende-se contribuir ao compreender os aspectos emocionais bem como as consequências vividas pelos pacientes participantes do grupo de hiperdia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos requeridos para a efetivação legal da pesquisa estão concordes à Resolução 466/12.

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

Continuação do Parecer: 1.087.602

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tratando-se de uma abordagem qualitativa, esta pesquisa esta metodologicamente bem embasada cientificamente, justificando a quantidade de sujeitos participantes da pesquisa, endossado por uma analise que permite a compreensão das respostas que emergem das questões norteadoras, estas que circulam toda a proposta da pesquisa

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARIQUEMES, 29 de Maio de 2015

Assinado por:
Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE Instituto Superior de Educação – ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

CARTA DE ANUÊNCIA

Senhora Diretora: Fátima Cristiane Leite,

Solicitamos autorização institucional da pesquisa, que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (CEP FAEMA), em cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Esta pesquisa é intitulada, ***Pacientes participantes do grupo de hiperdia: quais as mudanças de vida?*** a ser realizada no (a) *Unidade Básica de Saúde (UBS) Emília Sayuri Ueda*, pelo(a) *Josefina Maria Batista Néta de graduação em Psicologia*, sob orientação da *Profª Drª Maila Beatriz Goellner*, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): *o presente estudo busca compreender os aspectos emocionais e as consequências na vida diária dos pacientes participante do grupo de hiperdia*, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor nas salas de grupo de hiperdiada instituição. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que a pesquisa terá início após a apresentação do Parecer Consubstanciado Aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAEMA. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
Instituto Superior de Educação – ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

Ariquemes, 06/04/2015.

Josefina Maria Batista Néta.

Pesquisador (a) Acadêmico Responsável do Projeto

Profª Drª Maila Beatriz Goellner

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

(CARIMBO)

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Fátima Cristiane Leite

Diretoria da Instituição UBS Emília Sayuri Ueda

(CARIMBO)

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Participante:

Documento de Identidade nº:

Sexo: () F () M

Data de nascimento:

Endereço:

Nº

Bairro:

Cidade:

Estado:

Cep:

Telefone:

Convido o (a) Sr. (Sr^a) para participar do Estudo “Pacientes participantes do grupo de hiperdia: quais as mudanças de vida?”, sob a responsabilidade da acadêmica Josefina Maria Batista Neta, matriculada no nono período do curso de Psicologia, sob orientação da Prof^a Dr^a Maila Beatriz Goellner - CRP 06/77948, que pode ser encontrada no endereço: Avenida Machadinho, 4349 - setor 06 - telefone (69) 3536-6600, e-mail: mailabeatriz@gmail.com.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa compreender os aspectos emocionais e as consequências na vida diária dos pacientes participante do grupo de hiperdia. Sua participação é voluntária e de forma anônima, e se dará por meio de questionário e entrevista que serão gravadas e transcritas na íntegra com o seu consentimento. As informações aqui obtidas não serão associadas a sua identidade e serão extremamente mantidas em sigilo, também será usada apenas para fins científicos. Serão respeitadas todas as diretrizes de acordo com a resolução 466/12 que garante o esclarecimento antes e durante a realização da pesquisa.

Não haverá riscos, porém um pequeno desconforto, pois terá que disponibilizar um pouco do seu tempo para responder o questionário e a entrevista. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o enriquecimento da pesquisa que auxiliará em futuras ações para o aprimoramento das práticas e estratégias com pacientes que participam de grupos de hiperdia.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr. (Sr^a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (Sr^a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (Sr^a) poderá entrar em contato com contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FAEMA, na Avenida Machadinho, 4349 - setor 06 - Ariquemes – Rondônia - telefone (69) 3536-6600.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: **PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE HIPERDIA: QUAIS AS MUDANÇAS DE VIDA?**

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, recebi esclarecimentos dos propósitos do estudo, os procedimentos que serão realizados durante a coleta de dados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim, orientador e pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Nome por extenso do voluntário

Assinatura do Voluntário

Josefina Maria Batsta Neta
Pesquisadora
Telefone: (69) 9997 - 1927

Profª Drª Maila B. Goellner
Orientadora
Telefone: (69)3536-6600

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário Sóciodemográfico

Iniciais:-----

Idade: -----

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil

() Solteiro (a)

() Viúvo com companheira (a)

() Casado(a)

() União de facto/vive junto (a)

() Divorciado (a)

() Companheiro (a)

() Divorciado com companheira (a)

() Separado (a)

() Viúvo (a)

() Outro

Escolaridade: () não alfabetizada () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Profissão: _____

Renda familiar:

() menos que 1 salário mínimo

() 1 salário mínimo

() 2 salários mínimos () 3 salários mínimos

() 4 ou mais salários

Com quem vive atualmente:

() esposo (a)

() filho (s)

() esposo (a) e filho (s)

() Irmão (s)

() Neto (s)

() Com outras pessoas

APÊNDICE C

Como foi receber o diagnóstico?

Qual o tipo de tratamento que você segue?

Como é frequentar o grupo de hiperdia na UBS?

De que maneira o diagnóstico mudou sua vida?