

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

ADRIANA MARQUES DOS SANTOS

HISTÓRIA DE VIDA DOS SUJEITOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA

NITERÓI

2013

ADRIANA MARQUES DOS SANTOS

**HISTÓRIA DE VIDA DOS SUJEITOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

ORIENTADOR: ENÉAS RANGEL TEIXEIRA

Niterói, RJ

2013

S 237 Santos, Adriana Marques dos.
História de vida dos sujeitos com hipertensão arterial na perspectiva da psicossomática / Adriana Marques dos Santos. – Niterói: [s.n.], 2013.
1xx f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

Orientador: Prof^o. Enéas Rangel Teixeira.

1. Hipertensão. 2. Medicina Psicossomática. 3. Saúde. 4. Enfermagem. 5. Psicologia. I. Título.

CDD 616.08

ADRIANA MARQUES DOS SANTOS

**HISTÓRIA DE VIDA DOS SUJEITOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Enéas Rangel Teixeira (presidente)

Universidade Federal Fluminense

Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli (1ª. examinadora)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dra. Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva (2ª. examinadora)

Universidade Federal Fluminense

Dr. Marcus Vinicius Câmara (Suplente)

Universidade Rural do Rio de Janeiro

Dra. Donizete Vago Daher (Suplente)

Universidade Federal Fluminense

Niterói

2013

AGRADECIMENTOS

O processo de construção de uma dissertação de mestrado é intenso e demanda enorme dedicação. Ao longo destes dois anos de aprendizados, descobertas, ampliação de horizontes, crescimento, também vivenciamos momentos de desgaste mental e físico. A recuperação destes e a continuidade deste projeto, concomitante com a clínica de Psicologia e com o curso de especialização em Psicologia Biodinâmica tornou-se possível graças ao apoio de pessoas muito especiais às quais agradeço imensamente a seguir.

A Deus, força maior, presente em tudo que é vivo, agradeço a minha existência.

Ao meu marido, Antonio Martins, meu companheiro, cúmplice, amor de minha vida, presente nos momentos difíceis e de vitória. Além das infindáveis e pacientes leituras e releituras de minha dissertação, seu jeito de ser vivaz, compreensivo, tranquilo e musical, torna a minha vida muito mais bonita de ser vivida.

Aos meus pais Riva, Antonio Fontes e Braulio (in memoriam) por me trazerem ao mundo e a ele me apresentarem. Pelos ensinamentos transmitidos a partir de suas vidas pautadas na luta por dias melhores, na persistência, integridade, honestidade e trabalho. A minha mãe em especial por seu amor, doçura e presença forte.

A minha família: irmão Marcelo, cunhada Dora e meus sobrinhos Aline e Vinicius, que iluminam a minha vida. Por acreditarem em mim e pela compreensão de minha ausência neste período.

A minha secretária do lar Eliane, que desempenha com carinho e dedicação as suas tarefas, proporcionando-me maior disponibilidade de tempo para a construção deste trabalho.

Às minhas famílias Marques e Martins por acreditarem em meu sucesso e pelo apoio.

Ao meu orientador, Prof. Enéas Rangel Teixeira, pela presença forte nos momentos mais difíceis, pela generosidade na transmissão de seu saber e empenho em me manter no caminho do meio.

Aos Professores Donizete Vago Daher, Lina Márcia Berardinelli, Marcus Vinicius Câmara e Rose Rosa Andrade Silva, pelas valiosas contribuições, pelo saber compartilhado e pela oportunidade de crescimento e desenvolvimento.

À Profa. Beatriz Guitton pelo apoio e generosidade em conseguir o novo campo de pesquisa, bem como por sua disponibilidade em responder com rapidez a todas as minhas demandas.

Aos Professores do MACCS por colaborarem com seus ensinamentos.

Aos amigos da turma de Mestrado pelo compartilhar de tantas inquietações, dúvidas, e ao mesmo tempo, tanta força nos momentos mais estressantes.

Ao grupo das “mestrandas desesperadas” Val, Nayane, Bárbara, Daniela, Grazi, Aline pelas trocas maravilhosas em nossos tantos almoços. Pela amizade, força, humor que nos manteve principalmente nos momentos mais inquietantes.

À amiga Valéria Lopes, pelo aprofundamento de nossa amizade, pela trocas, entendimento mútuo, generosidade, confiança e força. Val, nós literalmente estivemos no “mesmo barco” e soubemos remar direitinho rumo aos nossos objetivos.

À amiga Nayane pelo exemplo de força, pela generosidade e tranquilidade de ser que me inspiraram em muitos momentos.

À amiga Babi, pelos muitos momentos de troca, apoio mútuo e generosidade em compartilhar os exemplares esgotados sobre história de vida.

À amiga Fabiana pela presença marcante em minha vida, pela força, pelas risadas, pelo nosso lema sempre reproduzido em nossa relação de amizade: “força, fé e coragem”. Pelas tantas massagens e disponibilidade de cruzar da zona norte à zona sul, sempre trazendo uma palavra amiga e sua energia positiva.

À amiga Iracema, pelas dicas preciosas, pela força nos momentos estratégicos, baseada na disponibilidade de estar e dar o melhor de si. Pelo exemplo de força, como a Fênix que renasce sempre melhor.

À minha ex-psicoterapeuta e atual amiga Regina Tavares, pelas tantas caminhadas e conquistas ao longo do processo de terapia e pelo presente de nossa amizade recém-conquistada.

À amiga Solange Frid, pela delicadeza e profundidade, pela troca e amizade.

Às amigas do primeiro grupo de formação em Psicologia Biodinâmica do Rio de Janeiro: Ana Cristina Teixeira, Fabiana Tasca, Leda Rebello, Liège Leal, Regina Tavares, Snayde Fragoso, Solange Frid e Teresa Quintas pela força na caminhada.

Aos coordenadores do primeiro grupo de Psicologia Biodinâmica do Rio de Janeiro Ricardo Rego e Sandra Martins, às professoras Dilú Aldrighi, Glória Cintra e Sandra Milessi e à comunidade Biodinâmica, minha comunidade de destino, obrigada pelo crescimento ofertado na troca, na cumplicidade e na disposição de ser e estar biodinamicamente, rumo à redescoberta da auto-regulação.

À amiga Amably Monari que, com seu jeito de ser amável e sincero, é uma presença marcante em minha vida. Obrigada também pela disponibilidade em me salvar, mesmo à distância, nos momentos em que o computador ou a internet não colaboraram.

À amiga Benie por sua amizade, carinho e torcida.

Ao meu Homeopata Claudio de Moura Rangel, médico com “M” maiúsculo, amigo, sempre disponível a me ajudar na construção de uma vida mais “zen”.

A minha psicoterapeuta Andrea Fiat, presença suave e firme, que me permite descobrir universos inimagináveis dentro de mim mesma, participando de forma ativa em minha busca de um viver mais saudável e integrado.

Às residentes em Saúde Mental Nathalia Lopes, Shenon Bedin, Evelin Munan e Beatriz Louzada, e a Enfermeira Francisca pelo apoio na coleta de dados no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro. Sua disponibilidade e acolhimento foram essenciais em todo o processo.

Ao Prof. José Mario Franco, médico Nefrologista e Professor do Hospital Universitário Antonio Pedro, que me permitiu generosamente acompanhar algumas de suas consultas, selecionando pacientes para a entrevista.

Aos pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Antonio Pedro que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, compartilhando suas histórias de vida.

Aos meus pacientes do consultório de psicoterapia, por sua torcida, carinho, e compreensão pelas vezes que necessitei reagendar seus horários.

A todos os amigos presentes em meu coração... ele é enorme, mas o número de páginas é limitado. Se não os citei, saibam que o amor por vocês permanece e se não ocupa o lugar destas páginas, é marca indelével em tudo aquilo que vivemos juntos e que é precioso por si só.

Muito obrigada.

RESUMO

Uma parte significativa da população é acometida por Hipertensão arterial, o que demanda uma atenção acolhedora e eficaz em seu tratamento e cuidado. Muitos sujeitos desconhecem que são hipertensos e outros não se apropriam do cuidado. A dificuldade de adesão ao tratamento aponta para a necessidade de estudos acerca dos aspectos subjetivos relacionados com esta enfermidade e os cuidados inerentes. Buscando atender a esta lacuna existente na literatura, nosso objeto de estudo é a História de vida de sujeitos com Hipertensão arterial segundo a perspectiva da Psicossomática. Propomos como objetivos deste estudo descrever a História de Vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial; identificar aspectos psicossomáticos na História de Vida dos sujeitos com Hipertensão arterial; e analisar os conteúdos emergidos na História de Vida voltados para o cuidado em saúde. Nosso referencial teórico baseia-se em conceitos adotados pela Psicossomática e autores que tratam da questão do cuidado. Nossa abordagem de pesquisa é qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, utilizando como método a entrevista de história de vida e como instrumento para a coleta de dados a entrevista aberta ou em profundidade dirigida aos pacientes hipertensos do Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro. As entrevistas geraram o Discurso do Sujeito Coletivo, técnica analítica proposta por Lefevre e Lefevre, cujas ideias centrais originaram três eixos temáticos: “vida”, “aspectos psicossomáticos”, e “autocuidado”. Concluiu-se que o conhecimento da história de vida dos sujeitos com hipertensão arterial possibilita a utilização de recursos favorecedores de sua adesão ao tratamento. Acrescenta-se o fato de que a realidade demanda a formação dos profissionais de saúde baseada na visão da complexidade, observando-se a interação entre o todo (sociedade, grupos de hipertensos, cultura, dentre outros) e a parte (história de vida dos sujeitos hipertensos), como meio de promover estratégias de adesão ao tratamento adequadas.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Medicina Psicossomática; Saúde; Enfermagem; Psicologia.

ABSTRACT

A significant part of the population is affected by high blood pressure, What warm attention and effective demand in their treatment and care. Many individuals are unaware that others do not hypertension and appropriate care. The difficulty of adherence to treatment points to the need for studies about the subjective aspects related to this disease and care. Seeking to address this gap in the literature, our object of study is the life story of subjects with hypertension in Psychosomatic perspective. We propose this study aims to describe the life history of the subjects with hypertension; identify psychosomatic aspects in the history of life of subjects with hypertension; and analyze the contents emergency in the history of life focused on health care. Our theoretical framework is based on concepts adopted by Psychosomatic and authors that deal with the issue of care. Our approach to research is qualitative, descriptive and exploratory nature, using as method of life history interview and as a tool for collecting data in the open or in depth interview aimed at hypertensive patients of wound Repair clinic of the University Hospital Antonio Pedro. The interviews led to the collective subject discourse analytical technique proposed by Lefevre and Lefevre, whose central ideas originated three thematic axes: "life", "psychosomatic aspects", and "self-care". It was concluded that the knowledge of the life history of the subjects with hypertension makes use of potential resources of their adherence to treatment. Added the fact that reality demands the formation of health professionals based on the view of Complexity, observing the interaction between the whole (hypertensive groups, society, culture, among others) and the part (life history of hypertensive subjects), as a means to promote adequate treatment adherence strategies.

Keywords: Hypertension; Psychosomatic Medicine; Health; Nursing; Psychology.

RESUMEN

Una parte significativa de la población es afectada por hipertensión arterial, que exige una atención amable y eficaz en su tratamiento y cuidado. Muchas personas no son conscientes de que son hipertensas y otros no promueven el autocuidado. La dificultad de adherencia al tratamiento apunta a la necesidad de estudios sobre los aspectos subjetivos relacionados con esta enfermedad y el cuidado. Tratar de abordar este vacío en la literatura, nuestro objeto de estudio es la historia de vida de los sujetos con hipertensión en perspectiva psicosomática. Proponemos que este estudio pretende describir la historia de vida de los sujetos con hipertensión; identificar aspectos psicosomáticos en la historia de la vida de los sujetos con hipertensión; y analizar la emergencia de contenidos en la historia de vida centrada en la atención de la salud. Nuestro marco teórico se basa en conceptos adoptados por la Psicología y autores que tratan el tema de la atención. Nuestro enfoque a la investigación es cualitativa, descriptiva y naturaleza exploratoria, utilizando como método de entrevista de historia de vida y como una herramienta para recolectar datos la entrevista de profundidad destinadas a pacientes hipertensos de la clínica de Reparación de la herida del Hospital Universitario Antonio Pedro. Las entrevistas dirigido al discurso del sujeto colectivo, técnica analítica propuesta por Lefevre y Lefevre, cuyas ideas centrales originaron en tres ejes temáticos: "vida", "aspectos psicosomáticos" y "autocuidado". Se concluyó que el conocimiento de la historia de vida de los sujetos con hipertensión hace uso de los recursos favorecedores de su adherencia al tratamiento. Añadido el hecho de que la realidad exige la formación de profesionales de la salud basado en la vista de la complejidad, observando la interacción entre el conjunto (grupos de hipertensos, sociedad, cultura, entre otros) y la parte (historia de vida de hipertensos), como un medio para promover estrategias de cumplimiento del tratamiento adecuado.

Palabras clave: hipertensión; Medicina Psicosomática; Salud; Enfermería; Psicología.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1.1 Apresentação.....	11
1.2 Motivação e exposição do problema.....	14
1.3 Questões norteadoras e objetivos.....	18
1.4 Justificativa.....	18
1.5 Contribuições do estudo.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL.....	22
2.1 Aspectos Psicossomáticos da Hipertensão Arterial.....	22
2.2 Conceituação da Hipertensão Arterial.....	40
2.3 Aspectos do cuidado do Hipertenso.....	44
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	48
3.1 O campo da pesquisa	49
3.2 Seleção dos sujeitos da pesquisa.....	50
3.3 Coleta de dados.....	51
3.4 Caracterização dos sujeitos.....	53
3.5 Análise dos dados.....	58
3.5.1 <i>A construção do Discurso do Sujeito Coletivo</i>	59
3.6 Procedimentos éticos e legais.....	60
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
4.1 Para refletir sobre a vida: descrição da infância e do estilo de vida atual.....	79
4.2 Para refletir sobre os aspectos psicossomáticos.....	106
4.3 Para refletir sobre o autocuidado.....	117
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
ANEXOS.....	140

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Apresentação

O amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes de nossa vida. Devem também governá-la. (REICH, citação de contracapa em seus livros)

O objeto de estudo desta dissertação enfoca **a história de vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial na perspectiva da Psicossomática.**

A construção deste objeto e dos caminhos que percorremos teve como norte a nossa profissão de Psicólogo, que nos remete à indiscutível tendência à busca pela escuta do outro. Buscar compreender aquilo que os sujeitos realmente dizem em seu discurso, explicitar e, deste modo, dar voz aos mesmos, configura-se como um de nossos tantos desafios em nossa profissão. Escutar, além de simplesmente ouvir, torna-se nosso recurso mais precioso, embasado no respeito àquele que fala de si, talvez pela primeira vez escutando também a si próprio.

Ao longo do percurso desta dissertação, tivemos a oportunidade de aprofundar a escuta a partir da fala dos sujeitos com Hipertensão Arterial que se dispuseram a compartilhar algumas de suas alegrias e tristezas, dificuldades e vitórias conquistadas e vivenciadas ao longo de suas vidas. A oportunidade de escutá-los, sob o compromisso do sigilo, possibilitou a construção das inúmeras reflexões que estão contidas neste trabalho.

Entretanto, para desenvolver a escuta, seja a do pesquisador ou a do psicoterapeuta, é necessário também um marco teórico, um referencial; aquilo que nos permite perceber o que é apenas carvão e aquilo que se esconde no carvão, sendo na realidade um diamante bruto a ser lapidado. A escolha do referencial teórico pautou-se em nosso percurso como Psicoterapeuta Corporal.

Wilhelm Reich, pioneiro da Psicologia Corporal, deixou-nos o legado de que tudo aquilo que se manifesta em nosso psiquismo é funcionalmente idêntico ao soma: “(...) a rigidez psíquica e a rigidez somática não são manifestações análogas, mas funcionalmente idênticas.” (REICH, 1989, p.310). Esta descoberta de Reich nos leva diretamente para a Psicossomática, perspectiva norteadora deste trabalho.

Seria melhor falarmos de “Psicossomáticas”, já que são inúmeros os autores que se referenciam nesta abordagem. No entanto, cada autor traz em seu bojo um colorido peculiar, que

tem em comum o pressuposto de que corpo e mente é uma só via de acesso e que tudo que está no corpo, também se encontra no psiquismo.

Segundo Volich (2010, p.21), a Psicossomática é uma abordagem que aponta para a “função do psiquismo na regulação do equilíbrio psicossomático”. Busca fornecer subsídios para a compreensão do funcionamento complexo e integrado entre as funções psíquicas e corporais. Segundo o autor, este funcionamento pode ser alterado ao longo de nossa existência, de acordo com os recursos que desenvolvemos durante toda a vida (desde as nossas experiências mais precoces de vida na relação com o outro). Sua alteração pode produzir manifestações psíquicas ou somáticas, normais ou patológicas.

Entretanto, as bases da Psicossomática podem ser encontradas na Grécia Antiga, embora naquela época não existisse ainda o termo “Psicossomática”. Hipócrates, pai da Medicina, apontava para a existência de uma unidade funcional corpo e alma, cabendo à última a função reguladora do corpo. O homem seria, portanto, uma unidade corpo-mente organizada que, quando se desorganizasse adoeceria. Acompanhando o homem em sua especificidade, destacando a importância da observação clínica e da anamnese, Hipócrates apontava para a historicidade do sujeito, na qual passado, presente e futuro são essenciais para a compreensão do processo de adoecimento.

Embora os princípios da medicina hipocrática tenham sido preteridos desde a queda de Atenas no século III A.C, ressurgiu com Galeno que traduziu a obra de Hipócrates para o latim, quinhentos anos depois. Galeno, responsável pela classificação da farmacopeia tradicional, além da ampliação da anatomia e fisiologia da época, desenvolveu uma tipologia psicológica baseada na teoria dos humores de Hipócrates. Algumas correntes da Medicina atual que destacam a unidade soma-psique, tais como a Homeopatia e a Antroposofia, basearam-se nestes trabalhos. (VOLICH, 2010)

Séculos e mais séculos se passaram e a concepção Hipocrática manteve-se presente em diversos autores que defendiam a importância de olhar para o homem como um todo, observando que o processo de adoecimento seria decorrência de fatores biológicos e humorais. Em 1818, o Psiquiatra alemão J.C.Heinroth criou o termo “Psicossomática”, em um artigo no qual enfocava a influência das paixões sobre a Tuberculose, o Câncer e a Epilepsia. (*Idem*, 2010).

Embora Heinroth (apud VOLICH, 2010) se configure como o marco da existência do termo Psicossomático, percebeu a influência essencial de Hipócrates em seu surgimento. Isto

porque Hipócrates foi o primeiro a defender a compreensão do homem e sua história, psiquismo, predisposição, como fatores facilitadores do processo de adoecimento. Diferente da separação que encontramos atualmente no campo da saúde, legado de Descartes, a Psicossomática configura-se como uma abordagem que se contrapõe à cisão corpo-mente. Diversos são os autores que defendem a unidade funcional corpo-mente. Dentre eles destacamos Franz Alexander (apud VOLICH, 2010), Georg Groddeck (1992; 1994), Wilhelm Reich (1989; 1994; 2003), Alexander Lowen (1990), Christophe Dejours (apud VOLICH, 1998), Gerda Boyesen (1986), Julio de Mello Filho (1992), Danillo Perestrello (1982), Rubens Marcelo Volich (1998; 2010), dentre outros. Os autores citados configuram nosso referencial teórico dentro da abordagem Psicossomática.

Com o objetivo de manter a coerência com nossa abordagem e formação profissional e pessoal, optamos pelo referencial metodológico da História de vida. Segundo Queiroz (1988, p.20): “A história de vida se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu”.

A história de vida como método nos permite conhecer o relato das experiências de vida que o entrevistado expõe como relevantes. Diferente da anamnese, onde é o entrevistador quem orienta, a entrevista de história de vida é conduzida pelo entrevistado a partir da escolha daquilo que ele deseja relatar. Cabe ao entrevistador a escuta sensível para conduzir eventuais esclarecimentos que se façam necessários na narrativa do entrevistado.

Como não podemos desvincular o objeto de estudo daquele que o pesquisa, nossa clínica de Psicologia fundamenta-se no olhar psicossomático, embasando-se em leituras, percurso pessoal de psicoterapia, grupos de estudo e supervisão, além de formação continuada. E a escolha do tema da Hipertensão Arterial, inicialmente eleito por ser algo que acomete um número crescente de pessoas no mundo todo, pôde ser colocada entre aspas. Isto porque além de acometer inúmeras pessoas, também faz parte da vida de meu pai. Nada a dizer de nosso inconsciente...

Compreendemos que para construir caminhos mais saudáveis de vida precisamos necessariamente passar pelo autoconhecimento; talvez este percurso possa contribuir com reflexões de outras pessoas que nunca tiveram a oportunidade de fazer uma psicoterapia. Entretanto, este fato não as impediu, muitas vezes de perceber o quanto a Hipertensão Arterial se

construiu enquanto um meio de expressar algo através do corpo... Algo que a sua boca não pôde dizer...

É sobre esta expressão através da doença, quando não se pode dizer de outra forma, que este trabalho trata. E também da saúde que se pode construir quando se transforma as vias de conexão consigo, e de expressão dos diversos sentimentos cotidianos.

1.2 Motivação e exposição do problema

Conforme dissemos anteriormente, esta dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS/UFF) tem por objeto de investigação a **história de vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial na perspectiva da Psicossomática.**

Nossa motivação para o desenvolvimento deste estudo construiu-se ao longo de nosso percurso de formação profissional, iniciando-se durante a graduação em Psicologia. Nossa compreensão das questões psicossomáticas constitui um fio condutor em nossa formação profissional e pessoal desde aquela época. A observação de que todo adoecimento é multifacetado, envolvendo aspectos relacionados a uma predisposição orgânica, bem como a fatores emocionais, históricos, sociais, econômicos, dentre outros, sempre esteve presente.

A importância da visão Psicossomática se estendeu para nossa prática clínica, depois de graduada em Psicologia, sendo um norte na busca de cursos e processos terapêuticos. A Especialização na Espanha em Análise e Condução de Grupos, na Universidad de Barcelona, nos mostrou como os grupos funcionam como organismos interdependentes, sendo promotores ou não da saúde.

Observamos em nossa prática clínica que o processo de saúde e doença segue o mesmo rumo do que percebemos nos grupos: por que em uma família de hipertensos, por exemplo, alguns sujeitos não desenvolvem hipertensão arterial ou lidam com a enfermidade de um modo mais saudável? Este fato observado no cotidiano da clínica de Psicologia aponta para algo além do discurso organicista, que relaciona o adoecimento à lesão de um órgão.

Em outros momentos da prática em consultório, atendendo a sujeitos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), já tendo terminado uma formação em Psicossomática Reichiana (uma abordagem da Psicologia Corporal) atentamos para a relação indissolúvel entre soma e psique. A teoria, técnica e prática em Psicoterapia Corporal nos forneceram bases profundas para a

compreensão de que tudo aquilo que ocorre no corpo, acontece também no psiquismo e vice-versa. Percebemos que há uma integração entre o que vivenciamos, o como experimentamos, integramos e expressamos ou não, e o processo de saúde e doença.

Wilhelm Reich, médico, psicanalista dissidente de Freud e precursor das Psicoterapias Corporais, afirmava que soma e psique é uma unidade integrada. Reich (1989) apontava para a importância do processo de adoecimento, destacando a existência de disfunções pré-sintomáticas, isto é, um funcionamento perturbado antes do surgimento do sintoma propriamente dito. Afirmou que estas disfunções pré-sintomáticas ocorrem no corpo e no modo de agir no cotidiano que se torna rígido e anacrônico, ou seja, preso a uma história passada e fora do contexto atual.

Reich (1989) denominou de couraças as defesas produzidas no corpo a partir de situações de medo, construídas a partir de vivências mais primitivas e ao longo da vida, gerando prejuízo na pulsação do organismo como um todo (células, glândulas e tecidos). Apontou que para todo funcionamento corporal encorajado existe uma forma de se expressar correlacionada, que ele chamou de caráter. Este consiste no modo de atuar no mundo, no jeito de ser e se comportar ao longo da vida, expressando maior ou menor flexibilidade nas relações. O caráter, segundo Reich, é uma defesa que é construída historicamente a partir da vivência do Complexo de Édipo. Pode ser modificado a partir do processo de psicoterapia, quando o sujeito tem a oportunidade de perceber, trabalhar e elaborar suas defesas, tornando-as mais flexíveis e adequadas ao momento de vida.

Ao longo do desenvolvimento de sua obra, Reich (1994; 2003) pontua que a concepção de saúde é algo que extrapola o plano puramente subjetivo e das relações individuais. Defende o reconhecimento da necessidade de uma transformação biopsicossocial atrelada à realidade política e econômica da sociedade.

Na década de 30, analisa uma sociedade corrompida e adoecida, base da ascensão do Nazi-fascismo, como uma construção social baseada na repressão do ser vivo. A saúde, segundo ele, é fruto de uma política que deveria atuar como produtora de transformações na base da constituição dos sujeitos e suas relações; seja no cerne familiar, escola, ou nos grupos sociais mais amplos. A Psicossomática Reichiana nos permite, portanto, olhar a saúde como um processo dinâmico, antitético, baseada na potência de vida (que Reich denominou de potência orgástica).

Mantendo nosso fio condutor voltado para o viés da Psicossomática, buscamos uma especialização na UFF (Universidade Federal Fluminense), em Psicossomática e Cuidados

Transdisciplinares com o Corpo, na Faculdade de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Aprofundando nosso conhecimento acerca do desenvolvimento das diversas escolas e práticas com base na Psicossomática, reconhecemos a importância do desenvolvimento de pesquisas nesta área, em função da lacuna existente em estudos que correlacionem os aspectos psicossomáticos do sujeito com o desenvolvimento da Hipertensão Arterial. Percebemos que a pequena produção existente na área da Psicossomática, correlacionando este viés com a Hipertensão Arterial, busca estabelecer correlações a partir da integração entre psíquico e somático (MELLO, 1992).

Ao lado da escassez de produção científica que correlacione os aspectos psicossomáticos à Hipertensão Arterial, somam-se as estatísticas crescentes desta enfermidade. Dados da Revista Brasileira de Hipertensão de 2010 (BRASIL, p. 3) atestam que na população brasileira atinge 30 milhões de pessoas, alcançando o índice de 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, configurando-se como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – principal causa de mortalidade no país.

Bortolotto (2012) aponta que a Hipertensão Arterial consiste na doença crônica mais comum e prevalente no Brasil, estimando que entre 25 e 30 % dos adultos brasileiros sejam acometidos por ela, ou seja, em torno de 50 milhões de brasileiros. Afirma que este percentual se mantém mundialmente e que provavelmente é subestimado, em função de a Hipertensão ser uma doença silenciosa, geralmente assintomática. Entretanto, configura-se como principal fator de risco para o Acidente Vascular Encefálico, conhecido como AVE, e também contribui para o infarto e insuficiência do coração.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a Hipertensão Arterial Sistêmica é “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial”. (REV. BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, vol. 17, 2010, p.7). Estatísticas da Revista Brasileira de Hipertensão (2010) afirmam que 7,6 milhões de pessoas morrem no mundo em função da hipertensão, sendo que 80% destas ocorrem em países em desenvolvimento, e mais de 50% das vítimas são pessoas entre 45 e 69 anos. Além disso, a hipertensão é responsável por 47% dos casos de infarto e por 54% dos acidentes vasculares encefálicos, no mundo.

O crescimento expressivo do número de casos de hipertensão pode ser comprovado ao compararmos as estatísticas de 2010 e 2012, referidas anteriormente, com os números do Ministério da Saúde (2001). Os últimos afirmavam que aproximadamente 20% da população

adulta brasileira com mais de 20 anos sofria de Hipertensão Arterial, configurando juntamente com o Diabetes *mellitus* dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, o Ministério da Saúde apontava em 2001 que: “cerca de 85% dos pacientes com Acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.5).

É importante notar que, segundo os dados do Ministério da Saúde (2001), o AVE já demonstrava uma prevalência em idade cada vez mais precoce, geralmente relacionado a quadros de hipertensão. Em geral ocasionavam uma letalidade hospitalar em torno de 50%; ou algum grau de comprometimento grave em 50% das pessoas que sobreviviam, já em 2001. Acrescenta-se o fato de que estas doenças geram, com frequência, invalidez parcial ou total do indivíduo, repercutindo no paciente, sua família e na sociedade. Portanto, a prevenção torna-se o principal meio de garantir a qualidade de vida da população e também diminuir os custos de tratamento que alcançavam em torno de 0,08% do PIB brasileiro no ano de 2005 (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p 40).

A gravidade do quadro relativo à Hipertensão Arterial aumenta com a baixa adesão ao tratamento. Autores como: Ribeiro (2003); Duarte et al. (2010); Magnabosco et al.(2011); Bortolotto (2012) apontam a baixa adesão e abandono do tratamento como fatores associados ao baixo controle da Hipertensão Arterial, o que contribui com o aumento das estatísticas de mortalidade. Deste modo, ratificam a importância de compreender a subjetividade do sujeito com Hipertensão Arterial, favorecendo no desenvolvimento de estratégias mais adequadas ao tratamento e adesão ao mesmo. A alta prevalência na população, os custos elevados para o sistema de saúde, em função da demanda por internações e tecnologia médica, além da sobrecarga na previdência social gerada pelo alto índice de invalidez, indicam a relevância de estudos relativos à Hipertensão Arterial.

A adequação deste problema à linha de pesquisa do mestrado – o cuidado nos ciclos vitais humanos – tecnologias e subjetividades na enfermagem e saúde – diz respeito ao enfoque na subjetividade humana. Este aspecto é fundamental para o cuidado de si, do outro e do cuidado de um modo geral. O enfoque do cuidado humano abrange, segundo Waldow (2001; 2004), um existir pleno de responsabilidade; um compromisso de estar no mundo, contribuindo com o bem estar em geral, que envolve a preservação da natureza, da dignidade e da espiritualidade. O processo de cuidar, segundo a autora, está permeado por valores e princípios de solidariedade,

honestidade, ética, amor, conhecimento, dentre outros. Refletir sobre a promoção da saúde e nossa inserção neste processo implica conjugar a prática profissional e pessoal com o processo de cuidar, segundo uma abordagem Transdisciplinar.

1.3 Questões norteadoras e objetivos

Baseando-nos no problema de estudo exposto anteriormente, destacando a importância do conhecimento da história de vida do sujeito com Hipertensão Arterial e sua compreensão quanto às possíveis relações com o processo de adoecimento, articulamos as seguintes questões norteadoras:

→Qual a relação entre a história de vida do sujeito com Hipertensão arterial e seu estado de saúde?

→O que a História de Vida do sujeito com Hipertensão arterial traz em termos psicossomáticos?

→Quais as contribuições do método História de Vida para o cuidado em saúde?

Partindo do exposto anteriormente, destacamos como objetivos deste estudo:

1. Descrever a História de Vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial;
2. Identificar componentes psicossomáticos na História de Vida dos sujeitos com Hipertensão arterial;
3. Analisar os conteúdos emergidos na História de Vida voltados para o cuidado em saúde.

1.4 Justificativa

Propomos como objeto de nosso estudo a **história de vida de sujeitos com Hipertensão Arterial segundo a perspectiva da Psicossomática**. A relevância do estudo da Hipertensão arterial se deve ao seu alto índice de prevalência na população e baixo índice de controle, sendo fator de risco para as doenças cardiovasculares, dentre outras, ocasionando alto índice de mortalidade e morbidade. Conforme destacamos anteriormente, uma parte significativa da população mundial é acometida por Hipertensão Arterial. No Brasil, dados da Revista Brasileira de Hipertensão de 2010 atestam que atinge 30 milhões de pessoas, alcançando o índice de 36%

dos homens adultos e 30% das mulheres, configurando-se como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – principal causa de mortalidade no país.

Acrescenta-se o fato de que estas doenças geram, com frequência, invalidez parcial ou total do indivíduo, repercutindo no paciente, sua família e na sociedade. Portanto, a prevenção torna-se o principal meio de garantir a qualidade de vida da população e também diminuir os custos de tratamento que alcançavam em torno de 0,08% do PIB brasileiro no ano de 2005 (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p 40).

Mesmo com as estatísticas alarmantes, há baixa adesão e altas taxas de abandono do tratamento. Bortolotto (2012) questiona se estes sujeitos hipertensos que não aderem ao tratamento conhecem realmente os fatores por trás do problema e sua real gravidade. Afirma ainda que as estatísticas relacionadas ao número de hipertensos provavelmente são subestimadas, em função de a Hipertensão ser uma doença silenciosa, na maioria das vezes assintomática. Portanto, o fato de ser assintomática pode ser um dos fatores associados ao seu desconhecimento, bem como à baixa adesão e abandono do tratamento. Algo como, não é necessário tratar algo que não sinto.

A baixa adesão ao tratamento ou mesmo seu abandono, que contribui com o aumento das estatísticas de mortalidade, reforça a importância de compreender a subjetividade dos sujeitos com Hipertensão Arterial. Duarte *et al.* (2010) apontam em seu estudo sobre os motivos do abandono do seguimento médico de sujeitos hipertensos, além de razões ligadas ao próprio serviço de saúde (sua organização, estrutura e a relação médico- paciente), razões de natureza psicossocial, tais como a ausência de sintomas, a melhora ou normalização da pressão e o consumo de álcool. Reforçam, portanto, a necessidade de conhecer mais acerca da subjetividade dos sujeitos hipertensos, a fim de favorecer o desenvolvimento de estratégias que estimulem a adesão e continuidade do tratamento.

Confirmando a importância central da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nas questões relativas à saúde pública, seja em função de sua alta prevalência na população brasileira, ou mesmo em função do alto custo gerado para o sistema de saúde, acrescido dos fatores expostos anteriormente, o Ministério da Saúde destacou o controle da HAS como prioridade no Pacto pela Saúde (2006) e na Política Nacional da Atenção Básica. O estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde aponta para a busca de desenvolvimento de uma atenção mais acolhedora e eficaz no tratamento e cuidado com os

sujeitos com HAS, dando espaço para o surgimento de suas questões psíquicas e sociais também associadas ao processo de adoecimento. A compreensão das Histórias de Vida dos sujeitos com HAS pode contribuir para o conhecimento acerca da dimensão subjetiva envolvida com esta enfermidade, contribuindo com a valorização de um modelo de saúde baseado no cuidado do sujeito com HAS a partir de uma perspectiva integradora, como a Psicossomática.

Contrastando com a pesquisa baseada na abordagem da Psicossomática, encontramos o modelo Biomédico ainda vigente em clínicas, postos de saúde e hospitais. Uma das grandes consequências deste modelo se concretiza no tratamento do paciente enfermo seccionado em partes, prejudicando a compreensão do processo de adoecimento e seu tratamento. Não existe espaço para a subjetividade, isto que o permite ser único. Pouco se atenta para a escuta, para a história de vida do sujeito e como este a percebe ou não enquanto mola propulsora do que se tornou e em que se transforma a cada momento.

Buscando prevenir e tratar a Hipertensão, o Ministério da Saúde apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*, a partir de articulações com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e hipertensão e as secretarias municipais de saúde, através do Conasems (*Ibid.* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Interessante notar que este Plano baseia-se em uma articulação multiprofissional no tratamento da hipertensão. A equipe é constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Destaca-se neste Plano, a importância dos hábitos de vida e estilos de vida saudáveis (alimentação, interrupção do tabagismo, a prática de exercícios físicos), em conjunto com o uso de medicamentos apropriados. Tais medidas são corroboradas pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) e, da mesma forma, demonstram a falta de articulação na prática com o viés psicossomático. Embora a VI DBHA apontem para a percepção de que os fatores emocionais e relacionais atuam sobre a repercussão no desenvolvimento do quadro clínico e adesão ao tratamento, percebe-se a falta do olhar psicossomático e consequente entendimento de sua repercussão na prática clínica. Faz-se necessário o reconhecimento da existência, e conhecimento acerca da subjetividade dos sujeitos com Hipertensão arterial que se forma e transforma a cada relação estabelecida ao longo da construção de sua história de vida.

A articulação com a Psicossomática permite a ampliação do conhecimento acerca da Hipertensão que, como vimos no Plano do Ministério da Saúde, privilegia até então os fatores

somáticos e trata a doença, em detrimento do sujeito doente. Tomando como referência a perspectiva Psicossomática, nosso intento é priorizar o entendimento do processo de adoecimento e não a doença. Deste modo, o foco passa a incidir sobre o doente e sua capacidade de cuidar-se e modificar sua forma de relação com o próprio processo de adoecimento.

1.5 Contribuições do estudo

Destacamos dentre os resultados esperados, a ampliação do conhecimento acerca dos aspectos psicossomáticos da Hipertensão, visando contribuir com o cuidado em saúde, considerando o sujeito na clínica ampliada. Partindo do estudo da história de vida de sujeitos com Hipertensão arterial, segundo o viés da Psicossomática, pretendemos explicitar a subjetividade como um fator fundamental para a compreensão do processo de adoecimento. O entendimento do ser humano como ser único, com o qual se deve estabelecer uma relação de respeito, pautada em sua singularidade, seria, então o antídoto para a massificação da relação profissional-paciente. A ampliação da atuação dos profissionais de Psicologia nas equipes multiprofissionais na clínica ampliada em saúde, preconizada no Programa de Saúde da Família, poderia ser uma via de atendimento a singularidade de cada paciente, produzindo reflexos na área educacional e da promoção de tecnologias voltadas para o cuidado, prevenção e promoção da saúde.

Para Guattari (1992) estamos diante da criação de novas modalidades de subjetivação, o que pode gerar uma transformação nas mentalidades e constituir no motor para um modo novo de viver em sociedade. Segundo Jeni Vaitsman (1995, p.7), explicando Guattari:

Um processo de recomposição coletiva da sociedade teria que passar por uma “revolução molecular”, onde a subjetividade se re-singularizasse e se pudesse criar uma forma de democracia política e econômica, onde se respeitasse as diferenças culturais e individuais, onde o sujeito tivesse um lugar definido de forma singular.

Visando conhecer as diferentes subjetividades de sujeitos com Hipertensão arterial, compreender suas singularidades, mas ao mesmo tempo o que os faz hiper-tensos, nos propomos a escutar e em seguida “dar voz” ao que é dito. Entendemos a escuta e sua posterior decodificação como um meio de valorizar as subjetividades e permitir seu reconhecimento e expressão. Também como ponto de partida para o desenvolvimento de tecnologias voltadas para a educação, visando melhoria no cuidado e promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

Neste capítulo apresentaremos a revisão que respalda o estudo através dos seguintes tópicos: **2.1** - aspectos psicossomáticos da Hipertensão arterial; **2.2** - conceituação da Hipertensão Arterial e **2.3** – aspectos do cuidado do hipertenso.

2.1 Aspectos Psicossomáticos da Hipertensão Arterial

Nosso estudo objetiva o aprofundamento da compreensão sobre a Hipertensão Arterial segundo a abordagem da Psicossomática. Diversos autores, tais como: Franz Alexander (apud VOLICH, 2010); Freud (1900); Georg Groddeck (1992;1994); Wilhelm Reich (1989;1994;2003); Alexander Lowen (1990); Pierre Marty (1983); Christophe Dejours (apud VOLICH, 1998); Gerda Boyesen (1986); Julio de Mello Filho (1992); Danilo Perestrello (1982); Ballone (2007); Rubens Marcelo Volich (1998; 2010), dentre outros, contribuíram para o campo da Psicossomática, configurando visões e caminhos diversos de entendimento e intervenção. Visando a compreensão das diversas correntes da psicossomática desenvolvidas ao longo do tempo, seguiremos com uma breve descrição histórica e da contribuição de alguns autores dentro dessa perspectiva.

Embora os primórdios da psicossomática estejam localizados em Hipócrates, pai da Medicina, na Grécia Antiga (VOLICH, 2010), diversos movimentos de transformação ocorreram ao longo dos séculos até o surgimento da Psicossomática enquanto abordagem científica. Atualmente, diversos autores desenvolveram especificidades ampliando o escopo de compreensão dessa área de conhecimento.

Hipócrates (460 a.C.) construiu um corpo de conhecimentos, base para uma medicina naturalista, que aliava uma visão humanista ao rigor do procedimento científico. Destacava no processo de adoecimento a existência de aspectos do indivíduo, suas condições de vida, aliados ao que hoje reconhecemos como fatores constitucionais. Sua visão acerca do adoecimento contrastava com a apregoada na Antiguidade. Naquela época a origem das doenças era relacionada à expressão de forças sobrenaturais, utilizando-se os rituais religiosos como meio de cura (CAPRA, 1982). Hipócrates, ao contrário, apontava para a importância de restabelecer a unidade do todo orgânico ameaçado pela doença, considerando a natureza do doente e seus

sintomas. Considerava o homem como uma unidade organizada passível de desorganizar-se, o que geraria a doença. A fim de compreender esta dinâmica saúde-doença, ressaltava a importância da anamnese e da observação clínica, destacando a importância da perspectiva histórica do doente (VOLICH, 1998).

A concepção hipocrática sofreu seu declínio com a queda de Atenas (século III a.C.). No entanto, mais tarde, Galeno (131-201 d.C.) promoveu o seu resgate a partir da tradução de toda a obra de Hipócrates para o latim, criando uma tipologia psicológica baseada em sua teoria dos humores. Tal abordagem foi utilizada mais tarde pela Homeopatia e Antroposofia, dentre outras correntes da Medicina (VOLICH, 2010).

Em 410 d.C., com a captura de Roma pelos Visigodos, houve uma diferenciação na forma de compreender o mundo, que acompanhou a separação do Império Romano. Enquanto em Bizâncio (parte Oriental), foram preservados os conhecimentos clássicos relacionados com as concepções hipocráticas; na Europa Ocidental houve a expansão do Catolicismo, e a consequente hegemonia do pensamento religioso. Tal ideologia religiosa, baseada na crença da imortalidade da alma e desprezo pelo corpo, originou o desaparecimento do exame clínico e de todos os procedimentos médicos da antiguidade (CAPRA, 1982).

Entre os séculos VIII e XI, diversos médicos, filósofos e sábios árabes, judeus, persas, gregos e sírios, resgataram os conhecimentos preservados no Império Romano do Oriente, realizando traduções de obras gregas e romanas, promovendo o Neo-hipocratismo (VOLICH, 2010, p.38). Fundaram, neste período, as primeiras escolas de Medicina em Salerno e em Montpellier, baseadas no espírito humanista e Hipocrático.

O renascimento do espírito hipocrático teve como um de seus expoentes Maimônides (1135-1204 d.C), na Espanha, que afirmava que o adoecimento era fruto do desequilíbrio entre corpo e alma, instâncias que considerava interdependentes. Apontava a importância das emoções e do conhecimento do temperamento do paciente, a fim de compreender a doença. Segundo ele, as emoções poderiam enfraquecer tanto o físico quanto o psíquico. Utilizava os recursos do corpo e do espírito como meio de tratar os doentes (*Ibid*, 2010).

Embora as concepções Hipocráticas começassem a ocupar um lugar de destaque nas universidades fundadas durante a Idade Média europeia na Itália e França, a Igreja mantinha sua hegemonia. Coexistia a compreensão natural da doença, proveniente da sabedoria hipocrática, e elementos da ordem do sobrenatural.

A ampliação da visão de mundo e construção de novos ideais, diferentes dos apregoados pela Igreja e pelos senhores feudais, foi uma construção de séculos. Podemos destacar alguns acontecimentos dentre inúmeros ao longo da história que colaboraram com o percurso rumo à transformação destes ideais. As Cruzadas (Séc. XI), ocasionaram a circulação de populações e de ideias; a invenção da imprensa (1440 D.C.) permitiu a disseminação do saber, ainda restrito em grande parte aos monastérios. Nesta época, já existiam as primeiras faculdades e hospitais, locais de disseminação do conhecimento e de cuidado dos doentes. Durante os séculos XV e XVI, foram descobertas novas rotas comerciais, ampliando a visão de mundo e possibilitando a criação de novos ideais que embasaram a construção da liberdade de pensamento.

Nos séculos XVI e XVII, destacamos como expoentes da grande mudança de mentalidade, René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642-1727) apud Capra (1982). Enquanto Descartes se tornou o pai da Filosofia Moderna, Newton foi o expoente da Física e sua marca se mantém até a atualidade, em contraste com as descobertas de Einstein. Newton forneceu uma teoria matemática do mundo consistente (CAPRA, 1982). Formulou a Lei da Gravitação Universal, que estabeleceu as bases do método científico segundo o qual todos os fenômenos da natureza seriam mensuráveis e equacionáveis (VOLICH, 2010, p.51).

Descartes desenvolveu “a noção do mundo como se ele fosse uma máquina, e a máquina do mundo converteu-se na metáfora dominante da era moderna.” (CAPRA, 1982, p. 49). Imprimiu ao método científico a dúvida sistemática, conforme destacou em seu “Discurso sobre o método” (*ibidem*, p.69): “(...) evitar a precipitação e a precaução, incluindo apenas nos meus juízos aquilo que se mostrasse de modo tão claro e distinto à minha mente que não subsistisse razão alguma à dúvida (...)” Propôs o fundamento racional de toda a ciência, valorizando o corpo em detrimento da experiência subjetiva. Sua concepção era dualista, na qual corpo e alma seriam entidades separadas, ligados a partir da glândula Pineal. Comparava o corpo a um autômato e à alma caberia o ato de pensar.

Baseando-se no espírito de seu tempo e imbuído da visão Cartesiana de mundo, William Harvey (1578-1657) apud Volich (2010) descobriu as funções da circulação sanguínea, em 1618. Embora Harvey se pautasse na visão mecanicista, que descrevia o corpo funcionando como uma máquina, destacava a influência das emoções sobre o coração. Do mesmo modo, Thomas Sydenham (1624-1689) apud Volich (2010), médico do exército inglês, destacava a relação entre sintomas somáticos e dificuldades morais. Segundo o autor, o corpo mobilizaria todas as suas

forças para lutar contra a doença e caberia ao médico o conhecimento do paciente para ajudá-lo a partir da medicação adequada para a doença específica. Para chegar à medicação específica, o médico deveria estudar o paciente de maneira completa, conhecendo também o curso da enfermidade. (VOLICH, 2010).

O paradigma cartesiano, embora tenha permitido o desenvolvimento das ciências, trouxe em seu bojo o reducionismo na forma de pensar o ser vivo. Até então, a medicina pensa o adoecer de forma fragmentada, cabendo ao médico de cada especialidade entender e explicar aquela “parte” que não funciona do organismo vivo. A subjetividade, para muitos, ainda é relegada a último plano. Entretanto, esta visão de mundo começa a ser criticada mais adiante, com as descobertas no século XX.

O século XVIII trouxe o conflito entre duas tendências: se por um lado persistia a influência Newtoniana e Cartesiana, por outro, surgia o Iluminismo que contestava o Racionalismo que reinava até então, e fornecia os ideais de base da Revolução Francesa (Igualdade, Fraternidade e Liberdade). A Medicina começou a ser revista, pois até então as doenças eram descritas a partir do conjunto de seus sintomas (VOLICH, 2010).

Na filosofia, se destacou Emmanuel Kant (1724-1804) que afirmava que o homem teria “uma parte fisiológica (o Homem feito pela Natureza) e uma parte pragmática (o que o Homem faz dele mesmo)”. Segundo Kant (VOLICH, 2010, p.54): “O espírito é incapaz de funcionar quando o corpo está cansado, e uma dedicação exclusiva ao espírito destrói o corpo, incapaz de se regenerar e de fazer o trabalho da reparação.” Portanto, corpo e alma seriam interdependentes; sendo imputado a ambos o bem e o mal feito tanto ao corpo, quanto à alma.

No século XIX, mais especificamente em 1818, Heinroth criou o termo “Psicossomática” para enfatizar a importância da integração entre os aspectos físicos e psíquicos no adoecimento (MELLO FILHO, 1992). Dez anos depois, cunhou o termo “somatopsíquico” para designar as transformações nos estados psíquicos a partir do estado corporal (VOLICH, 2010). Deste modo, distinguiu as duas diferentes influências e direções: do psíquico para o somático e vice-versa.

É interessante notar que o surgimento do termo “Psicossomática” se baseou na concepção hipocrática e do Vitalismo de G.E. Stahl (1660-1734) apud Volich (2010). O Vitalismo era uma corrente oriunda do animismo da escola de Montpellier e defendia a existência de uma força vital, responsável pelas sensações, movimentos e vida, que ocasionaria a saúde ou o

adoecimento. Enquanto Hipócrates apontava para o adoecimento como resultado da ação de fatores biológicos e humorais, o Vitalismo de Stahl sustentava que a doença era decorrente de uma perturbação gerada por “um princípio imaterial da vida sobre um organismo naturalmente disposto” (VOLICH, 2010, p.55). Ambos buscavam a conexão entre diversos fatores na origem do adoecimento.

Embora o termo Psicossomática separe psique de soma, algo que poderíamos imaginar estar calcado ainda em um paradigma cartesiano, o desenvolvimento das diferentes escolas de Psicossomática ocorreu em um momento de transição entre o paradigma cartesiano e uma nova visão de mundo, que prioriza a integração em detrimento da separação. Este novo paradigma teve origem no início do século XX, a partir da revolução no pensamento científico originada pelo físico Albert Einstein. Suas descobertas da teoria especial da Relatividade e do novo modo de considerar a radiação eletromagnética, base para desenvolvimento posterior da teoria quântica, forneceram as bases para uma visão de mundo calcada na visão do todo. Segundo Capra (1982, p. 72): “O universo deixa de ser visto como uma máquina (...) para ser descrito como um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão essencialmente inter-relacionadas (...)”

A Psicossomática, segundo Mello Filho (1992, p.19) consiste “numa ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde; é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática de uma Medicina Integral.” O autor destaca que hoje a Psicossomática está mais restrita às pesquisas sobre as relações mente-corpo, produção de enfermidades, baseados principalmente nas pesquisas sobre estresse. Afirma que a Psicossomática se consolidou enquanto movimento a partir de Franz Alexander e a Escola de Chicago. Divide sua evolução em três fases: a inicial ou Psicanalítica, que enfocava a gênese inconsciente do adoecimento; a intermediária ou Behaviorista pautada em estudos em homens e animais, principalmente sobre estresse, visando tornar-se uma ciência baseada no modelo das ciências exatas; e a atual ou multidisciplinar, baseada na interconexão dos profissionais de saúde das diversas áreas. O autor ressalta a importância do conceito de Medicina da Pessoa, cunhado por Danilo Perestrello (1982), bem como da concepção de saúde como equilíbrio “biopsicossocial” apregoado pela Organização Mundial da Saúde, como fatores que permitiram à Psicossomática assumir seu papel multidisciplinar e integrador. O autor aponta que na atualidade há um crescente número de pesquisas sobre o estresse e sua correlação com o adoecimento,

partindo da concepção psicossomática da relação mente-corpo como uma unidade integrada. O autor também destaca a perspectiva social e multidisciplinar da psicossomática na atualidade.

É importante frisar o papel de Sigmund Freud na abertura de caminhos para o desenvolvimento da perspectiva Psicossomática. Embora não tenha escrito nada que se referisse especificamente à Psicossomática, a relação mente-corpo é presente principalmente em seus escritos iniciais. Freud (1895) explicitou a função simbólica dos sintomas histéricos, apontando para a conversão da excitação endógena em inervação somática. Seus primeiros estudos sobre a angústia apontaram para a diferenciação entre Neuroses Atuais (que ele chamava de Neurastenia e Neurose de Angústia), que seriam originadas pela falta de descarga da excitação sexual somática e não por fatores psíquicos; e as Neuropsicoses de Defesa (psicose, paranoia, neurose obsessiva, fobia, histeria) cuja etiologia estaria relacionada com os diferentes mecanismos defensivos que atuam no sentido de manter afastada da consciência a representação ideativa indesejável.

Freud, a partir do estudo sobre a Histeria, ampliou a compreensão sobre as diversas vias de manifestação do sofrimento humano. Descobriu que esta doença carecia de um substrato anatômico, questionando os meios de expressão do conflito psíquico na esfera somática. Fundou a Psicanálise, teoria baseada em sua clínica, buscando compreender as relações entre o psíquico e o somático. A teoria Freudiana destaca a importância do conflito entre as necessidades fisiológicas, desejos, sexualidade e realidade, bem como entre as instâncias psíquicas (Id, Ego e Superego) no cotidiano. Aponta que o modo como cada sujeito se relaciona com seus conflitos determina o seu adoecer ou bem-estar e que suas repercussões constroem recursos para o enfrentamento da vida (FREUD, 1895).

Freud distinguiu entre o psíquico e o orgânico. Afirmou que a Psicanálise pouco poderia esclarecer sobre as Neuroses atuais, colocando-as como escopo do campo médico. Em contrapartida, Georg Groddeck (1992) buscou ampliar o campo de atuação do método psicanalítico na compreensão da doença, baseando-se na busca do sentido do sintoma a partir do “dialeto do próprio órgão”. Para Groddeck (1992, p.2):

(...) o homem todo se transforma em símbolo. O sintoma corporal torna-se a pantomima da crise existencial recalçada. A gesticulação, a mímica e a patofisionomia ajudam o ser humano, que se cala em seu sofrimento, a dizer do que padece. Essas manifestações falam por ele, sempre que a expressão verbal originária, formulada conscientemente através da linguagem, não é mais possível.

Embora exista uma identidade entre o pensamento psicanalítico de Freud e Groddeck, o último distingue-se dos demais psicanalistas em função do valor que atribui ao sintoma. Groddeck seria capaz de interromper uma livre associação para estimular o paciente a retomar o foco sobre os seus sintomas, fazendo-o trabalhar e utilizando a interpretação somente em casos extremos. Afirmou que os sintomas eram o caminho para a compreensão da resistência inconsciente e que seu desenvolvimento era análogo à elaboração de um sonho e à dinâmica da neurose. Destacou a importância do exame físico do paciente, visando à observação e análise dos sintomas corporais. Portanto, Groddeck entendia que psique e soma era uma unidade indissociável, apontando a psicanálise como meio de entender qualquer enfermidade e como um dos recursos médicos para tratá-la. E enfatizou (1994, p. 141): “não são as doenças, mas os doentes, o objeto do tratamento médico”.

Segundo Groddeck (1994), somos vividos por nosso Isso¹ e cabe ao mesmo a modificação do funcionamento do organismo, propiciando ou não meios para a instalação de doenças. A partir de percepções ou de uma cadeia de pensamentos inconscientes, o Isso altera o funcionamento de glândulas, a circulação sanguínea, propiciando meios para o adoecimento. Do mesmo modo, o Isso é responsável pela proteção ou não do organismo a ameaças de intervenções químicas, mecânicas e bacterianas. Portanto, todo adoecimento ocorre para servir a um propósito do Isso.

Para Groddeck (1992), o adoecimento ocorre em todas as pessoas a partir de decisões do Isso, calcadas também em uma suscetibilidade à doença. Esta consiste em uma disposição individual, a essência daquele ser humano, diferente dos demais. O Isso desenvolve tais disposições, pois cabe a ele a criação do físico e do psíquico, podendo modificar um órgão e seu funcionamento. Também cabe ao Isso se defender de contatar com algo que estimule lembranças desagradáveis associadas a lutas internas não resolvidas. O Isso se torna mais sensível a determinados estímulos e não a outros. Sua sensibilidade, segundo Groddeck (1992, p.13): “pode ser construída a partir de abalos ocorridos na primeira infância, antes do nascimento ou talvez até antes da concepção”. Tais abalos explicam a escolha que o Isso faz do local no corpo para o adoecimento, delineando como surge uma disposição local.

¹Groddeck equipara o Isso ao Inconsciente que se revela e ao mesmo tempo é criado pelo símbolo. (Sobre o Isso in Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática, p. 37).

A doença, segundo o Groddeck (1992), é um meio utilizado pelo Isso para salvar as pessoas de perigos ainda maiores, obrigando ao repouso, bem como um meio de o inconsciente se defender da conscientização do recalque. Consiste em um refúgio, construído em um período da infância em que sofreu um grande abalo, contra o mundo exterior agressivo ou contra situações insuportáveis. Portanto, o adoecer torna-se uma regressão ao período da infância, de recém-nascido ou da vida intra-uterina, cabendo ao doente a satisfação de seu desejo de ser cuidado pela mãe.

Da mesma forma, a cura se processa a partir do Isso que já não reconhece mais a necessidade desta proteção (a doença). O próprio inconsciente teria todo o material necessário para a cura; se esta não ocorre é em função de algum obstáculo paralisando as forças do Isso. Este obstáculo consiste na resistência, calcada no caráter e comportamento do paciente e projetada no médico ou psicanalista. Caberia aqui o trabalho da Psicanálise, baseado nos conteúdos transferidos para a figura do psicanalista, o que, na realidade, segundo Groddeck (1992), nada mais são do que conteúdos do próprio paciente.

Groddeck (1992, p.97) coloca a doença como uma intervenção do Isso na forma de viver do paciente:

(...) a doença e a saúde são formas de expressão de uma só vida. A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do organismo, do Isso. O Isso – ou chamemo-lo de força vital, de si próprio ou organismo – esse Isso, do qual nada sabemos, e não reconhecemos senão uma ou outra forma de manifestação, deseja expressar alguma coisa com a enfermidade; ficar doente tem que ter um sentido.

Quando o Isso tentou se expressar a partir de palavras, pensamentos, gestos, ações, mecanismos fisiológicos e não logrou êxito, o Isso gerou o adoecimento a fim de exprimir o que não foi possível a partir das vias saudáveis. A doença é um meio de paralisar o doente, advertindo-o ou colocando fim aos impulsos conflitantes do seu organismo, seja através da luta contra a doença ou da sua recuperação. O Isso permite o completo restabelecimento do paciente ou mantém uma moléstia crônica como forma de restringi-lo do perigo ou o leva à morte.

No Isso doente coexiste a predisposição à saúde, o que mantém uma luta interna pela recuperação. Do mesmo modo, o adoecer só ocorre quando o Isso buscou todas as formas de expressão salutar sem êxito. Esta luta entre a saúde e a doença ocorre internamente e o Isso só decide o vencedor quando se vê diante de algo que lhe convence que a doença não é mais necessária ou o contrário. Deste modo, o organismo pode recuperar-se do estado de paralisia, diante de uma ameaça que não mais existe. Não há mais a que resistir, então o organismo pode

recuperar-se; não há mais o que dizer, o que se dizia através da doença já foi decifrado, algo foi transformado e a doença não é mais necessária. A saúde pode ser restabelecida pelo Isso.

Já Franz Alexander, inicialmente discípulo de Freud, destacou-se como um dos grandes expoentes na fase Psicanalítica da Psicossomática. Franz Alexander (1891-1964), médico e psicanalista Húngaro, considerado o “pai da Medicina Psicossomática”, associou a tensão emocional como um fator significativo da etiologia de diversas doenças. Desenvolveu seus trabalhos no *Chicago Institute for Psychoanalysis* (1932-1956), onde pesquisou sobre as correlações entre as doenças psicossomáticas e as perturbações emocionais. Baseou-se no pensamento psicanalítico aplicado a processos fisiopatológicos, lançando as bases para o desenvolvimento da Medicina Psicossomática, como descrito por Volich (2010). Julio de Mello Filho (1992) destaca a *Teoria da Personalidade A*, desenvolvida por Franz Alexander, como um importante estudo psicanalítico na área da Psicossomática. Segundo Alexander, os sujeitos com hipertensão arterial tenderiam a desenvolver uma personalidade Hipertensiva, a qual ele denominou de Personalidade A, na qual existiria um núcleo de hostilidade reprimida e dependência, que gerariam a reação hipertensiva. Segundo Engel (1998), esta teoria carece de estudos que a comprovem, embora tenha sido desenvolvida em 1939. Em 1950, Franz Alexander lançou o livro *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*, no qual descreveu as bases da perspectiva Psicossomática.

Interessante notar que Wilhelm Reich (1897-1957) foi contemporâneo de Franz Alexander e o quanto de sua teoria se encontra, descrito de uma forma peculiar, naquilo que Alexander defendeu. Reich era médico, psicanalista dissidente de Freud, considerado pai da Psicoterapia Corporal. Introduziu o corpo na terapia a partir de suas observações advindas da prática clínica. Percebeu que o corpo como um todo expressa muito mais do que qualquer verbalização. Desenvolveu a sua técnica, partindo da técnica psicanalítica, incluindo a intervenção e o olhar para o corpo do paciente. Percebeu o quanto as tensões musculares eram análogas ao modo de expressar do paciente e que ao trabalhar sobre as tensões musculares, flexibilizava o que ele chamou de “couraça muscular do caráter”.

Descobriu as “couraças” que consistem na expressão somática dos mecanismos de defesa; e o caráter que é o modo de ser e de atuar no mundo e nas relações. Couraça e caráter, segundo Reich, funcionam como uma unidade integrada, amálgama entre somático e psíquico. O

autor deixou um forte legado que aponta a importância da contenção emocional no processo de adoecimento. Segundo a concepção reichiana, todo processo de adoecimento é uma expressão deslocada de emoções bloqueadas. Caberia ao psicoterapeuta corporal o favorecimento das expressões emocionais do paciente em ambiente seguro, além da elaboração dos conteúdos correspondentes, possibilitando a flexibilização da couraça e do caráter do paciente (REICH, 1989).

Segundo Câmara (1998, p.17): “Reich resgatou a unidade bio-psico-social do homem, com uma teoria integral, organísmica, que percebe mente-corpo como uma unidade contextualizada pelo social”. Reich buscava a restauração da naturalidade corpórea que, segundo ele, está diretamente atrelada ao funcionamento do sistema nervoso autônomo. Como dizia Reich, aquilo que atinge o psiquismo, também atua no somático, visto que Psique e soma é uma unidade funcional. Portanto, toda intervenção terapêutica teria como objetivo a flexibilização das couraças e do caráter análogo, permitindo a integração entre o presente e o passado vivo no presente, possibilitando o resgate da auto-regulação. Paulo Albertini (1994, p. 92) resume: “(...) todo referencial reichiano visa, em qualquer âmbito de aplicação (...) – proteger, facilitar, manter a vida (o movimento de autocriação) e evitar a morte (a fixação, a cronificação)”.

Outro autor de destaque nas psicoterapias corporais, também influenciado por Reich, foi Alexander Lowen (1910-2008), criador da Terapia Bioenergética. Lowen escreveu um livro – Amor, sexo e seu coração (1990) – no qual defendeu a correlação entre as emoções, o funcionamento do coração e as doenças cardíacas. Afirmou que criamos uma couraça protetora, tornando rígidos os músculos que envolvem o coração, na parede torácica, para nos defendermos da dor da perda do amor. Este enrijecimento restringe a respiração, o movimento corporal e, anestesia a percepção de sensações corporais e sentimentos. Esta contenção e inibição² das emoções, mantida a partir das couraças e do caráter rígido correspondente, coopera com a manutenção do estresse do corpo, bem como do coração, predispondo a doenças cardíacas. Lowen apontou que o estresse contínuo e o estilo de vida do sujeito (sua forma de ser e estar no mundo) estariam diretamente associados ao potencial de saúde ou adoecimento do sujeito.

² Lowen (1990) diferencia entre contenção e inibição das emoções. A contenção se refere a uma emoção da qual se tem consciência e não é expressa. A inibição implica falta de consciência da emoção e, em função disso, ela não é expressa.

Quanto maior a rigidez corporal, mais rígido o caráter e menos flexível diante das adversidades da vida, aumentando o potencial de estresse diante das dificuldades.

Lowen (1990) citou um estudo importante acerca da correlação entre personalidade e cardiopatia realizado por Meyer Friedman e Samuel Rosenman, dois cardiologistas. Eles descobriram, a partir da observação de seus pacientes, que os cardiopatas exibiam uma personalidade comum, a qual eles denominaram de “indivíduos tipo A”. Estes pacientes apresentavam as seguintes características: eram extremamente competitivos, facilmente irritáveis com qualquer discórdia em relação ao seu ponto de vista, raivosos, impacientes, não toleravam inatividade, realizavam suas tarefas compulsivamente, dificilmente se permitiam tempo de lazer, fumavam mais, apresentavam níveis mais elevados de colesterol, podendo sucumbir a um ataque do coração três vezes mais do que outros sujeitos. Segundo Lowen (1990), o estudo de Friedman e Rosenman aplicou a classificação de sujeitos “tipo A” e “tipo B” a 5500 homens saudáveis, que foram acompanhados por oito anos e meio. Concluíram que os homens “tipo A” apresentavam sete vezes mais chances de sofrer de uma doença das coronárias. Dando sequência ao seu estudo, acompanharam por mais três anos os sujeitos do “tipo A”, dividindo-os em três grupos: o primeiro, depois de aconselhado foi acompanhado por cardiologistas; o segundo recebeu acompanhamento e aconselhamento contínuo sobre como lidar com o comportamento do tipo A; e o terceiro foi acompanhado apenas pelo Cardiologista. Ao fim do estudo, a diferença entre o grupo 1 e 2 era de mais de 372%, porque o comportamento do tipo A foi reduzido em 30% pelos sujeitos do grupo 2. Deste modo, os autores concluíram que os sentimentos, sensações e pensamentos de uma pessoa influenciam o desenvolvimento das doenças cardíacas (LOWEN, 1990, p. 111).

Friedman e Rosenman apud Lowen (1990) conseguiram correlacionar o estado subjetivo e o desenvolvimento de cardiopatias, demonstrando a diferença de funcionamento do organismo de sujeitos do “tipo A”. Em seus estudos, estes sujeitos apresentaram maior dificuldade de metabolizar a gordura no sangue, maior quantidade de norepinefrina, o “hormônio combativo” no sangue, contribuindo com o aumento da pressão sanguínea; maior produção de ACTH (hormônio que estimula a glândula Adrenal a produzir hormônios corticóides do estresse); menor produção de hormônio do crescimento do que o normal; reação mais intensa ao açúcar em função da produção de grande quantidade de insulina.

Lowen (1990) destacou a importância de observar que o comportamento tipo A é um fator predisponente. Entretanto, pessoas com este comportamento não apresentarão necessariamente uma cardiopatia. Segundo o autor, outros fatores predisponentes a Hipertensão são: tabagismo, vida sedentária, alimentação rica em cloreto de sódio, obesidade. A estes fatores devem ser somadas causas precipitantes, isto é, algum acontecimento estressante como, por exemplo, a perda de emprego, falecimento de um ente querido, separação, dentre outros.

É importante frizar que a capacidade de lidar com o estresse é variável para cada tipo de pessoa. Lowen apontou para a importância de observar o quanto a carga de estresse incessante é prejudicial, pois gera uma rigidez corporal que nos impede de perceber as nossas sensações e sentimentos, ocasionando uma diminuição da auto-percepção. O enrijecimento amortece o corpo, impedindo os movimentos espontâneos e, portanto, a expressão emocional. Esta rigidez pode atingir os vasos sanguíneos periféricos, facilitando o desenvolvimento da hipertensão arterial (LOWEN, 1990, p.118).

Seguindo o caminho de Wilhelm Reich, porém trazendo contribuições às Escolas Neo-Reichianas de Psicoterapia Corporal, Gerda Boyesen (1922-2005), Psicóloga, Fisioterapeuta Norueguesa e criadora da Psicologia Biodinâmica, aponta para a importância da prevenção de problemas psicossomáticos de um modo distinto de Reich. Afirma que o adoecimento ocorre quando há muita tensão e conflito ou ansiedade e medo, que ela denomina de energia emocional ascendente. Da mesma forma que Reich, coloca a importância da descarga destas emoções represadas, seja através do choro, assertividade, agressão ou trabalhos criativos. Enfatiza, entretanto, que a liberação de tais emoções e sua elaboração, propicia o caminho para que esta energia se torne descendente, desaparecendo toda dor e tensão. Gerda acrescenta a este trabalho, baseado na visão de Reich, o trabalho da massagem ancorada na percepção da psico-peristalse que visa eliminar qualquer estase do fluxo energético acumulado em função dos padrões conflitivos. Gerda (1985) cria um conceito diferente da Peristalse³. Segundo a autora, a Psico-peristalse⁴ funciona como o caminho de auto-regulação do corpo, que permite a eliminação da

³ **Movimentos peristálticos** são contrações involuntárias que empurram o alimento (também denominado bolo alimentar, quimo ou quilo, de acordo com a fase da digestão) ao longo do tubo digestivo (esôfago, estômago e intestinos), para que ocorra sua digestão. Esse movimento é impulsionado pela musculatura lisa e coordenado pelo sistema nervoso autônomo, por todo o tubo digestivo, iniciando-se no esôfago e terminando no reto. Endereço eletrônico: www.livestrong.com/article/470686-intestinal-peristalsis-magnesium/. Acesso em: 28/11/2012.

⁴ Gerda Boyesen descobriu uma outra função dos intestinos - além de transportar e digerir os alimentos - relacionada à capacidade de “digestão psíquica”, que ela denominou de Psico-peristalse (Iaconelli, V., 1997).

tensão nervosa. A autora coloca como exemplo que, quando gosta de algo que faz, o próprio corpo produz sua psico-peristalse e quando não gosta, não faz. Portanto, o psico-peristaltismo acompanha os movimentos de prazer, contentamento, gratificação e realização de si. Ela coloca que existem dois tipos de tensão que impedem a psico-peristalse: os múltiplos conflitos antigos recalçados e o estresse cotidiano. No setting terapêutico, o analista Biodinâmico favorece, a partir de massagem e/ou outras intervenções verbais ou corporais, a eliminação dos conflitos antigos e do estresse cotidiano, favorecendo o resgate do psico-peristaltismo – caminho para a auto-regulação do sujeito. Deste modo, a recuperação do movimento de auto-regulação do sujeito favorece o processo de saúde.

Seguindo o exposto até então pelas correntes da Psicologia Corporal, Sueli Hisada (2003) destaca que o hipertenso vive um conflito entre a contenção da hostilidade e a expressão de sua agressividade, gerando um alto gasto energético. Aparentemente, o hipertenso demonstra ser uma pessoa madura, com um grau de discernimento sobre as coisas, sabendo mediar seus sentimentos, em função de raramente expressar sua irritação com o entorno. No entanto, a expressão de sua agressividade pode ocorrer em explosões de ira, em função da contenção da raiva por um longo período de tempo. A ansiedade pode acompanhar a contenção dos impulsos hostis. A rigidez e a auto-exigência exacerbada geralmente são características do hipertenso, produzindo uma tensão crônica que atua também sobre as funções vasomotoras. A autora destaca que a contenção crônica da raiva pode gerar a cronificação da hipertensão arterial, em função da luta constante entre a contenção de impulsos hostis e agressivos e a sua expressão.

Outra corrente da Psicossomática surgiu na França, mais especificamente em Paris, com Pierre Marty (1918-1993). Marty (1993) era psicanalista e distinguiu o campo de estudo da Psicossomática, da Psicanálise e da Medicina. Destacou como seu objeto de estudo a unidade psique-soma, ressaltando a importância do reconhecimento das vertentes psíquica, biológica, histórica e social na organização do ser humano. Juntamente com Michel Fain e outros, fundou a Escola de Psicossomática de Paris, em 1962. Destacou como afecções psicossomáticas a doença de Crohn, as doenças do sistema osteo-articular, as colites ulcerosas, a asma, a hipertensão arterial, entre outras. Sua teoria fundamenta-se na idéia de que a pane do sistema psíquico, seja a partir do pensamento operatório⁵ ou de uma depressão essencial, ocasiona as descompensações

⁵ Segundo Pierre Marty e Michel de M'Uzan (1983), o pensamento Operatório trata o tempo de maneira curta e precisa, ligando-se somente a coisas. Mantém a palavra subinvestida, reforçando e duplicando a ação.

somáticas. Segundo o autor, existe uma regularidade entre a estrutura de personalidade e o modo de descompensação somático, possibilitando a previsão acerca do desenvolvimento de enfermidades somáticas. Portanto, algumas personalidades seriam vulneráveis ao adoecimento somático, enquanto outras estariam protegidas. Marty (1983) afirmava que um bom funcionamento psíquico, a saber, rico em fantasias, sonhos, retorno do recalado, seria o caminho de proteção contra as doenças somáticas. No final de sua obra, concentrou-se na organização de uma classificação psicossomática, voltada para a descrição de estruturas e funcionamentos psíquicos, visando o diagnóstico e a previsibilidade de problemas somáticos futuros.

Baseando-se inicialmente na obra de Pierre Marty, Michel Fain e Michel de M'Uzan, destacamos Christophe Dejours como um importante autor da atualidade dentro da perspectiva da Psicossomática. Dejours (1997), também psicanalista, avança em seu estudo da Psicossomática baseando-se também na vivência em sua clínica psicanalítica. Relata um caso clínico de um paciente que atendia, com excelente funcionamento psíquico e que teria, uma semana depois de seu pai, desenvolvido a mesma doença que ele: uma retocolite hemorrágica. Este paciente teria movido Dejours no sentido de repensar sua postura diante de seu entendimento da psicossomática. A partir de então, desenvolveu alguns pontos importantes distintos de Pierre Marty. O primeiro deles, a negação da previsibilidade do adoecer somático, apontando para a existência do fator surpresa na clínica e na vida. Portanto, a estrutura psíquica por si só não garantiria a saúde somática. O segundo, que ele denominou de “primado da inter-subjetividade sobre a intrasubjetividade”, quer dizer que a crise somática ocorre no âmbito da relação com o outro, quando esta ocasiona um impasse psíquico que se deve a mim mesmo, mas também à relação estabelecida com o outro. E o terceiro elemento aponta para um significado do sintoma somático, relacionado com a dinâmica intersubjetiva e direcionado ao outro da relação. Dejours aponta para a importância do que ele denomina de “agir expressivo”, ou seja, a capacidade de expressar para o outro o que vivencia em seu mundo intrapsíquico (sentimentos os mais diversos, dentre eles, o mais difícil de expressar, a raiva). Destaca o “agir expressivo” como uma função dialógica essencial na preservação da identidade e da saúde mental.

Distinta da perspectiva da Psicossomática Psicanalítica, exposta anteriormente, a Medicina Psicossomática preconizada por diversos autores, dentre eles Geraldo José Ballone (2007), enfatiza a importância da postura do clínico voltada para o entendimento da relação entre a emoção e o desencadeamento das doenças psicossomáticas. Para o autor, a Psicossomática

consiste em uma atitude da medicina integral, sendo um enfoque que percebe a natureza bio-psico-social do ser humano. Consiste em uma ideologia de saúde, e pesquisa mais “os porquês” de as pessoas adoecerem do que o como elas se tornam enfermas. Segundo Ballone (2007), a concepção psicossomática afirma que as emoções exercem efeitos sobre o orgânico, participando da construção de somatizações e de quadros psicossomáticos propriamente ditos. Há uma diferença entre ambos, pois enquanto os quadros psicossomáticos envolvem alguma alteração orgânica constatada a partir de exames clínicos e de laboratório, as somatizações incluem as queixas de desconforto sem uma lesão orgânica. A hipertensão arterial, segundo o autor, faz parte do quadro de doenças psicossomáticas, da mesma forma que o broncoespasmo, em função de consistir em doença agravada por razões emocionais.

De acordo com Ballone (2007), as emoções desencadeiam acontecimentos físicos e biológicos. Isto ocorre porque elas afetam o funcionamento do eixo hipotálamo-hipofisário, que atua na manutenção da homeostase. O organismo visa manter sua sobrevivência através da busca da homeostase, isto é, de seu equilíbrio. A manutenção da homeostase ou sua ruptura pode ocorrer em função do modo como o sujeito recebe os estímulos do mundo que o cerca e como lida com as emoções que são desencadeadas por sua vivência. Isto porque os sujeitos atribuem valores a cada experiência vivida a partir de suas influências culturais e pessoais. Em função disto, destacamos em nossa pesquisa a importância do conhecimento da história de vida do sujeito a fim de compreender a dinâmica envolvida no adoecimento. O organismo busca manter sua homeostasia a partir do funcionamento da região cerebral do hipotálamo e da porção parassimpática do Sistema Nervoso Autônomo. Diante de emoções positivas, tais como a alegria e o prazer, o hipotálamo e a porção Parassimpática são ativadas, auxiliando na adaptação do organismo e na manutenção da homeostase. Por outro lado, quando o sujeito é exposto a um estímulo gerador de tensão física ou psíquica, o organismo reage a partir da hipófise e da porção simpática do Sistema Nervoso Autônomo, também buscando a homeostase. No entanto, quando o sujeito é exposto continuamente a estímulos de tensão com os quais não lida de uma forma adaptativa, tende a romper a homeostasia corporal, gerando sintomas. Portanto, os transtornos psicossomáticos consistem em reflexos do rompimento da homeostasia corporal, desencadeando o surgimento de sintomas. Dentre eles, o autor cita dores de cabeça, nas costas, algumas arritmias cardíacas, algumas moléstias digestivas, bem como alguns tipos de hipertensão arterial. A

concepção da Medicina Psicossomática aponta, portanto, para a importância da íntima relação entre psíquico e somático.

Outros pesquisadores atuais apontam para a correlação entre o surgimento da Hipertensão Arterial e aspectos psicossomáticos, corroborando com nosso objeto de estudo. Julio de Mello Filho (1992), expoente dentro da Medicina Psicossomática, entende a Hipertensão Arterial como fruto de uma fragilidade constitucional, somada ao fator ambiental e a fatores psíquicos relacionados com a avaliação da situação, processada pelo Sistema Nervoso Central, mais a resposta ao estresse. O autor destaca que o sujeito com hipertensão arterial apresenta uma intensidade maior na resposta hipertensiva, isto é, aumenta o fluxo sanguíneo além do adequado às necessidades teciduais (que variam com a demanda interna e externa). Destaca que o estresse vivido pelos sujeitos é um somatório do ambiente, estrutura de personalidade, conflitos intrapsíquicos e sua história de vida.

Segundo Julio de Mello Filho (1992), algumas pesquisas associaram hipertensão com Alexitimia, depressão, passividade, dependência, expectativas negativas frente às situações. Segundo o autor, todas se mostraram inconclusivas. Mesmo assim, Mello Filho aponta para a importância de identificar os núcleos de tensão do hipertenso, sendo este desencadeante ou mantenedor da hipertensão. O autor afirma que este pode ser estruturado nos primeiros anos de vida e contém conflitos e estratégias de enfrentamento passadas e atuais. Julio de Mello Filho (1992) sintetiza, afirmando que a Hipertensão arterial se deve ao somatório da hiper-sensibilidade orgânica, núcleo de tensão intrapsíquica e fatores estressantes ambientais.

Segundo o estado da arte, Consolis *et al.*, 2010; Fonseca *et al.*, 2009; Grabe *et al.*, 2010; Jula *et al.*, 1999; Numata, *et al.*, 1998 correlacionam a dificuldade de expressar os próprios sentimentos com a Hipertensão arterial. Engel (1998), a partir de uma revisão histórica e crítica sobre os artigos publicados a respeito de Pressão arterial em Medicina Psicossomática entre 1939 e 1997, demonstra o aumento do interesse, a partir de 1939, sobre o tema da Hipertensão e o papel dos afetos e emoções na história natural da doença. Interessante destacar que neste ano, Franz Alexander anunciou sua hipótese sobre a contenção da raiva como um fator importante no desencadeamento da Hipertensão. Engel (1998), contrariamente aos demais autores, conclui que a hipótese de que a raiva seria um importante mediador na Hipertensão não foi comprovada, nem abandonada. Demonstra que a pesquisa sobre Hipertensão estaria até aquela época sem rumo definido, em função de preocupar-se com vários estímulos ou situações (geralmente

caracterizadas como estresse) sem, entretanto, definí-los adequadamente. O autor aponta que existem diversos efeitos iatrogênicos sobre a pressão arterial, mas que os mecanismos subjacentes a estes efeitos ainda não foram explicitados.

Ao contrário, Numata *et al* (1999) comprovaram a correlação entre Alexitimia e espasmo coronariano, sendo este distinto de casos de Aterosclerose. O espasmo coronário é um estreitamento funcional da Artéria Coronária que não está associado a hipertensão, hiperlipidemia ou fumo. Segundo o autor, estudos comprovam a correlação entre a personalidade do tipo A e as doenças isquêmicas do coração. Entretanto, o papel dos fatores psicológicos e comportamentais no incremento do espasmo coronário ainda não foram explicitados. A partir da observação clínica, os autores apontam que muitos pacientes com Angina Vasospástica típica apresentam uma característica denominada por Sifneos, em 1973, de Alexitimia. Esta consiste na dificuldade em perceber e expressar as próprias emoções, apesar de comunicar as suas histórias adequadamente, atendo-se aos fatos concretos. A Alexitimia é um traço psicológico caracterizado pelo foco voltado para os estímulos externos da vida, tais como o meio ambiente e acontecimentos do cotidiano, em detrimento das vivências internas (sentimentos e motivações). Pesquisas apontam que este traço de personalidade (Alexitimia) aumenta a propensão a doenças psicossomáticas quando o sujeito está em contato com situações estressantes. Isto ocorre em função da falta de percepção sobre as próprias emoções, o que acarreta a dificuldade de deixar ou evitar as situações geradoras de estresse, aumentando o nível de tensão. Os autores partem da hipótese de que o stress poderia afetar as Artérias Coronárias via sistema Neuro-hormonal, desempenhando um papel importante na provocação do espasmo coronário. Numata *et al* (1999) descobriram a alta incidência de Alexitimia entre os pacientes com espasmo coronário. A correlação entre Alexitimia e o espasmo coronário é independente de outros fatores de risco coronário, tais como sexo e fumo. Confirmando as descobertas de Numata, seguindo outro viés de pesquisa, Jula *et al.*(1999) concluíram que a Alexitimia está associada com a elevação da pressão arterial, independente do uso de sódio ou ingestão de álcool, obesidade e exercícios físicos.

Segundo Grabe *et al* (2010) a Alexitimia é reconhecida por apresentar um fator de risco de longa data para desregulação emocional que também afeta o Sistema Nervoso Autônomo. Os autores desta pesquisa partem da hipótese de que a Alexitimia está associada com a hipertensão e com a Aterosclerose na população em geral. Os pesquisadores utilizaram o estudo de caso em

uma população de 1168 sujeitos com menos de 65 anos do Estudo de Saúde na Pomerânia (SHIP). Comprovaram a Alexitimia a partir da Escala TAS-20 (Toronto-Alexithymia Scale). Realizaram entrevistas e exames físicos, além da Ultrassonografia bilateral das Artérias Carótidas Extracranianas. Modelos de regressão foram ajustados para fatores sócio-demográficos e fatores de risco clássicos para doenças cardiovasculares e de angústia mental. Os resultados do estudo apontam que a Alexitimia pode representar um fator de risco relevante e independente para Hipertensão e Aterosclerose, entretanto outros estudos são necessários para confirmar esta associação.

Consoli *et al.* (2010) pesquisaram a Alexitimia em sujeitos com Hipertensão arterial do tipo Essencial e Secundária. Partiram da hipótese de que os processos de desregulação emocional tocam em uma chave de papel neuro-biológico em pacientes com Hipertensão Arterial do tipo Essencial. Por outro lado, esta chave seria menos presente em pacientes com Hipertensão arterial Secundária, gerada por causas médicas específicas. Seus sujeitos de pesquisa foram 98 pacientes com hipertensão arterial, sendo 73 do tipo Essencial e 25 do tipo Secundária, com níveis de pressão arterial similares. Os pesquisadores utilizaram como medidas de processamento da emoção, duas escalas: a TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) e a LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale). Os resultados apontaram para uma diferença nas respostas da LEAS, sendo o escore menor em pacientes hipertensos essenciais do que em hipertensos secundários, configurando um grau de Alexitimia mais presente entre pacientes com Hipertensão Arterial Essencial. Entretanto, na Escala TAS-20, não houve diferenças entre os dois tipos de hipertensão e o grau de Alexitimia. Nenhuma medida psicométrica foi associada com a duração da hipertensão ou a presença de complicações cardiovasculares. Os pesquisadores concluíram que estes resultados são consistentes como uma contribuição na comprovação da existência de componentes emocionais ou psicossomáticos na Hipertensão arterial Essencial. Tais resultados podem ter implicações práticas para o gerenciamento de intervenções não-farmacológicas na hipertensão arterial. Além disso, demonstra a utilidade de medidas complementares da emoção no processo de medicação de pacientes enfermos.

Fonseca *et al* (2009) realizaram uma revisão bibliográfica de artigos em português, de 1997 até 2008, que apresentassem a relação entre a hipertensão arterial e fatores emocionais. Os autores encontraram tanto artigos demonstrando a relação positiva da raiva, hostilidade, ansiedade, impulsividade e estresse com hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, quanto

estudos que retratam relações negativas. Concluíram que há necessidade de mais estudos para melhor elucidar as relações apontadas por outros pesquisadores entre hipertensão arterial e fatores emocionais. Importante destacar que os estudos aludidos anteriormente, exceto o de Fonseca *et al* (2009), não estão em português (CONSOLIS *et al.*, 2010; GRABE *et al.*, 2010; JULA *et al.*, 1999; NUMATA *et al.*, 1998) e expressam uma correlação positiva entre Alexitimia e Hipertensão Arterial.

Embora diversas escolas e autores tragam compreensões distintas acerca da perspectiva psicossomática, podemos destacar alguns elementos comuns que configuram os seus limites, possibilitando uma identidade. Como expusemos até então, é comum à abordagem psicossomática a integração entre o psíquico e somático; a negação da dicotomia mente-corpo; o olhar voltado para o doente, sua singularidade e não para a doença; e a visão do ser humano como um ser bio-psico-social que é modificado e tem o poder também de transformar sua história. Participando deste olhar psicossomático, mas trazendo uma proposta de nome distinto – “a Medicina da Pessoa”, Danilo Perestrello, médico, psicanalista, organizador do setor de Psicossomática da 1ª.Cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, nos brinda com a sabedoria daquele que sabe que somos um “eterno vir-a-ser”. Aponta a importância de conhecer a história da pessoa, que transcende a anamnese clínica que secciona o doente em partes, impossibilitando o conhecimento do todo envolvido no processo de adoecimento. Perestrello (1982, p.74) nos faz refletir sobre o adoecimento quando afirma que “a enfermidade como corolário do modo de ser da pessoa, foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário, talvez, dos novos rumos que iria tomar.” Ao longo de seu livro “A Medicina da Pessoa”, o autor enfatiza a importância de realmente conhecer o doente, sua história, pois apenas deste modo o profissional poderá auxiliar o doente. Seguindo o percurso sábio de Perestrello, nos propomos a ir além do que é dito por nossos entrevistados, que serão sujeitos com hipertensão arterial. Partiremos da escuta de suas histórias de vida, para então decodificar a partir de seu discurso aquilo que não é dito claramente. Acreditamos que este seja o grande desafio daqueles que acreditam realmente na psicossomática, independente a que escola pertença.

2.2 Conceituação da Hipertensão Arterial:

A Hipertensão Arterial é uma enfermidade crônica que consiste na manutenção de níveis tensionais elevados (pressão sistólica em repouso é igual ou superior a 140 mm Hg ou quando a pressão diastólica em repouso é igual ou superior 90 mm Hg ou ambos, em adultos), em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Seu diagnóstico deve ser validado a partir da medida da pressão arterial em pelo menos três vezes, com o indivíduo em condições ideais. Segue abaixo a tabela apresentada no Caderno de Atenção Básica no.15, estruturado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2006, p.14):

TABELA 1

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120-139	80-89
	HIPERTENSÃO	
ESTÁGIO 1	140-159	90-99
ESTÁGIO 2	= ou >160	= ou >100

Em função de produzir alterações em órgãos-alvo, tais como: coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos, bem como alterações metabólicas, aumenta o risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Constitui a maior causa de mortalidade e morbidade associada a doenças cardiovasculares. Por ser assintomática em grande percentual da população, dificulta no seu reconhecimento e conseqüente tratamento e adesão, embora a eficácia de medidas medicamentosas e não medicamentosas (incremento de exercícios físicos, alimentação saudável com diminuição do consumo de Cloreto de Sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao tabagismo) apresentem bons resultados (BRASIL, 2006).

Atualmente a campanha voltada para o controle da Hipertensão Arterial, liderada pelo Ministério da Saúde, assinala a importância da manutenção da pressão arterial igual ou abaixo 12 por 8. Ela está embasada no resultado de pesquisas e de estatísticas que apontam para o aumento do número de indivíduos com Hipertensão arterial na população mundial e suas repercussões no

incremento das taxas de morbidade e mortalidade. Dados da Revista Brasileira de Hipertensão de 2010 atestam que na população brasileira a Hipertensão Arterial atinge 30 milhões de pessoas, alcançando o índice de 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, configurando-se como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – principal causa de mortalidade no país. Acrescentam-se dados de Pesquisas (VI DBHA, 2010) atuais que apontam que 7,6 milhões de pessoas morrem no mundo em função da hipertensão, sendo que 80% destas ocorrem em países em desenvolvimento, e mais de 50% das vítimas são pessoas entre 45 e 69 anos. Além disso, a hipertensão é responsável por 47% dos casos de infarto e por 54% dos acidentes vasculares cerebrais, no mundo.

Outros fatores de risco associados ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial, segundo resultados de pesquisas expostas nas VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (VI DBHA, 2010) são: idade (prevalência maior que 60% acima dos 65 anos); sexo (maior incidência no sexo masculino até os 50 anos de idade); etnia (duas vezes maior em indivíduos de cor não branca); obesidade; ingestão excessiva de Cloreto de sódio e álcool; tabagismo; sedentarismo; predisposição genética, associada a hábitos alimentares pouco saudáveis; além de baixa escolaridade (em pesquisas no Brasil). No sexo feminino alguns fatores contribuem para o surgimento da Hipertensão arterial, são eles: uso continuado de pílula anticoncepcional, gestação e a menopausa.

O maior percentual de casos de hipertensão arterial é denominado de Hipertensão Essencial, pois não apresenta uma causa aparente facilmente identificável. No entanto, o restante dos casos (em torno de 10%), é chamado de Hipertensão Secundária e está relacionada a causas bem estabelecidas, demandando um diagnóstico preciso, a fim de remover o agente etiológico e estabelecer estratégias compatíveis para o seu controle ou cura. Segundo o Ministério da Saúde (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 15, 2006, p.20), as causas de Hipertensão Secundária são:

- Doença Parenquimatosa Renal (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo);
- Renovascular (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa);
- Endócrina (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos);

- Coartação de aorta;
- Hipertensão gestacional;
- Neurológicas (aumento de pressão intra-craniana, apnea do sono, quadriplegia, porfiria aguda, disautonomia familiar);
- Estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, pos-parada cardíaca, perioperatório);
- Exógenas (abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados);
- Insuficiência aórtica, fistula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri [hipertensão sistólica].

O Ministério da Saúde (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006 ,no.15, p.21) destaca como principais indícios clínicos de Hipertensão Secundária:

Potássio sérico inferior a 3,5 meq./-1, na ausência de tratamento com diuréticos;Proteinúria; Hematúria; elevação da creatinina; Sopro abdominal; má resposta ao tratamento; ausência de história familiar; início abrupto e grave de hipertensão, com retinopatia severa; Hematúria e perda de função renal (HAS acelerada ou maligna); pressão arterial mais baixa nos membros inferiores ;acentuada oscilação de pressão arterial, acompanhada de rubor facial, sudorese e taquicardia; Paroxística; início súbito de hipertensão após os 55 anos de idade ou antes dos 30 anos.

Quanto às publicações relacionadas com a Hipertensão Arterial, Pierin (2010) analisou quatro periódicos nacionais , com classificação Qualis A da CAPES, totalizando 58 artigos publicados sobre hipertensão arterial. Segundo a análise da autora, a produção em pesquisa voltada para o tema da Hipertensão Arterial em Enfermagem, demonstra a seguinte configuração: “47 artigos era de estudos descritivos, exploratórios, apenas dois testaram alguma intervenção relacionada à assistência aos hipertensos, e os demais eram de revisão de literatura e relato de experiência.”

O foco abordado na maior parte dos artigos recaiu na identificação das características dos Hipertensos a partir de variáveis estruturais, socioeconômicas, psicoemocionais, conhecimentos sobre doenças e tratamento, qualidade de vida, etc. Destaca-se que a temática ‘adesão ao tratamento’ foi pouco abordada e, quando isto ocorria, carecia do enfoque no que facilitaria o processo de adesão. A autora considera a ‘adesão’ como um processo comportamental complexo, influenciado por múltiplos fatores, tais como: meio ambiente, a

estrutura e organização do local de tratamento (equipe de profissionais, relacionamento com os membros da equipe de saúde) e pelos cuidados da assistência prestada. Conceitua ‘adesão ao tratamento’ como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, objetivando a manutenção do controle da pressão arterial. Aponta como essencial o conhecimento de diversas variáveis, a fim de favorecer a adesão ao tratamento, são elas: variáveis biossociais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde. A autora aponta para a diferenciação necessária entre conhecimento sobre a hipertensão arterial e adesão ao tratamento. O conhecimento consiste em um processo racional que não assegura a adesão. A adesão, por outro lado, é da ordem da complexidade, pois envolve facetas emocionais, além de dificuldades de ordem prática e logística configuradas também pela ausência de sintomatologia em muitos casos, bem como as complicações geradas a longo prazo, além das características do tratamento medicamentoso (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos, tratamento continuado para toda vida, acesso aos serviços de saúde).

Em função do exposto até então, configura-se a importância do estudo voltado para a história de vida de sujeitos com hipertensão arterial segundo a perspectiva da Psicossomática.

2.3 Aspectos do cuidado do Hipertenso:

Para refletirmos acerca do cuidado do hipertenso, é essencial olharmos para o momento histórico atual e os reflexos produzidos nos modos de perceber e conseqüentemente de se comportar nas relações de cuidado. Embora a contemporaneidade traga em seu bojo as novas descobertas científicas e o desenvolvimento de um novo paradigma, a partir das descobertas de Albert Einstein e com o desenvolvimento da Física Quântica, vivemos um momento de transição. (CAPRA, 1982).

O paradigma Cartesiano ainda repercute na atualidade a partir da valorização do modelo Biomédico que atua sobre o orgânico, excluindo a importância da unidade psique-soma (CAPRA, 1982). Tal viés, ainda presente no modelo de atenção de saúde atual, preconiza o tratamento da Hipertensão Arterial baseado na cisão corpo-mente, em detrimento do avanço do cuidado do sujeito hipertenso a partir de uma perspectiva integradora, como a Psicossomática. Tal dissociação existente entre o paradigma Holístico que parte da percepção do todo, e a realidade

vivida nas clínicas e hospitais baseadas no paradigma Cartesiano, aponta para a importância da reflexão acerca do cuidado.

Segundo Waldow (2004), o cuidado é uma forma de estar no mundo e a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado previamente. Em artigo anterior (WALDOW, 2001), aponta o cuidado como forma de se relacionar e como forma de ser. Heidegger (1969 apud WALDOW, 2004) destaca o cuidado como uma característica que nos faz humanos, mantendo a existência a partir do cuidado de si e dos outros. O autor explicita o “cuidado autêntico”, isto é, aquele que ajuda o outro a cuidar de si, evitando a dependência e a relação de poder entre o cuidador e o cuidado. Da mesma forma, Mayeroff (1971 apud WALDOW, 2004), entende o cuidar como meio de ajudar o outro a crescer e se realizar, sendo a antítese do uso do outro para a satisfação das próprias necessidades.

Waldow (2004, p.36) destaca alguns dos significados de cuidado: “aceitação, compaixão, envolvimento, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, presença, ajuda, compartilhamento.” Portanto, cuidar transcende o cuidado técnico que implica a relação sujeito-objeto presente nas relações pautadas no modelo Cartesiano. A atitude de cuidar pauta-se no relacionamento verdadeiro, no qual existe o se importar com o outro, conhecendo sua história e seu modo de ser. Não é pautado em uma relação hierárquica onde “eu entendo e você obedece”, mas na valorização do outro. O conhecimento técnico é necessário e acompanha a relação cuidador-cuidado.

Ashley Montagu (1988, p.114) destaca a importância do relacionamento interpessoal mãe-bebê na consolidação da forma como o futuro adulto se relacionará consigo próprio e com seu meio. Montagu aponta para a formação de hábitos provenientes desta relação, o que poderá inclusive atuar como fonte de desenvolvimento posterior de problemas no trato gastro-intestinal (colite hipermotilidade), no sistema respiratório (asma), na pele, ou de distúrbios cardiovasculares psicogênicos. Relata diversos estudos que demonstram a relevância do “cuidado terno e amoroso”, destacando a importância do toque afetivo em bebês, sem o qual a taxa de óbito nos orfanatos (século XIX) chegavam a cem por cento. Portanto, todos os cuidados instrumentais não são suficientes para garantir a sobrevivência dos bebês, sendo o afeto parte essencial do cuidado.

Segundo Boff (2011), cuidar é uma atitude de ocupação, responsabilização, preocupação e envolvimento afetivo com o outro, representando mais do que um momento de zelo. O autor

pontua que nos dicionários de filologia, a palavra cuidado deriva do latim “cura”, relacionada ao contexto de relações de amor e amizade. Portanto, o cuidado surge verdadeiramente quando o outro assume um papel de importância, gerando uma atitude de dedicação, e participação em sua vida.

Bortolotto (2012) aponta os principais cuidados que os sujeitos com Hipertensão Arterial devem ter consigo próprios. Além do acompanhamento médico constante, o cardiologista destaca a importância das mudanças de hábito: controle de peso, alimentação adequada, redução do sal, ingestão moderada de álcool, exercício físico. O autor aponta que cada alteração no hábito influi na diminuição da pressão arterial máxima (Sistólica). A diminuição do peso, por exemplo: a cada dez quilos perdidos há uma diminuição de 5 a 20 mmHg. A dieta alimentar rica em verduras, frutas e baixo teor de gordura diminui de 8 a 14 mmHg. A ingestão de sal obedecendo no máximo 5 g por dia, gera uma diminuição de 2 a 8 mmHg. A moderação no consumo de álcool (duas doses para homem e uma para mulher), gera redução de 2 a 4 mmHg, e o exercício físico (pelo menos três dias da semana, meia hora diária) de 4 a 9 mmHg. O autor afirma que a adoção de hábitos saudáveis supera o efeito de medicamentos anti-hipertensivos.

Em relação a administração do estresse, fator essencial no controle da pressão arterial, Bortolotto (2012) indica alguns caminhos: agendar momentos diários de atividades prazerosas, ter *hobbies*, atividade física, se possível, diariamente. Destaca que a atividade física aeróbica, além da liberação das endorfinas, substâncias que proporcionam o bem-estar, incentiva a produção de óxido nítrico, que é um vasodilatador natural e protetor do revestimento interno das artérias diante de processos inflamatórios e do envelhecimento. Além disso, após o exercício físico aeróbico, o corpo relaxa, acionando o sistema nervoso parassimpático, que desacelera o coração e dilata os vasos. Indica também a prática de Ioga, Meditação, Tai Chi, bem como a procura de um Psicólogo e Psiquiatra em caso de ansiedade, Síndrome do Pânico (esta também responsável pelo aumento da pressão arterial). Reafirma a descoberta de que os trabalhos com respiração, a fim de diminuir o ritmo da inspiração e expiração, favorece a diminuição do estresse, da pressão arterial, em função de reduzir a atividade do Sistema Nervoso Simpático. Destaca a importância da manutenção de sete a oito horas de sono por noite, isto porque a redução para seis ou menos horas de sono altera o revestimento interno dos vasos, gerando aumento da pressão arterial.

Gerda Boyesen (1986, p.150) descreveu em seu livro “Entre Psiquê e Soma: introdução à Psicologia Biodinâmica”, o uso da massagem realizado pela Sra. Peg Nunneley em pacientes hipertensos de um grande hospital de Londres. Os médicos deste hospital instalaram todos os aparelhos que lhes permitiram aferir a pressão arterial e outras medições, a fim de corroborar ou não o efeito da massagem. A Sra. Nunneley fez uma massagem muito suave, chamada de Psicoperistáltica, e logo a curva registrada da pressão arterial baixou consideravelmente. Foi convidada novamente a praticar esta massagem na unidade cardiológica do mesmo hospital, obtendo êxito em reduzir os efeitos de uma crise cardíaca em outros pacientes.

Atualmente a Psicologia Biodinâmica é utilizada como caminho para compreender a história de vida do sujeito, suas dificuldades, potencialidades e a multiplicidade de fatores envolvidos no adoecimento. Um de seus recursos é a Massagem que atua sobre a Psicoperistalse, permitindo ao corpo a recuperação de sua auto-regulação. As intervenções sobre o psiquismo ou sobre o somático são compreendidas como caminhos que atuam sobre o paciente como um todo. A Biodinâmica parte da concepção de que psique e soma é uma unidade.

Uma reflexão que nos resta neste momento é o papel da doença e o quanto se torna essencial a compreensão de seu sentido. As doenças psicossomáticas expressam algo através do corpo que o sujeito dificilmente traduz. A Hipertensão Arterial, como demonstramos ao longo deste capítulo, constitui uma doença psicossomática alvo de nosso estudo. Entender o doente e não a doença, este é o nosso objetivo neste trabalho. Talvez deste modo, consigamos respeitar a máxima que: “A doença que acomete o sujeito não é algo que deva ser eliminado sem compreender-se o sentido que se apresenta para o sujeito, que comumente quer dizer algo e que tem o desejo de vida, distorcido ou não, como elemento criador da saúde e da doença.” (TEIXEIRA, 2009, p. 302).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Ora, na verdade, uma opinião coletiva não é nem ‘muito’, nem ‘pouco’, nem da ordem do ‘superficial’, nem do ‘profundo’: é um modo de pensar de uma coletividade. É preciso, então, quando se quer obter tal modo de pensar, reconstituir uma coletividade como sujeito e objeto de um pensar.” (Lefevre, F; Lefevre, A., 2005, p.18)

Nosso objeto de pesquisa é a História de Vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial na perspectiva da Psicossomática. Adotamos a abordagem qualitativa em função de sua adequação ao objeto proposto. Segundo Minayo (2007, p.57): “O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos; sentem e pensam.”

A abordagem qualitativa caracteriza-se pela busca progressiva de sistematização do conhecimento, tendo como objetivo a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2002). Permite a descoberta de processos sociais pouco conhecidos, possibilitando o desenvolvimento de novas abordagens, além da revisão e construção de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007).

De acordo com Patton (1986 apud MAZZOTTI E GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 131), as pesquisas qualitativas “partem do reconhecimento de que as pessoas têm valores, percepções, crenças e sentimentos que são as bases de suas ações”. Elas buscam desvendar o sentido e significado dos comportamentos.

Nossa pesquisa é descritiva, pois se ocupa com a narração das características da população pesquisada (FIGUEIREDO, 2004; GIL, 1996), tendo como objetivo principal a descrição de fenômenos que ocorrem com a mesma.

Seu caráter é exploratório, posto que permite aumentar a experiência acerca do problema, fornecendo bases para a construção de hipóteses. Parte de levantamento bibliográfico;

entrevistas; análise de exemplos, a fim de ampliar o conhecimento acerca do problema e do objeto de estudo. (LEOPARDI, 2006).

O método é a História de Vida, que busca apreender os elementos gerais contidos nas entrevistas dos sujeitos pesquisados (SPÍNDOLA, 2003). É importante destacar, como nos aponta Josso (1999), que a História de vida pode e, nesta pesquisa, é adaptada ao foco direcionado por nossos objetivos.

Queiroz (1988) define a história de vida como técnica utilizada para coleta de dados que estimula o sujeito a relatar sua existência, relações, acontecimentos e experiências ao longo do tempo, a partir de seu próprio fio condutor, com o mínimo de interferência do pesquisador.

Segundo Queiroz (1988), a partir da análise dos dados coletados, o pesquisador poderá captar, além do caráter individual do que foi transmitido pelo sujeito (sua vida, sua personalidade), um pouco acerca das coletividades a que ele pertence ou pertenceu ao longo de sua vida. A História de vida configura-se, portanto, como meio de atingir a coletividade da qual o sujeito da pesquisa faz parte, sendo representante da mesma.

A fim de atender aos objetivos propostos, adotamos como instrumento de coleta de dados a entrevista aberta ou em profundidade. Segundo Minayo (2007), neste tipo de entrevista o sujeito da pesquisa é convidado a falar livremente sobre um tema. O entrevistador pergunta o mínimo possível, apenas visando dar mais profundidade às reflexões sobre o que foi abordado pelo sujeito.

Adotamos para análise das entrevistas, a Análise de Discurso do Sujeito Coletivo de Fernando Lefèvre e Ana Lefèvre (2005).

3.1. O campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF, em Niterói.

Niterói pertence à Região Metropolitana, que abarca os municípios de Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.

Segundo dados do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, Niterói é um município com uma área total de 133,2 quilômetros quadrados, correspondendo a 2,7% da área

da Região Metropolitana. Os limites municipais são: São Gonçalo, Maricá, Oceano Atlântico e baía de Guanabara. Suas principais atividades econômicas concentram-se na área de serviços, administração pública, comércio e indústria de transformação.

Segundo o Censo de 2000, Niterói tinha uma população de 459.451 habitantes, correspondente a 4,3% do contingente da Região Metropolitana, com uma proporção de 87,2 homens para cada 100 mulheres.

O Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF foi criado em 1993, e recebeu este nome em 2006 durante o processo de informatização dos prontuários. Realiza consultas de enfermagem a pacientes externos que apresentam feridas, tornando-se referência no atendimento a pacientes com lesões, além de ser campo para o desenvolvimento de pesquisas e treinamento de pessoal para a prefeitura do município de Niterói. Sua equipe é composta por duas enfermeiras do Hospital Antonio Pedro, bem como enfermeiras residentes e mestrandas de enfermagem. Os pacientes do ambulatório são atendidos em conjunto com os Serviços de Cirurgia Vascular e Dermatologia do Hospital Antonio Pedro/UFF (OLIVEIRA, 2011).

O universo da pesquisa compreende sujeitos com Hipertensão Arterial que sejam pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro e mais dois pacientes de um médico Nefrologista deste hospital. A escolha pelo Ambulatório de Reparo de Feridas se deu em função de 29% dos pacientes apresentar Hipertensão Arterial, associada a lesões tissulares crônicas (OLIVEIRA, 2008). Desta forma, pudemos entrevistar 100% dos sujeitos que apresentam apenas a Hipertensão Arterial como enfermidade, além das lesões crônicas.

3.2. Seleção dos sujeitos da pesquisa

Selecionamos os participantes desta pesquisa dentre os pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro, que apresentassem apenas Hipertensão Arterial, acrescido de mais dois pacientes com Hipertensão Arterial atendidos pelo Nefrologista deste hospital, responsável pelo atendimento de pacientes com hipertensão arterial.

Destacamos os critérios de inclusão a seguir: pessoas adultas (a partir de 20 anos de idade) e idosas com Hipertensão Arterial, apresentando condições físicas e psicológicas para

participar do processo, cientes dos objetivos da pesquisa e que expressem sua anuência em participar da mesma, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). Os critérios de exclusão compreendem: crianças, adolescentes, pessoas convalescentes, que tenham comprometimentos físicos e/ou mentais que impossibilitem a participação na pesquisa.

Entrevistamos o total de 20 sujeitos, sendo 18 pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas e 2 pacientes acompanhados pelo Nefrologista do Hospital Universitário Antonio Pedro. Abarcamos 100% dos pacientes deste Ambulatório acometidos apenas pelas lesões tissulares crônicas (Úlcera Venosa ou Arterial) e pela Hipertensão Arterial.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 6 de Julho a 5 de outubro de 2012. O atraso desta fase da pesquisa em relação ao cronograma proposto inicialmente, se deveu a alteração do campo da pesquisa, que seria inicialmente na Policlínica Sérgio Arouca. Em função de entraves burocráticos do local, necessitamos de nova aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Antonio Pedro, através de carta-adendo, para modificação do local da coleta de dados. O novo local da coleta de dados foi assegurado através da Profa. Dra. Beatriz Guitton, coordenadora do Ambulatório de Reparo de Feridas e Professora da Residência em Saúde Coletiva, com aquiescência do diretor do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF.

Adotamos na fase da coleta de dados um questionário para levantamento de dados sociodemográficos (ANEXO 2) e a entrevista de história de vida, que iniciava sempre com a mesma questão: “eu gostaria que o senhor/ senhora me falasse sobre sua jornada de vida...” A partir dos temas abordados pelos sujeitos, o entrevistador buscava aprofundar os mesmos, tendo como eixo orientador da entrevista a fala do próprio entrevistado.

Realizamos uma entrevista como pré-teste com uma paciente do ambulatório, além das 20 entrevistas contabilizadas. Em função de esta paciente estar muito deprimida, esta entrevista não pode ser utilizada no escopo desta pesquisa. O espaço da entrevista se tornou uma possibilidade de acolhimento para esta paciente que, ao final da mesma, agradeceu o fato de “poder falar e ser ouvida”.

As entrevistas de História de Vida foram gravadas em aparelho de tecnologia Mp3 (abreviação de Layer-3 Mpeg – forma de compressão de arquivos sonoros) e transcritos na íntegra em um hipertexto pelo pesquisador, totalizando 20 entrevistas.

Comparecemos ao ambulatório de Reparo de Feridas durante três meses, de duas a três vezes por semana, a fim de entrevistar todos os sujeitos apenas com Hipertensão Arterial, além da Úlcera Venosa. Da amostra coletada, apenas três sujeitos apresentam outra enfermidade além da Hipertensão Arterial e da Úlcera Venosa: dois deles têm Diabetes e o terceiro apresenta o quadro de Lúpus Sistêmico, sendo um dos diabéticos e o paciente com Lupus acompanhados pelo Nefrologista do Hospital, não sendo pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas.

A partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para alteração do local de coleta de dados, a Profa. Dra. Beatriz Guitton nos apresentou às duas residentes de Saúde Coletiva que estavam responsáveis pelo atendimento dos pacientes do Ambulatório de Reparo de Feridas naquele momento. Importante salientar que a cada dois meses as duas residentes passam por um rodízio de local de trabalho. Portanto, durante a coleta conhecemos e obtivemos o apoio de duas diferentes duplas de residentes.

A aproximação com os pacientes deste Ambulatório foi facilitada pelas residentes em Saúde Coletiva que prestavam assistência a estes pacientes. As residentes, durante o atendimento aos pacientes com Úlcera Venosa, perguntavam aos mesmos se tinham “pressão alta” e se estariam dispostos a fornecer uma entrevista. Todos os pacientes aceitaram participar da pesquisa. Obtivemos também o auxílio da Enfermagem do local, que nos permitiram utilizar os boxes de atendimento para a realização das entrevistas.

Quanto ao momento das entrevistas, inicialmente esperávamos os sujeitos terminarem o curativo realizado pelas residentes. Entretanto, os próprios sujeitos solicitavam ser entrevistados durante o curativo. Alegavam que seria uma boa distração para “não olharem para o curativo”, além do aproveitamento do tempo, pois muitos precisavam retornar as suas casas logo em seguida. A partir de então, oferecíamos as duas opções para os sujeitos (durante ou depois do curativo) e todos preferiam que a entrevista ocorresse durante o curativo. Portanto, além do entrevistado e da entrevistadora, permanecia no local da entrevista a residente que realizava o curativo. Em função do vínculo pré-existente entre a residente e o entrevistado, as entrevistas transcorreram bem.

O Ambulatório de Feridas é dividido em ala masculina e feminina. Cada ala contém três boxes, onde são realizados os curativos dos pacientes. Realizamos as entrevistas no Box disponível naquele momento. Cada box é separado dos restantes por um biombo, o que permite certo grau de privacidade para realização das entrevistas. Algumas vezes fomos interrompidos por outros profissionais que realizavam intervenções nos boxes ao lado e tinham que passar pelo local onde estávamos. Entretanto, mantivemos um bom nível de ‘rapport’ com os sujeitos entrevistados, haja vista a profundidade dos temas abordados durante as entrevistas.

Em função da escassez de sujeitos dentro do perfil estipulado, durante muitas de nossas visitas, buscamos contato com outros médicos do hospital que atendessem à população de hipertensos. Obtivemos o apoio de um dos médicos responsáveis pelo atendimento de pacientes Hipertensos no Hospital Antonio Pedro, Nefrologista e professor da Universidade Federal Fluminense. O mesmo se colocou disponível a nos auxiliar em nossa pesquisa, sugerindo que acompanhássemos suas consultas e, a partir das mesmas, realizássemos a escolha dos pacientes a serem entrevistados. A partir desta oportunidade, assistimos duas tardes de consultas do referido profissional, com quem muito aprendemos acerca de Hipertensão Arterial e sobre a importância da relação médico-paciente. Dentre os pacientes atendidos neste período, dois encontravam-se dentro do perfil da pesquisa e realizamos, então, duas entrevistas fora da amostra do Ambulatório de Reparo de Feridas.

Realizamos 750 minutos de entrevistas, sendo 50 minutos da entrevista do teste piloto. Para efeito de nossa pesquisa totalizamos 700 minutos de gravação, perfazendo uma média de 35 minutos por entrevista. Os entrevistados foram identificados pela letra E, e o número sequencial de participação (E1, E2.....E20), a fim de garantir o anonimato dos participantes.

3.4 Caracterização dos sujeitos

A caracterização dos sujeitos perpassa a informação de que a Hipertensão arterial é uma doença crônica cuja causalidade é multifatorial. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão Arterial (2010) são fatores de risco: a idade; o gênero e a etnia; o excesso de peso; a obesidade; a ingestão de sal e álcool em excesso; o sedentarismo; o tabagismo; os fatores socioeconômicos (baixa escolaridade); o nível de estresse; a genética, quando associada a fatores ambientais e estilo de vida pouco saudável.

Entretanto, apenas 10% dos casos de hipertensão arterial têm suas causas específicas detectadas, sendo a maioria rotulada como hipertensão arterial essencial, isto é, sem causa orgânica definida. Nossos sujeitos da pesquisa são hipertensos essenciais. A seguir, a caracterização dos 20 sujeitos participantes de nosso estudo.

QUADRO 1

Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, n=20, Niterói (2012)

Identificação	Sexo	Idade	Instrução	Cor	Religião	Estado civil	Tabagismo	Etilismo	Sedentário
E1	F	75	4a. série	Parda	Evangélica	Viúva	Não	Não	Sim
E2	M	58	3o. grau comp.	Branca	Católico	Casado	Não	Não	Não
E3	M	56	2o. grau comp.	Branca	Não	Casado	Sim	Sim	Sim
E4	F	75	2o. grau comp.	Branca	Católica	Viúva	Não	Não	Sim
E5	F	54	5a. série	Parda	Não	Casada	Não	Não	Sim
E6	F	68	4a. série	Parda	Católica	Solteira	Não	Não	Sim
E7	F	65	5a. série	Parda	Católica	Solteira	ex-fumante	Ex	Sim
E8	M	80	3o. grau comp.	Branca	Evangélico	Casado	ex-fumante	Ex	Sim
E9	F	52	1o. grau comp.	Parda	Católica	Casada	ex-fumante	Sim	Sim
E10	F	63	5a. série	Parda	Evangélica	Viúva	Não	Não	Sim
E11	F	66	4a. série	Branca	Evangélica	Casada	Não	Não	Sim
E12	M	71	5a. série	Parda	Católico	Casado	ex-fumante	Sim	Sim
E13	F	54	3o. grau incomp.	Parda	Evangélica	Solteira	Não	Não	Sim
E14	F	49	3o. grau incomp.	Parda	Católica	Divorciada	Não	Sim	Sim
E15	F	58	2o. grau comp.	Branca	Evangélica	Casada	Não	Não	Sim
E16	F	49	2o. grau comp.	Branca	Católica	Casada	Não	Não	Sim
E17	F	78	3a. série	Parda	Católica	Viúva	Não	Não	Sim
E18	M	60	1o. grau comp.	Parda	Não	Divorciado	Não	Sim	Sim
E19	F	71	sem instrução	Parda	Católica	Solteira	Não	Não	Sim
E20	F	53	1o. grau comp.	Parda	Evangélica	Solteira	Não	Não	Sim

Fonte: Santos (2012)

Com base nos critérios de inclusão de nosso estudo, a população totalizou 20 sujeitos no total de 21 entrevistas realizadas. Uma destas entrevistas foi utilizada como teste piloto, em função de este sujeito manifestar o quadro de Depressão.

Em relação às características dos sujeitos estudados, bem como sua relação com os achados na literatura científica, seguem nossos comentários.

Quanto ao gênero, quinze sujeitos são do sexo feminino, e cinco do sexo masculino, sendo a idade mínima de 49 anos e máxima de 80 anos, perfazendo uma média de 63 anos. Segundo as

VI Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão Arterial (2010), a prevalência global de Hipertensão Arterial entre homens e mulheres é semelhante, entretanto é mais elevada no público masculino até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década.

Segundo dados do IBGE (2009), as doenças crônicas aumentam com o avançar da idade: no período entre 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas; entretanto, entre os idosos este valor atinge 75,5% (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres).

Quanto ao nível de escolaridade dos 20 sujeitos participantes da amostra da pesquisa, oito possuem ensino fundamental incompleto; três possuem ensino fundamental completo; quatro possuem ensino médio completo; dois possuem ensino superior incompleto; dois possuem ensino superior completo e um sabe ler e escrever. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), é difícil mensurar a influência do nível socioeconômico na ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Em relação à etnia, treze são pardos e sete brancos. Quanto ao estado civil, nove se declaram casados; cinco solteiros; quatro viúvos e dois divorciados.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca; e há predomínio entre as mulheres negras de até 130% em relação às brancas.

Quanto ao etilismo, treze declaram que não bebem; cinco declaram que bebem em situações sociais e dois declaram que bebiam, mas não bebem mais. Teixeira *et al* (2006) apontam que o aumento das taxas de álcool no sangue elevam a pressão arterial de modo lento e progressivo, obedecendo a proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que, quando este é suspenso, há diminuição da pressão.

Destacamos que vinte e cinco por cento dos sujeitos deste estudo afirmam beber em situações sociais, sem excessos. Embora o consumo bebida alcoólica seja estimulado socialmente, os sujeitos desta pesquisa declaram fazer pouco uso da mesma. Provavelmente, o fato esteja correlacionado com o percentual de 85% que se declara com religião, sendo 50% católicos e 35% evangélicos.

Quanto ao sedentarismo, apenas um se declara não sedentário. Esta resposta provavelmente se deve aos participantes deste estudo serem acometidos por úlcera venosa, o que os impede de realizar exercícios físicos e caminhadas.

Em relação ao estilo de vida sedentário e envelhecimento populacional, dados do IBGE (2009) demonstram que o período compreendido entre os anos de 1965 a 2005, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem para um desenho caracterizado por doenças complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. A expansão da hipertensão arterial acompanha o crescimento demográfico, o envelhecimento da população, bem como o desenvolvimento de hábitos alimentares pouco saudáveis, o estilo de vida sedentário e a consequente obesidade.

Em relação ao tabagismo, quinze dizem não fumar; quatro dizem ser ex-fumantes e um se declara fumante. Teixeira *et al* (2006) ressaltam a importância do fumo no desenvolvimento da arteriosclerose, que consiste um fator agravante para a hipertensão. Explica que o tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos e a nicotina estimula a liberação de catecolaminas que geram o aumento da frequência cardíaca e da resistência periférica, ocasionando a hipertensão arterial. Destaca que os fumantes apresentam maior probabilidade de apresentar doenças hipertensivas com alto índice de morte súbita.

QUADRO 2

Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, n=20, Niterói (2012)

Identificação	Ano diagnóstico	Sintomas	Familiar hipertenso	Medicação	Outras doenças
E1	2009	Tonteira	Tia paterna	Atenolol, Hidroclorotiazida	Úlcera venosa crônica
E2	1994	Vista embaçada	Não	Captopril	Úlcera venosa desde 2011
E3	Década 90	Nervosismo	Sim	Não lembra	Úlcera venosa
E4	2007	Vista embaçada	Não	Lozartan	Úlcera venosa
E5	2007	Não	Pai, mãe, irmãos	Lozartan, Hidroclorotiazida	Úlcera venosa
E6	1961	Pressão no peito	Pai, mãe, irmãos	Não lembra	Úlcera venosa
E7	2010	Não	Não	Captopril	Úlcera venosa
E8	2002	Não	Não	Captopril	Úlcera venosa
E9	Não sabe	Mal estar	Mãe	Atenolol, Hidroclorotiazida, Propanolol, Atensina, AAS	Úlcera venosa
E10	1987	Eclâmpsia gravidez	Toda família	Adalat, Atenolol, Lozartan, Lasix	Úlcera venosa, diabetes
E11	1996	Não	Mãe	Aro-2, Paracetamol, Civastatina	Úlcera venosa
E12	2005	Infarto	Não sabe	Atenolol, AAS, Presotec	Úlcera venosa, diabetes
E13	1987	Mal estar	Mãe, irmã	Captopril	Úlcera venosa
E14	2008	Arritmia cardíaca	Mãe, irmão	Enalapril, Selozok	Lúpus sistêmico
E15	2008	Arritmia cardíaca	Pai, tias	Lozartan	Úlcera venosa
E16	Jul/12	Não	Mãe, irmã	Não medicada ainda	Não
E17	1977	Falta de ar	Mãe	Lozartan	Úlcera venosa
E18	Não lembra	Infarto	Toda família	Não lembra	Úlcera venosa
E19	Não lembra	Desmaio	Não sabe	Enalapril	Úlcera venosa
E20	1987	Durante gravidez	Pai, mãe, avó, tia	Lozartan, Hidroclorotiazida	Úlcera venosa

Fonte: Santos (2012)

Quanto ao diagnóstico de Hipertensão Arterial, nove sujeitos convivem com a doença há dez anos ou menos; sete foram diagnosticados entre 20 e 40 anos atrás; um há mais de 50 anos e três não se lembram quando foram diagnosticados.

Quanto ao relato de sintomas antes do diagnóstico de hipertensão, cinco relatam “não terem sentido nada” antes do diagnóstico. No entanto, diferente do que afirma a literatura, quinze sujeitos afirmaram perceber modificações no funcionamento corporal, conforme exposto a seguir: dois sentiram a “vista embaçar”; dois perceberam estar com “arritmia cardíaca”; dois relatam

“mal estar”; um percebeu uma “pressão no peito”; um “nervosismo”; um “falta de ar”; um “tonteira”; um “desmaio”; dois “problema de eclampsia durante gravidez” e dois “infarto”.

Continuando o reconhecimento da população estudada: quanto aos antecedentes familiares, quatro declaram não ter familiares hipertensos; dois desconhecem e catorze afirmam ter ascendentes com hipertensão arterial.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a predisposição genética e os fatores ambientais funcionam como fatores agregados e tendem a contribuir para o desenvolvimento da hipertensão arterial em famílias com estilo de vida pouco saudável.

Ballone (2003; 2007) aponta que os antecedentes familiares não são necessariamente um fator presente em todos os casos de hipertensão arterial. Pontua a importância dos aspectos emocionais e da personalidade dos sujeitos, como fatores que participam na organização da forma de lidar com o estresse e a importância deste no desenvolvimento da hipertensão arterial.

Ballone (2007) afirma que cada sujeito desenvolve um filtro afetivo, isto é, um sistema de avaliação a partir do qual valoriza e sente sua existência, apontando as situações de maior ameaça, que geram um esforço de adaptação específico. De acordo com este filtro afetivo, há o ajuste do estado de alerta, aumentando ou não a intensidade e duração de sua resposta fisiológica ao estresse. Quanto maior a intensidade e duração da resposta fisiológica, maior a vulnerabilidade do sujeito ao estresse, fator participante no desenvolvimento da hipertensão arterial.

Gasperin (2009) destaca a importância do estresse psicológico na variação dos níveis pressóricos e o valor do controle do estresse como meio de atuar no tratamento não medicamentoso do hipertenso sistêmico.

Castro *et al* (2004) aponta para a relação entre a pressão que a situação estressora provoca e a variação existente entre os sujeitos na habilidade para lidar com os diferentes níveis e tipos de estresse. Ressalta a importância da história de vida do sujeito, destacando a educação e a aprendizagem de modos de lidar com o estresse.

3.5 Análise dos dados

Utilizamos como método de análise dos resultados das entrevistas, o Discurso do Sujeito Coletivo. Este método foi criado por Ana Maria Lefevre e Fernando Lefevre (2012), fruto de uma pesquisa realizada para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1991, e de diversas

dissertações de mestrado desenvolvidas pela Faculdade de Saúde Pública da USP com a Universidade de Caxias do Sul (UCS). Deste trabalho com a UCS, foi publicado o primeiro livro sobre o Discurso do Sujeito Coletivo, no ano de 2000. Desde então, diversos trabalhos foram baseados neste método, sendo disponibilizados no site www.ipdsc.com.br.

De acordo com Lefevre e Lefevre (2012) o Discurso do Sujeito Coletivo é uma metodologia oriunda da teoria das Representações Sociais, com foco no discurso. Como as Representações sociais consistem no social vivido pelo indivíduo, o Discurso do Sujeito Coletivo busca instituir um sujeito individual, que se expressa na primeira pessoa do singular, representando as opiniões socialmente compartilhadas por uma coletividade.

Lefevre e Lefevre (2005) baseiam-se na premissa de que o pensamento coletivo está presente no indivíduo, posto que este internaliza os esquemas sociocognitivos como membro de uma coletividade. Portanto, é necessário entrevistar diversos indivíduos, um a um, uma amostra representativa desta coletividade, livres da pressão do grupo. Deste modo, o conjunto de opiniões destas individualidades poderá representar sociologicamente, uma coletividade.

Segundo Lefevre e Lefevre (2005, p.8): “o Discurso do Sujeito Coletivo processa a matéria-prima dos depoimentos (...) que revela o que pensam as coletividades (...) que exercita toda a força da explicação sociológica, antropológica, sanitária, filosófica, ética, política, educacional, literária...”

Cada coletividade poderá ter diversos Discursos do Sujeito Coletivo sobre um mesmo tema. É necessário, portanto, descrever o pensamento das coletividades e em seguida interpretá-lo. Passemos a demonstrar como se constrói o Discurso do Sujeito Coletivo.

3.5.1 A construção do Discurso do Sujeito Coletivo

O processamento dos depoimentos individuais resultará no Discurso do Sujeito Coletivo, que expressa o pensamento da coletividade analisada. A fim de construir o DSC, Ana Lefevre e Fernando Lefevre criaram alguns operadores ou figuras metodológicas, que descrevemos a seguir:

*Expressões-chave (ECH): revelam a essência do conteúdo analisado. O depoimento deve ser depurado, isto é, tudo o que é irrelevante deve ser retirado, sendo observada a existência de uma ou mais ideias diferentes sobre o tema pesquisado. No caso de ideias diferentes, existirá

mais de uma expressão-chave no discurso analisado. A cada expressão-chave corresponde uma Ideia-Central e/ou Ancoragem.

*Ideias Centrais (IC): são nomes ou expressões sintéticas, utilizadas pelo pesquisador, para descrever o sentido ou sentidos das Expressões-chave. “Segundo os autores, as Ideias Centrais são “aquilo que o entrevistado quis dizer” e as Expressões-Chave como isso foi dito.” (LEFEVRE E LEFEVRE, 2012, p.77).

*Ancoragem (AC): pode ou não ocorrer no discurso. Consiste em uma ideologia ou teoria expressa a partir de uma afirmação genérica que é direcionada para uma situação particular.

A partir destes operadores, construímos o Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo Lefevre e Lefevre (2012, p.79): “O DSC é uma reunião em um só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECH que tem a mesma IC e/ou AC”.

A seguir o passo a passo da construção do DSC, segundo Lefebvre e Lefebvre (2012, p.89):

- a. Ler algumas vezes o conjunto das respostas a uma questão;
- b. Ler cada resposta em particular identificando as ECH;
- c. Identificar a ou as IC de cada resposta;
- d. Analisar todas as IC/ACs buscando agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos ou categorias;
- e. Nomear as categorias do conjunto homogêneo;
- f. Construir o ou os DSCs de cada categoria obtida na etapa <e>;
- g. Para construir um DSC é preciso ‘discursivar’ ou sequenciar as ECH obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular.

3.6 Procedimentos éticos e legais

A pesquisa foi analisada pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina (HUAP / UFF), tendo parecer favorável com CAAE no. 0401.0.258.000-11 emitido em 2 de dezembro de 2011. Em função de entraves burocráticos do local onde seria realizada inicialmente a pesquisa, necessitamos alterar o local da coleta de dados. A fim de realizar esta modificação,

obtivemos a autorização do diretor do Hospital Universitário Antônio Pedro /UFF e, juntamente com esta, demos entrada em carta adendo solicitando autorização do comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF para realizar a coleta de dados neste local. O adendo ao protocolo de pesquisa obteve aprovação no dia 6 de Julho de 2012.

A partir da aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da carta adendo, iniciamos o contato com os sujeitos hipertensos do Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF. Após esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa, bem como sobre os princípios éticos do estudo, expressaram sua anuência em participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). Os dados poderão ser divulgados e utilizados em artigos e outras produções científicas, desde que respeitando a confidencialidade dos sujeitos.

Os documentos da pesquisa estão em posse do pesquisador e serão guardados por cinco anos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os dados coletados nas entrevistas. Inicialmente faremos um breve resumo das vinte histórias de vida, a fim de contextualizar a vida de cada sujeito. Este tópico foi denominado de “um pouco de história”.

Em um segundo momento, exporemos nossos achados a partir da leitura repetida e análise dos discursos dos sujeitos com hipertensão arterial. Nesta fase de leitura e análise se destacaram determinadas ideias centrais com representatividade. Estas ideias centrais foram agrupadas em três eixos temáticos. Selecionamos algumas falas expressivas dos sujeitos, que consistem nas Expressões Chave de Lefevre e Lefevre (2012), a fim de construir, na etapa final, o Discurso do Sujeito Coletivo.

Visando uma apresentação didática, utilizamos quadros que retrataram as figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo, favorecendo a subsequente discussão de cada eixo temático.

UM POUCO DE HISTÓRIA

O conhecimento da história de vida dos sujeitos entrevistados cria espaço para a construção da biografia de “gente comum” (MACIOTI apud QUEIROZ, 1988). Permite àqueles que nunca foram reconhecidos enquanto participantes da história, contribuírem como protagonistas, possibilitando a expansão da reflexão sobre o viver cotidiano.

De acordo com Queiroz (1988), o foco das histórias de vida é o entrevistado. É ele quem direciona a entrevista e determina o que é relevante narrar e quem define o fio condutor. Cabe ao entrevistador o mínimo de interferência, pois o essencial é que possam ser captadas as experiências do entrevistado.

Visando apresentar um pouco do universo de cada entrevistado, exporemos a seguir um pouco da história de cada sujeito participante de nossa pesquisa.

E1- mulher, 75 anos, parda, Evangélica, viúva, estudou até a 4ª. série.

E1 relatou que teve uma infância pobre, mas com fartura de alimento. Morou em um sítio no interior do Rio de Janeiro. Teve um bom convívio familiar com pai, mãe e mais seis irmãos. Ressaltou que teve uma educação boa, “sem pancadaria”. Aos 11 anos de idade, sua mãe faleceu e sua vida mudou: foi trabalhar em casa de família, mas manteve os laços familiares. Sua tia era muito próxima e a levou para uma casa espírita. Converteu-se ao Espiritismo e na religião conheceu seu primeiro marido. Foi mãe aos 18 anos. Queria muito ter filhos e foi muito feliz com o nascimento de todos eles. Entretanto, sua vida conjugal não foi feliz: apanhava do marido e ao mesmo tempo, sentia vergonha de denunciar. Passou muita “necessidade”, pois ele não lhe dava o dinheiro suficiente para criar os sete filhos. Nesta época tiveram uma discussão que culminou em agressão física – ela mordeu o seu peito e relatou: “ali o amor acabou”. Separou-se. Conheceu o Evangelho e se converteu. Na nova religião conheceu o segundo marido que assumiu seus filhos e com quem foi muito feliz. Passou por várias situações de perseguição nos trabalhos. Foi faxineira em várias casas de família. Depois trabalhou como serviços gerais de uma clínica onde era muito bem vista. Gostava de trabalhar. Ali se aposentou. Os donos desta clínica a ajudaram muito quando sofreu queimaduras muito profundas, em um incêndio em sua casa. Logo em seguida se aposentou. Exalta sua fé religiosa em vários momentos: “quando a gente é evangélico, entrega tudo nas mãos do Senhor...porque tudo Deus dá jeito! Se a gente faz a vontade d’Ele, ele responde todas as nossas orações...” Relata que conseguiu melhorar de vida: ganhou duas casas de herança do pai e a casa onde reside atualmente é própria. Relatou com emoção a perda de seu segundo marido: “(...)parecia que eu tinha perdido tudo(...)” E afirmou que logo em seguida se tornou hipertensa. Quando falou sobre o momento atual, disse que o filho se envolveu com drogas, mas agora está na igreja e ela agradece a Deus por isso. Entretanto, sua filha mais velha é muito agressiva com ela e as duas brigam muito. É bastante ativa na igreja Assembléia de Deus, onde frequenta há 30 anos.

Quando abordei E1, ela fazia o seu curativo com uma das residentes do ambulatório de Reparo de Feridas. Ela logo se dispôs a participar do estudo e disse que me achou muito “bonita” e que eu tinha a cor do cabelo de sua filha. A entrevista transcorreu com animação e ela relatou as diversas fases de sua vida, ressaltando a religiosidade, a importância da fé e da igreja em sua vida. Emocionou-se muito ao falar da morte do segundo esposo, que afirmou ter sido o grande

amor de sua vida, e disse que logo depois deste evento ficou hipertensa. Segurei sua mão e respeitei seu momento. Logo ela retomou seu relato e me agradeceu ao final o fato de eu tê-la ouvido. Disse que nunca foi ouvida desta maneira.

E2 – homem, 58 anos, branco, católico, casado, 3º. Grau completo.

E2 relatou que é natural do Rio de Janeiro, sempre morou na cidade. Disse que sua infância foi complicada porque seus pais se separaram quando ele tinha 14 anos. Sempre trabalhou e estudou muito e pouco ficava em casa. Mas, quando seus pais se separaram, sua mãe saiu de casa e ele foi morar com sua irmã e seu irmão, pois seu pai bebia muito. Logo em seguida o pai faleceu, pois além de beber, fumava muito. Muitos anos depois, sua mãe reencontrou os filhos e foi morar com eles. Seus irmãos se casaram e a mãe continuou morando com ele, mesmo depois de seu casamento. E2 teve dois filhos, é casado há 23 anos. Serviu ao Exército, mas não seguiu carreira militar. Sempre gostou de estudar, mas trabalhou como fiscal rodoviário por muitos anos. Relatou que sua hipertensão surgiu no trabalho. Sentiu uma dor no peito e pensou que estava enfartando, mas era pressão alta. Atualmente não pode trabalhar em função da úlcera venosa, que surgiu há 4 anos. Afirma que adquiriu um estilo de vida mais saudável: mudou a alimentação e busca lidar com o estresse de forma mais tranquila. Vive com a ajuda da aposentadoria da mãe, do dinheiro do trabalho de sua esposa e sua aposentadoria. Faz alguns biscoitos e continua estudando, fazendo cursinhos de bombeiro, eletricista, dentre outros. Orgulha-se dos filhos: um rapaz que é policial, embora ele não goste que o filho trabalhe neste ramo; e uma filha que ainda está no segundo grau e a quem ele se refere com muito carinho. Afirma ser um pai muito presente na vida dos filhos. Tem Jardinagem como hobby.

Quando me aproximei de E2, a enfermeira residente que o atendia já lhe havia proposto participar do estudo e ele já havia concordado. Solicitou que iniciássemos a entrevista durante o curativo e continuamos mesmo após o término do mesmo. E2 falou com fluidez e espontaneidade. Pareceu sentir prazer ao falar sobre sua vida. Tive a impressão de que houve uma transformação muito grande em sua vida após sua demissão de seu trabalho como rodoviário. Embora ele tenha relatado que conseguia “ter jogo de cintura com as diversas situações: assalto em ônibus, discussões entre motoristas e fiscais, enchentes, dentre outras”, parecia estar relatando momentos em que necessitou conter suas emoções durante muitos anos e que, ao fim quase

resultou em um enfarto. A hipertensão surgiu, segundo seu relato, a partir de diversos anos vivenciando situações geradoras de estresse no trabalho.

E3- homem, 56 anos, branco, sem religião, casado, 2º. Grau completo.

E3 relatou que é natural do Rio de Janeiro. Disse que sua infância foi boa. Embora sua família fosse pobre, tinham uma boa situação, pois seu pai trabalhava em estaleiro. Situou que na década de 60, a partir de transformações políticas, seu pai foi colocado em disponibilidade e os ganhos da família diminuíram. Sua mãe era dona de casa e era presente na criação dos filhos, ao todo seis homens e uma mulher. Pontuou como grande marco em sua vida, a morte de seu pai. Emocionou-se muito ao falar sobre o tema: o pai bebia muito e faleceu de Cirrose Hepática. No ano em que o pai faleceu, tinha 17 anos e resolveu se casar. Sempre trabalhou muito. Construiu um negócio próprio que faliu após o plano do Governo Collor. Sua Hipertensão, segundo conta, surgiu neste momento: não recebia dinheiro de ninguém e não tinha como pagar suas contas, pois as poupanças tinham sido bloqueadas pelo governo. Relatou ter sentido muita raiva e impotência diante da situação. Disse ter dois filhos: uma filha com 33 anos já casada e que lhe deu uma netinha, e um filho temporão que reside com ele e a esposa. Afirmou que se preocupa muito com o filho em função de ele ainda ser adolescente e sair muito, nesta cidade violenta na qual vive. Atualmente trabalha em alguns biscates como serralheiro, que é sua profissão; e seu lazer é pescar, cantar e tocar violão.

E3 foi abordado pela enfermeira residente durante o curativo e aceitou participar do estudo. Aguardou o término da entrevista de E2 e quando iniciou sua fala, disse que não teria muito o que contar. Ao longo da entrevista agiu com naturalidade, emocionando-se ao falar da morte do pai e do nascimento dos filhos. Estabeleceu um bom “rapport” com a entrevistadora, mostrando fluidez no modo de falar sobre sua vida.

E4 – mulher, 75 anos, branca, católica, viúva, 2º.grau completo.

E4 relatou ter tido uma infância “sem motivo para reclamações”. Nasceu no “campo”, no interior do Rio de Janeiro. Seu pai faleceu com 30 anos e sua mãe ficou viúva com a mesma idade. Eram cinco filhos e três morreram pequenos. Após o falecimento do pai, E4, que tinha 7

anos, e o irmão sobrevivente, foram morar na casa de dois tios diferentes. Aos 10 anos, mudou de residência novamente, saindo da “roça” e indo morar na cidade com sua madrinha. Fez Escola Normal. Relatou a adolescência, a época das “paqueras”, os Carnavais de Porciúncula e de Itaperuna com as primas, como boas lembranças de sua vida. Mudou-se para Niterói, quando se casou, aos 29 anos. Teve dois filhos, ambos casados atualmente. Trabalhou como servente e em escritório de contabilidade. Gostava do ambiente de trabalho e dos colegas. Teve uma vida simples e sempre com dinheiro contado, mesmo durante o casamento. Seu marido era pintor de parede e ela também precisava trabalhar para pagar as contas de casa. Disse que a hipertensão surgiu depois de tantas perdas que vivenciou: irmãos, pai, mãe e, por último, do marido a quem amava. Atualmente é aposentada e frequenta a igreja e palestras, buscando melhorar sua qualidade de vida.

E4 se disponibilizou a ser entrevistada, entretanto logo no início mostrou certa resistência, pois começou a se emocionar e tentava conter a expressão do choro. Parecia buscar um modo de sair da entrevista e eu a deixei livre para interromper quando o desejasse. Entretanto, ela retomava o discurso, parava e, em seguida, retomava. Disse inicialmente que sua vida tinha sido feliz e que não tinha o que relatar. Emocionou-se muito ao recordar a adolescência, os carnavais e as paqueras de Itaperuna e Porciúncula, e o quanto atualmente estes locais estão diferentes. Parecia estar revivendo uma perda ali, enquanto falava. Em um momento falou como se eu estivesse lá junto com ela, no tempo passado, quando me perguntou: “você lembra daqueles Carnavais?” Voltou a se alegrar quando falou sobre os filhos e os netos. Terminou a entrevista depois de me falar “então é isso” mais de dez vezes, sempre retomando. Finalizou a entrevista falando a respeito da palestra que iria assistir sobre hipertensão e o seu desejo de se informar e cuidar bem.

E5- mulher, 54 anos, parda, sem religião, casada, 5ª.série.

E5 relatou ter tido uma vida muito sacrificada. Disse que sua vida sempre foi pobre. Durante a infância viveu com os pais e mais três irmãos à sombra de um segredo familiar. Sua mãe fora casada anteriormente, teve outros filhos deste matrimônio que deixou, e que E5 nunca pode conhecer. Nunca os encontrou, nem soube de seu paradeiro, embora desejasse conhecer estes irmãos. Relatou que seu relacionamento com a irmã mais velha era muito ruim. Ela sempre

incriminava E5, inventando mentiras para a mãe e E5 sempre apanhava. E5 engravidou aos 13 anos de idade e não teve apoio familiar, nem se casou com o pai do primeiro filho. Mais tarde engravidou novamente e se casou. No total, teve cinco filhos: quatro homens e uma mulher. Precisou trabalhar com faxina para criar os filhos. Atualmente valoriza a boa relação que construiu com os filhos e netos. Os pais e irmãos já faleceram e relata que foi “muito difícil perdê-los”. A hipertensão, diz que é comum em sua família e não associa sua história de vida ao seu surgimento.

E5 aceitou o convite para ser entrevistada, sem titubear. Iniciou a entrevista falando sobre suas dificuldades, como se necessitasse de uma interlocutora para colocar um pouco de tudo o que viveu, suas dificuldades e força para ultrapassá-las. Relatou, sem subterfúgios, o segredo de sua mãe e o quanto isso foi um entrave para sua irmã, que tentou o suicídio, sem obter êxito. Expressou suas mazelas e sua força para vencer sua “vida sacrificada”, como ela mesma nomeou, construindo uma família com seus filhos que ama. Ao término, agradeceu a oportunidade de falar e ser ouvida. Disse se sentir melhor ao final da entrevista.

E6 – mulher, 68 anos, parda, católica, solteira, 4ª. série.

E6 afirmou ter uma “vida privilegiada” desde o início. Nasceu e reside até hoje em Niterói. Relatou ter tido uma infância com pais muito presentes e mãe que lhe dava liberdade, mas sempre a acompanhava em tudo o que fazia. Nunca apanhou e a família sempre estava junta à mesa do almoço. Os pais conversavam muito com os filhos. Começou a trabalhar aos 12 anos de idade em uma casa onde se aposentou. Nunca se casou ou foi mãe biológica, mas criou várias crianças de outros pais. Atualmente um deles serve ao Exército e sempre vem visitá-la. Seus irmãos se casaram e ela cuidou de sua mãe até ela falecer, há sete anos atrás. Atualmente reside com a única irmã, que está doente e cuida dela. Diz que sua vida sempre foi dedicada a ajudar os outros e que sempre se “deixou de lado para ajudar ao próximo”.

E6 se disponibilizou a participar do estudo após ter sido abordada pela enfermeira residente que realizava o seu curativo. Iniciou a entrevista dizendo que sua vida é “privilegiada”, negando qualquer sofrimento. Embora relatasse muitas histórias difíceis ao longo de seu percurso de vida, sempre dizia ao final do relato que “tinha tudo que precisava” e que “sempre se largou

para ajudar o próximo”. Finalizou sua entrevista agradecendo e repetindo o quanto sua vida é boa.

E7 – mulher, 65 anos, parda, católica, solteira, 5ª. série.

E7 relatou que nasceu em Mon Jardim. Sua vida sempre foi pobre, trabalhando desde os 9 anos de idade. Começou como babá das filhas de sua professora da escola. Depois passou a trabalhar como empregada em casa de família. Aposentou-se na última casa, onde trabalhou durante mais de 50 anos e relata ser grata a eles pela ajuda que lhe proporcionaram nos momentos difíceis. Foi casada, mas relata que largou o relacionamento em função de o ex-companheiro ser alcoólatra: “meu marido, quando vivo, bebia. Quando vinha com essas cachaças dele da rua, eu ia viver a minha vida: ia trabalhar”. Por isso se declara como solteira: porque nunca casou “no papel”. Teve duas filhas, das quais se orgulha porque “venceram na vida e trabalham honestamente.” Agradece a elas porque cuidam dela. Mantém sua vida produtiva, embora não trabalhe mais em casa de família. Faz questão de cuidar de sua casa, de suas coisas e de ajudar ao próximo sempre que possível.

E7 preferiu ser entrevistada durante o seu curativo. Falou abertamente sobre sua vida, mostrando-se cooperativa. Finalizou sua história de vida ao final do procedimento, demonstrando não ter mais o que dizer. Precisava sair para buscar sua neta no estágio, de quem se orgulha muito.

E8 – homem, 80 anos, branco, evangélico, casado, 3º grau.

E8 relatou que nasceu em Campos dos Goytacazes e que sua infância foi pobre. Sua mãe era professora, “tinha um certo nível” e seu pai era analfabeto. Disse que seus pais se separaram “por causa do governo”, porque sua mãe era sempre transferida de uma cidade a outra para dar aulas. Foi educado por sua avó que, segundo ele, lhe batia muito porque urinava na cama. Gostava de brincar com os irmãos e primos no rio Paraíba do Sul, mas sempre obedecia aos mais velhos. Disse que sempre foi sincero, desde criança, o que muitas vezes lhe deixou em situações difíceis, mas nunca deixou de ser assim. Queria servir na Aeronáutica, mas não foi aceito. Então fez carreira no Exército. Veio para o Rio de Janeiro aos 20 anos de idade.

Casou-se. No início não valorizava muito sua esposa, porque ela tinha menos estudo que ele e era “apenas uma dona de casa”. Atualmente percebe que “não estaria vivo, se não fosse por ela...”, em função dos cuidados que recebe dela.

E8 aceitou participar do estudo e solicitou que a entrevista fosse realizada durante o curativo. Inicialmente reclamou muito da dor em função deste, mas em seguida desligou-se do mesmo, falando com animação sobre sua história de vida. Ao relatar os acontecimentos, parecia transportar-se para o passado e revivê-lo com empolgação. Ao terminar o curativo, continuou a ser entrevistado e finalizou quando achou que já tinha “falado tudo”.

E9- mulher, 52 anos, parda, católica, casada, 1º. Grau completo.

E9 relatou ter uma vida pobre, com muito sacrifício e trabalho. Referiu-se a sua infância como “horível”, pois seus pais eram separados e seu pai tentou diversas vezes sequestrá-la, necessitando da Polícia para resgatá-la dos locais onde estava escondida. Disse que considera não ter tido pai, pois sua mãe a educou sozinha e com muito sacrifício. Relatou que há uma repetição transgeracional: todas as mulheres criaram os primeiros filhos sozinhas, pois os companheiros fugiam e não assumiam a paternidade. Mas, depois todas conseguiram se casar com outros homens. E9 disse estar no segundo casamento, mas que este não está bom. Depois que engordou, a vida conjugal não é a mesma e o marido ficou indiferente. Ela deseja emagrecer, mas não consegue. Relatou que a hipertensão surgiu após a separação do primeiro marido, “que não foi fácil, pois além do mais estava desempregada”. Disse que é uma super mãe, que busca resolver os problemas dos filhos: uma mulher e um homem; e que já é avó. Ressaltou a união familiar como algo que é uma marca de família.

E9 aceitou o convite para participar do estudo, falando com muita fluidez e naturalidade sobre sua vida. Transpareceu ser uma pessoa extrovertida e alegre, mesmo com todos os problemas que vivencia. Durante a entrevista já me chamava de “amiga”, demonstrando proximidade e sinceridade em seu relato. Ao final percebeu o quanto falou de si e espantou-se com a espontaneidade com que compartilhou sua história de vida, mesmo sem me conhecer.

E10 – mulher, 63 anos, parda, evangélica, viúva, 5ª.série.

E10 é natural de Salvador. Relatou uma infância feliz: “de arraial, pesca, de comer muita fruta no quintal, muito saudável”. Tem duas irmãs morando no Rio de Janeiro: uma cristã como ela e outra “da macumba, das trevas”. Duas faleceram e três residem em Salvador. Mudou-se para o Rio de Janeiro aos 24 anos. Sempre trabalhou muito: “em feira, fazendo congelados para fora, de empregada doméstica”. Tinha o sonho de ser mãe, mas perdeu todos os fetos em função de Mioma. Teve Eclâmpsia durante duas gravidezes e desde então descobriu ser hipertensa. Relatou ter tido uma vida conjugal boa. Queria viajar, aproveitar a vida com o marido, mas este adoeceu, teve um AVE, e ela cuidou dele durante anos. Há oito anos atrás ele faleceu e ela resolveu se cuidar. Depois da morte do marido, começou a perceber que está”mais debilitada: o coração, a pressão, o cansaço é muito grande...” Relatou que passou mal diversas vezes na rua e que tem medo de estar só nestes momentos. Diz que se afasta de situações que possam lhe proporcionar muita emoção para evitar mal-estar ou aborrecimentos.

E10 se disponibilizou a participar da entrevista. Falou com tranqüilidade. Disse ter “revivido um pouco de tudo o que falou”. Sua fala foi rica e profunda. Percebi que ela estabeleceu um bom vínculo, relatando sua história de vida com fluidez.

E11- mulher, 66 anos, branca, evangélica, casada, 4ª série.

E11 relatou ter uma vida pobre, “sem infância”, pois precisou trabalhar desde criança. Seu pai veio da Alemanha, fugindo da guerra e sua mãe era brasileira. O pai teve uma chácara que precisou vender e em função disso, todos precisaram trabalhar em casa de família, pois teriam onde dormir. Os pais já faleceram. Eles tiveram muitos filhos, mas só quatro sobreviveram. E11 casou com 34 anos, mas diz que não é feliz no casamento e não teve filhos. Cuidou de sua mãe até ela falecer, há dois anos. Trabalhou até os 62 anos, quando se aposentou. Sempre trabalhou em casa de família. Diz que a relação com as irmãs é muito boa, de muito apoio mútuo, mas que todas são “iguais a ela financeiramente, então é muito difícil se cuidar sem dinheiro...” Teve Câncer no Útero e no Ovário em 2007, fez cirurgia e os médicos dizem que está curada. Descobriu a hipertensão após as cirurgias e faz o controle comparecendo às

consultas médicas e tomando regularmente a medicação. Atualmente uma das sobrinhas está grávida e E11 se prepara para ajudar a cuidar deste sobrinho-neto.

E11 falou de sua vida com pesar. Ao longo da entrevista, percebi que o único momento que relatou algo feliz foi referente ao nascimento do sobrinho-neto que irá cuidar e o fato de ter podido cuidar de sua mãe até o seu falecimento. Em relação ao surgimento da hipertensão, não associa a nada e tem medo de ter um AVC, por isso segue as prescrições médicas. Ao final da entrevista solicitou que eu a “ensinasse a estudar e transmitir a palavra de Deus”. Mostrou-me uma revista evangélica que levava na bolsa e leu para mim um capítulo sobre o adoecimento do cristão. Disse ter dificuldade em entender e falar sobre isso. Conversamos sobre o tema e seu ânimo voltou. Percebeu que conseguiu falar sobre isso comigo e me agradeceu.

E12 - homem, 71 anos, pardo, católico, casado, 5ª série.

E12 relatou que é natural do Rio de Janeiro e que teve uma infância “pobre e boa”, porque não faltou nada. Embora o pai não tenha oferecido condições de estudar em bons colégios, “fez o melhor que pode”. Disse que tem dois irmãos homens, uma mulher e outra que já faleceu. É o irmão mais velho e disse que “sempre puxou os outros para o trabalho”. Eles lutavam juntos “por dias melhores”. Sempre gostou muito de trabalhar. Aposentou-se no Estaleiro Mauá, onde trabalhou por 22 anos com jato de areia, sendo responsável pela limpeza interna e externa dos navios. Disse que trabalhava muito: eram 24 horas de trabalho, mas gostava. Ficou doente quando parou de trabalhar. Falou: “Eu tava ocupando a minha cabeça. O trabalho é uma coisa fora de série. Tem pessoa que quer dormir até tarde, eu não!” Casou e teve sete filhas, sendo que três já faleceram. Atualmente está no segundo relacionamento e diz que as filhas aceitaram a nova mulher. Relata que tem um bom relacionamento com elas: “o importante é viver bem com a família. Qualquer coisa que dá lá, eu corro, eu ajudo, é isso que importa”. Associa a hipertensão ao seu estilo de vida pregresso, pois “fumava muito: dois maços de cigarro e meio por dia”. Teve um infarto e a partir disso, começou a se cuidar.

E12 foi abordado duas vezes para participar do estudo. Na primeira vez não se mostrou disponível e foi respeitado. Na segunda vez, quando me viu, logo aceitou o convite e me pediu desculpas dizendo que na oportunidade anterior “não estava bem e por isso não quis falar”. O

“rapport” logo se estabeleceu e ele falou em profundidade sobre sua história de vida. Ao final, me agradeceu a escuta atenta e se despediu cortesmente.

E13 – mulher, 54 anos, parda, evangélica, solteira, 3º. Grau incompleto.

E13 relatou que é natural do Rio de Janeiro, sendo a mais nova de uma família com cinco filhos: dois rapazes e três moças. Disse que sua infância foi muito boa: “eu brinquei muito na rua onde eu morava... brinquei de queimado, de passar anel... ia muito na igreja...” Ao longo de sua vida sempre gostou muito de estudar. Aos 20 anos teve a oportunidade de morar nos Estados Unidos durante dois anos, junto com uma família de diplomatas. Retornou ao Brasil porque não quis ficar longe de sua família e sua avó estava doente na época. Trabalhou como coordenadora da creche durante 12 anos e saiu em função da mudança na direção. Mora com um rapaz que diz que ser muito companheiro e presente em sua vida. É muito próxima à família: ela e os irmãos se dividem nos cuidados com a mãe, que está doente. Não tem filhos, mas tem uma sobrinha que diz tratar como se fosse sua filha. Diz que se percebe como uma pessoa feliz e não associa nada ao surgimento da Hipertensão Arterial.

E13 se disponibilizou a participar da entrevista, no entanto mostrou-se retraída a maior parte do tempo. Ao final, relaxou um pouco, embora se mostrasse com desejo de “terminar logo a tarefa”. Ofereci marcarmos outro dia para darmos continuidade à entrevista, mas ela preferiu fazê-la naquele dia mesmo. Embora tenha falado sobre sua história de vida, foi difícil estabelecer um bom “rapport” com a entrevistada.

E 14 – mulher, 49 anos, parda, católica, divorciada, 3º. Grau.

E14 é natural do Rio de Janeiro. Relatou ter tido uma infância normal: “com praia, parquinho, não teve nada assim de violência, muito pelo contrário, foi tudo muito preservado”. A família era pobre e unida, com os pais presentes na educação dos filhos. Disse que o pai reprimia excessivamente a ela e às irmãs. Na adolescência se revoltou contra o pai, mas “engolia” porque sabia que a mãe ficaria mal se ela brigasse em casa. Relatou que achava a família muito “fechada em si mesma”, ou seja, só ela, as duas irmãs e a mãe. Mudou-se para Niterói aos 20 anos quando passou em um concurso para a área de saúde. Em função disso,

ficou mais distante da família. Casou-se e teve um filho. Divorciou-se, época de sua vida que relata ter sido muito difícil e solitária. Depois começou a apresentar uma série de sintomas que nenhum médico conseguia diagnosticar. Após anos e várias mudanças de médico, diagnosticaram Lúpus e também Hipertensão. Associa a saída do filho de casa, as discussões com este e o sobrinho baleado com o desencadeamento da hipertensão, bem como o histórico familiar de doenças cardíacas com a Hipertensão (esta surgiu antes do Lúpus). Atualmente percebe-se diferente no modo de viver a vida: reconhecendo e respeitando seus limites.

E14 se disponibilizou a participar do estudo tão logo soube o tema. Falou com liberdade, parecendo refletir sobre os temas abordados enquanto discorria sobre eles. Produziu “insights” significativos, tais como o fato de hoje sentir-se livre para dizer o que sente, o que antes relatou não ser assim; bem como poder adoecer ser igual a sentir-se humana e não como uma “mulher maravilha”, necessitando resolver tudo que lhe pedissem. Ao final da entrevista, parecia satisfeita, mais tranqüila e agradeceu o fato de ter sido “escutada”.

E 15- mulher, 58 anos, branca, evangélica, casada, 8ª. série.

E15 relatou ser natural do Rio de Janeiro e reside em Niterói. Na infância foi morar com a avó, juntamente com os irmãos, para facilitar a ida à escola. Eram cinco mulheres e um rapaz, que faleceu de Câncer no cérebro. Sua mãe faleceu de Câncer no Útero há oito anos. Relatou que tinha uma boa relação com os pais e irmãos. Na vida adulta relatou ter iniciado a vida laboral há quinze anos, “fazendo salgados para fora”. Casou-se. Diz gostar do marido, embora ele seja alcoólatra. Tem duas filhas e três netos. Relatou gostar muito de estar com os netos, brincar com eles. Disse que frequenta a igreja aos domingos e gostaria de ter mais tempo para ir também durante a semana, mas que o trabalho não lhe permite isso. Associa o surgimento da hipertensão com o estresse em função de dívidas que não conseguia pagar.

E15 preferiu participar da entrevista enquanto realizava o curativo. Falou de forma direta e objetiva sobre sua vida, sem aprofundar nos temas e sentimentos. Fez um relato “sem emoções”, como se estivesse me contando um filme que assistira no cinema. Finalizou a entrevista quando terminou o curativo, dizendo que já havia falado sobre tudo. Agradeceu.

E16 – mulher, 49 anos, branca, católica, casada, 2º. Grau.

E16 relatou que sua vida sempre foi de muito “trabalho”. Desde a infância trabalhou na lanchonete dos pais e depois ia para a escola. Tinha cinco irmãos e mais um “irmão de criação”, sendo uma mulher. Durante sua infância e adolescência, todos trabalhavam no negócio familiar. Disse que todos os irmãos casaram, e mudaram para outros Estados: um está no Ceará; o outro em São Paulo; o outro em Campo Grande. Somente sua irmã e E16 permaneceram no Rio de Janeiro. Casou-se e residiu com a mãe durante oito anos, o que relatou ter sido uma época difícil, pois o marido e a sogra não tinham um bom relacionamento. Mudaram a residência para Maricá. A filha de E16 não se adaptou às novas condições de vida. E16 tem duas filhas de quem se diz muito amiga e afirma ser apaixonada pelo marido. Não consegue entender o porquê da hipertensão, mas diz que talvez signifique que ela precisa se cuidar mais. Relatou ter uma vida saudável: faz exercícios físicos, se alimenta bem, mas reflete se o estresse não poderia ser o grande vilão e desencadeador da hipertensão.

E16 expressou sua satisfação ao ser convidada para fazer parte do estudo. Disse que queria muito alguém que ouvisse sua história de vida, porque acredita que “com fé tudo é possível”. Queria transmitir isso para alguém. Seu discurso diante da vida é otimista. Relatou que se percebe vitoriosa, pois obtém da vida o que deseja. Associa isto ao seu modo de enxergar e de se comportar no cotidiano. Pareceu refletir sobre sua vida, enquanto falava sobre sua história de vida. Estabeleceu rapidamente um bom vínculo com a entrevistadora. A finalização da entrevista foi difícil, pois sempre queria falar algo mais. Finalizou com um abraço de despedida e agradeceu a “oportunidade de falar e ser ouvida”.

E17 – mulher, 78 anos, parda, católica, viúva, 3ª. série.

E17 relatou que teve uma infância muito pobre. Morava em uma casa que “não tinha banheiro, não tinha luz, as fezes eram no urinol e depois jogava no rio”. Aos nove anos foi trabalhar como dama de companhia de uma comadre de sua mãe: “eu fui tratada como uma escrava - a minha cama era uma toalha...a comida, a gente comia a sobra... o telefone, quando a gente usava, os patrões limpavam depois com álcool”. Mesmo assim, valoriza sua mãe: “porque minha mãe foi vitoriosa...eu acho que ela foi uma mãezona”. Relatou que na adolescência

precisou se defender de abuso de sexual de patrões. Dizia para eles que se fizessem algo, ela os esperaria dormir e jogaria água quente em seu ouvido. Nunca fizeram nada com ela em função disso. Depois conseguiu trabalhar com uma patroa melhor, em Niterói, de quem é amiga até hoje. Aos 20 anos casou, teve quatro filhos: três homens e uma mulher. Cuidou dos pais até o falecimento deles. Agradece a Deus o fato de nenhum dos filhos ter usado drogas, mas se entristece pelo fato de não serem unidos. Relatou ter muitos amigos verdadeiros que cuidaram dela quando teve Erisipela e não podia andar. Quanto ao marido, faleceu diabético aos 52 anos. Relatou não ter tido um bom casamento, mas que nunca sofreu agressão dele. Disse que gosta muito de viver e por isso se cuida seguindo a prescrição médica e tomando seus chazinhos. Gosta muito de sua casa. Disse que foi uma das coisas que conseguiu em sua vida e que valoriza. Faz artesanato e decora sua casa: “transformei um barraco em casa”. Associa a hipertensão ao histórico familiar.

E17 mostrou-se disponível para a entrevista. Expressou-se com facilidade, com energia. Relatou que se percebe como vitoriosa, pois mesmo com tudo que viveu, conseguiu construir sua família, sua casa e tem diversos amigos verdadeiros. A entrevista transcorreu tranquilamente e terminou com E17 falando sobre o seu sonho de viajar para a Bahia e do quanto gosta de cuidar de sua casa.

E18 – homem, 60 anos, pardo, sem religião, divorciado, 1º. Grau.

E18 nasceu em Itaboraí e veio para Niterói aos 18 anos. Relatou ter tido uma infância boa, livre. Teve dez irmãos, mas destes só oito sobreviveram; dos oito, só ele e mais três permanecem vivos. Não é próximo aos irmãos. Disse ter vivido a vida, de uma forma desregrada: “trabalhava muito, mas quando dava sete horas da noite eu tomava banho e saía e voltava cinco da manhã. Cochilava meia hora, duas horas, e voltava pro trabalho de novo...chegava no outro dia, fazia de novo”. Trabalhou como Eletricista do Canecão e depois por conta própria. Relatou que despertou paixões e viveu intensamente. Casou-se três vezes e teve três filhas e um filho. Reside com a terceira mulher, mas esta tem namorado e ele está sozinho e desejando uma quarta mulher, mas sem conseguir. Percebe os 60 anos de uma forma negativa: “...os sessenta anos, isso me incomoda muito. Eu achava que quando chegasse a essa idade eu teria muita coisa resolvida e não tenho nada!” Ao mesmo tempo, valoriza o fato de não

ter falecido durante o enfarto e percebe que precisa conviver com os limites. Percebe que a vida lhe deu os limites a partir da doença: enfarto e da hipertensão. Associa a hipertensão à vida desregrada e sem limites de outrora.

Acompanhei a consulta de E18 com o Nefrologista do hospital. Percebi que seria uma entrevista rica e perguntei se gostaria de participar da pesquisa. Ele aceitou e rapidamente estabeleceu um bom vínculo e relatou sua história de vida, parecendo refletir sobre seu cotidiano. Finalizou a entrevista dizendo para eu viver a minha vida intensamente, mas me respeitando. Parecia estar falando: “não vá além dos seus limites... viva bem, mas sem ultrapassá-los...” Sua entrevista me fez refletir: o quanto o adoecimento é fruto do rompimento dos limites. Muitas vezes temos sonhos e em nome destes não percebemos os sinais que nosso corpo nos envia. Ele nos avisa de diversas formas que deveríamos diminuir o ritmo, talvez inclusive parar um pouco, mas seguimos adiante. Somos tomados pelo fazer, inclusive porque este muitas vezes nos remete a sensações de prazer. Entretanto, esquecemos que existem os limites denunciados pelo corpo... então, adoecemos.

E19 – mulher, 71 anos, parda, católica, solteira, sem instrução.

E19 relatou que sua infância foi sofrida. Sua mãe faleceu quando E19 tinha oito anos. Sua avó ficou responsável por sua educação e não a deixava ir para a escola, em função do medo da distância entre sua casa e o grupo escolar. Resolveu colocá-la para trabalhar na casa de uma fazendeira, quando ela tinha doze anos. Sua patroa não a deixava estudar, embora ela quisesse muito aprender. Conseguiu aprender a escrever o próprio nome, porque a filha desta fazendeira lhe ensinou, mesmo contra a vontade de sua mãe. Aos 17 anos conseguiu fugir desta casa e foi trabalhar em outra casa. Neste período, soube que sua irmã de três anos foi atropelada pelo trem e faleceu. Relatou gostar muito dela, foi uma perda grande. Teve dois filhos e os criou sozinha, pois os pais não assumiram a paternidade. Relatou sentir-se orgulhosa por conseguir educá-los, ultrapassando todas as dificuldades: “as pessoas diziam – dá essas crianças que você não vai conseguir trabalhar. Eu não dei. Uma porta se fecha, mas Deus abre uma janela... eu sempre trabalhei em casa de família. Graças a Deus a minha filha fez o segundo grau e hoje trabalha como atendente no consultório dentário; e o meu filho trabalha na Petrobrás, em Macaé.” Atualmente E19 tem diversas histórias “na cabeça” que gostaria de

transformar em livro, mas não sabe escrever. Conta-me uma de suas histórias: “a noiva em chamas”. Trata da vida de uma mulher cerceada e humilhada por ser pobre e que engravida do fazendeiro a quem ama. Este não assume a paternidade em função de pressão de sua família, que o envia para estudar na Europa. Quando a moça é entregue pelos pais a um rapaz de boa família para casar, está grávida do fazendeiro a quem amava, e ninguém o sabe. No dia do casamento, a noiva se arruma e depois ateia fogo em si. O fazendeiro, quando retorna da Europa, descobre a morte de sua amada.

E19 aceita participar do estudo e solicita que a entrevista aconteça durante o seu curativo. Mesmo com interrupções de profissionais que passam entre as baias, continua o seu relato com energia e disposição. Transparece vigor e alegria de viver. Ao ser questionada se o seu conto tem alguma relação com sua vida, ela nega: “não, só está na minha cabeça mesmo”. Mesmo assim, podemos arriscar algumas correlações: da mesma forma que a personagem, E19 sofreu muita repressão em função de ser pobre e negra. Não conseguiu cumprir o seu maior desejo, que era estudar. Engravidou, mas os pais não assumiram a paternidade dos filhos. Ao contrário da personagem, que usa toda sua força para incendiar o próprio corpo, E19 utiliza sua energia para educar os filhos e enfrenta as adversidades de sua vida com muita luta e fé.

E20 – mulher, 53 anos, branca, evangélica, solteira, 8ª.série.

E20 relatou uma infância pobre e com vivência de assédio moral e abuso sexual. Disse que seu pai tentou estuprá-la diversas vezes, tirando sua virgindade quando tinha oito anos. Ele era alcoólatra, usuário de drogas e espancava a esposa, que teve o primeiro surto psicótico quando E20 tinha 8 anos. Relatou que ela e seus irmãos apanharam do pai e sofreram diversos tipos de castigo corporal e ameaça física, inclusive de ser esfaqueada por ele. Tinha cinco irmãos homens e duas mulheres que sofriam as ameaças junto com ela. Todos morreram, seja na infância ou ao longo da vida adulta, restando apenas E20 da família. Na infância e adolescência frequentou a escola. Percebia que não tinha as coisas que as outras crianças tinham: livros, cadernos, brinquedos, carinho. Começou a trabalhar com dezessete anos em troca de dormir na casa da família, pois não recebia salário e durante a semana trabalhava no comércio. Neste período foi abusada sexualmente pelo filho da dona da casa. Relatou que não saiu desta casa, pois gostava muito de cuidar das filhas da patroa, que ainda eram bebês. Aos trinta e um anos

teve sua filha. Engravidou de um “amigo” que era casado e não assumiu a paternidade. Trabalhava como acompanhante de idosos e começou a freqüentar a igreja, onde conseguiu apoio. Atualmente tem uma neta com quatro anos que afirma ser o seu “xodó”. Relata que sua hipertensão surgiu quando engravidou.

E20 aceitou fazer parte do estudo, mas não acreditava que eu conseguiria ouvir sua história. Dizia que era “muito pesada” e que “daria um livro”. Em alguns momentos tive a impressão de que ela contava algo triste e olhava para a minha expressão e, então relatava algo ainda mais triste e ficava me olhando, buscando perceber a minha reação. Disse diversas vezes ao longo da entrevista que eu não me interessaria por sua história, que era muita coisa. Parecia estar me testando. Eu permaneci o tempo todo e a escutei com atenção. Ao final, ela expressou sua tristeza e disse ser evangélica. Pediu para recitar o salmo 91 e eu permaneci com ela, ouvindo a sua leitura da Bíblia. Ao final, ela me agradeceu e disse que nunca tinham escutado a sua história por inteiro, que nunca ninguém até então havia se interessado em saber sua real história. Disse estar se sentindo bem, diferente de quando chegou ao ambulatório para realizar o seu curativo.

COMO ORGANIZAMOS OS EIXOS TEMÁTICOS

Durante a leitura e análise das vinte entrevistas de história de vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial, emergiram determinadas ideias centrais que apontaram para a essência dos discursos proferidos. Estas ideias centrais originaram três eixos temáticos que serão apresentados a seguir, delineando as concepções expressas pelos sujeitos desta pesquisa e sua relação com os objetivos propostos neste estudo.

Visando manter a didática da apresentação, organizamos os eixos temáticos em quadros, nos quais destacamos algumas falas a partir da numeração da entrevista. Estas falas são as Expressões-Chave do discurso. Deste modo, retratamos as figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo. Seguindo a análise e discussão de cada eixo temático, finalizaremos com a construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

4.1 Para refletir sobre a vida: descrição da infância e do estilo de vida atual

O primeiro eixo temático “vida” nos remete ao modo de experimentar e conhecer o mundo. Maturana (2001) afirma que o ato de conhecer é próprio do ser vivo em seu meio ambiente; é a base do “fazer surgir o mundo” e se manifesta em todo nosso ser, promovendo uma continuidade entre o social, o humano e suas raízes biológicas.

Segundo Maturana (2001, p.32), o modo de ser e de perceber o mundo são inseparáveis, portanto “todo ato de conhecer faz surgir um mundo”. Há uma inseparabilidade entre ação e experiência que se aplica a todas as dimensões do modo de estar na vida. Sendo assim, o modo como percebemos o mundo está diretamente relacionado com a forma como vivemos no mundo.

A partir da linguagem os sujeitos constroem e expressam suas reflexões, que são o modo de ser humanos e estar no fazer humano (Maturana, 2001, p. 36). A fala sobre a “infância” expressa a construção da base de conhecimento sobre o mundo; enquanto o “estilo de vida atual” aponta o modo de estar no mundo.

Embora a proposta das entrevistas seja a história de vida dos sujeitos com hipertensão arterial, é necessário destacar que os mesmos não seguiram necessariamente uma lógica cronológica. Inclusive alguns sujeitos não falaram inicialmente de sua infância ou se referiram a ela de modo superficial, enfocando mais o momento presente de suas vidas. Houve casos de participantes que, quase no final da entrevista, quando o vínculo e a confiança já se tornavam mais expressos, falaram sobre suas infâncias ou sobre momentos mais difíceis. Em alguns casos nos emocionamos junto, pois a história, quando é compartilhada com intensidade, nos permite fazer um pouco parte daquilo que é novamente vivenciado por aquele que expressa.

Embora não tenha sido colocada muitas vezes em primeiro lugar, o discurso sobre a infância emergiu com força. O quadro abaixo expressa as diferentes descrições sobre a infância dos entrevistados, a partir de alguns recortes de falas acompanhadas pela numeração de sua entrevista.

QUADRO 3
Descrição da infância, Niterói, 2012

Entrevistado	Descrição sobre sua infância
E1; E3; E4; E6; E7; E9; E10;E12; E13;E14; E15; E16	A ideia central “ infância pobre e boa ” expressa a valorização das coisas simples do cotidiano, mesmo com a possível privação ou escassez de alguns bens de consumo. A alimentação, a família e o trabalho são valores centrais. Em algumas falas há a valorização da luta dos pais em prover a sobrevivência dos filhos, bem como a importância de participar desta luta através do trabalho. A infância é boa porque a família é presente, “fizeram o melhor que puderam”, porque não faltava comida, e o reconhecimento deste fato, modifica o modo de perceber e lidar com a vida.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E1 – “... eu tive uma criaçãozinha até os nove anos muito boa... porque a gente viveu num lugar de sítio e ali a gente tinha de tudo... muita fartura, muita coisa boa...era pobre, mas não faltava nada”.

E3 – “A infância foi boa. Nós somos cinco homens e uma menina. Tudo do mesmo pai, tudo certinho. Íamos todos nós para a praia de Adão e Eva na carroceria do caminhão...naquela época não era proibido andar na carroceria do caminhão. E a gente fazia um churrasquinho em família. Era tudo muito simples e muito bom”.

E4- “Eu fui morar com a minha tia quando tinha sete anos. Eu era única. Foi muito bom. Eu fui criada na palma da mão, com todo cuidado...”

E6- “Minha infância foi boa: pai e mãe corrigia muito, normal. Meu pai trabalhava na CERJ e minha mãe era lavadeira. E se eu pudesse ajudar, ajudava mesmo. Eu trabalho desde cedo, sabe?”.

E7- “Minha infância foi boa como pobre. Eu comecei a trabalhar assim com nove anos. Eu estudava de manhã e depois ficava com os filhos da minha professora. Depois minha mãe arranhou um emprego pra mim e eu fiquei na casa dessa família durante 57 anos.

E9- “Nós sempre fomos muito unidos, seguramos tudo um do outro. O negócio é trabalhar e ir sempre em frente. Desde que eu conheço a história da minha família sempre foi assim”.

E10- “Minha infância foi de arraial, de pesca, de comer muita fruta no quintal...abacate. A gente era feliz e não sabia (risos). Infância muito saudável, todo mundo junto em família”.

E12- “Eu tive uma infância pobre, mas boa. Meu pai não teve condição de me dar estudo bom, mas eu lutava... eu e meus irmãos. Eles fizeram o melhor que puderam por mim e pelos meus irmãos”.

E13- “A minha infância foi ótima! Não teve grandes problemas, não. Eu brinquei muito na rua onde morava. Fui criada na igreja, que tinha muitas atividades, minha família era muito unida”.

E14-“Na infância eu não tinha dificuldade, porque tudo pai e mãe resolviam. Na adolescência, mudou um pouco, já tinha dificuldade... mas sempre assim, meu pai dava um jeitinho, sempre aquela coisa assim pobrezinha, mas sempre com dignidade, nunca passamos necessidade, nunca precisamos pedir nada a ninguém. Minha família era todo mundo junto pra tudo”.

E15- “A minha infância foi muito tranqüila, como de qualquer criança: vai pro colégio e volta, nada demais. Muito boa, por sinal. Tenho lembranças boas da minha infância”.

E16-“Minha infância foi só trabalhando e estudando. Eu ia pro colégio, não tinha tempo de ir para a igreja e depois ajudava meus pais numa lanchonete que eles tinham. Eu só trabalhava e estudava, mas eles sabiam de tudo que acontecia comigo. A gente sempre tava junto”.

Em relação à infância, alguns autores, tais como Freud (1914; 1920; 1926); Perestrello (1982); Montagu (1986); Reich (1989, 1994); Lowen (1990); Winnicott (1990); Cyrulnik (2009); Volich (2010) apontam para a importância desta fase no desenvolvimento do psiquismo humano. Freud (1926) afirma que passamos por fases do desenvolvimento infantil e o modo como vivenciamos cada estágio será essencial na formação do modo de perceber e lidar com o mundo.

As psicopatologias, segundo Freud, serão constituídas com base nas vivências infantis, sendo o modo como é vivida a relação familiar a base para o desenvolvimento do psiquismo.

É interessante notar a presença da valorização da união familiar no discurso de vários sujeitos entrevistados. A ideia central “infância pobre e boa” aponta para a percepção de que é a família que provê o alimento, a proteção, a satisfação das necessidades básicas, mesmo em caso de pobreza material. A família unida supera as dificuldades provenientes da vida pobre, que demanda para alguns o trabalho e estudo exaustivos desde cedo, e transforma a dificuldade em algo bom, porque pode ser vivido em conjunto. A família é percebida como “aquela que é presente em todos os momentos, com quem posso contar.” É um símbolo de força essencial na construção do modo de viver, ser e estar no mundo destes sujeitos.

Além da valorização da família, as falas relativas às categorias

“infância pobre e boa” parecem apontar para a ideia de que a família é efetivamente presente, funcionando como garantia de sobrevivência, troca de afeto, reconhecimento do seu lugar no mundo e proteção, o que ultrapassa a importância da pobreza material. A fala abaixo expressa a recordação de momentos prazerosos em família, e a busca por revivê-los na atualidade:

E3 – “A minha infância foi boa. Nós somos cinco homens e uma menina. Tudo do mesmo pai, tudo certinho. Íamos todos na carroceria do caminhão, naquela época não era proibido andar na carroceria de caminhão, aí ia todo mundo para a praia de Adão e Eva fazer churrasco. Até hoje eu vou ali e me lembro dessa época boa...”

Perestrello (1982, p.68) destaca que a criança estrutura sua personalidade, seus pensamentos, conduta, a maneira de ser de suas funções, órgãos e tecidos, ou seja, seu funcionamento, tanto externo como visceral, a partir das experiências vividas com a mãe e, posteriormente com os demais membros da família. Aponta para a existência de um patrimônio com o qual nascemos: nossa herança genética proveniente de nossos ascendentes familiares, bem como da nossa espécie (Filogenia). Destaca que a nossa garantia de sobrevivência fora do útero é mantida inicialmente pela relação com a mãe ou com um substituto materno, que ofereça alimentação, afeto e proteção. Mais tarde, novos seres entram em cena – o pai, os irmãos e outros

componentes da vida familiar – participando da socialização da criança, depois do adolescente, bases para a construção da vida adulta. A fala abaixo ressalta o reconhecimento do cuidado da mãe e o retorno deste cuidado como mantenedor da união familiar:

E13 – “Nós somos muito unidos mesmo. Quando um tá com algum problema, todo mundo corre, sabe? A minha mãe cuidou muito da gente na infância, então agora a gente cuida dela. Hoje é ela que precisa da gente, e a gente reveza para não deixar ela sozinha”.

Segundo Perestrello (1982), as marcas de nossas experiências mais primitivas, bem como a socialização familiar, fazem parte de nossa estruturação. Tudo o que sentimos, vivemos igualmente em nossas células, isto é, tudo que se passa na intimidade de nossos tecidos e humores, ocorre em mesma sintonia em nossas emoções e pensamentos (ainda que inconscientes). A infância, segundo a visão de Perestrello, deixaria suas marcas na forma de ser e estar no mundo destes sujeitos. Constitui símbolo de força essencial na construção do seu modo de viver, ser e estar no mundo. Há o reconhecimento da importância da infância na fala abaixo:

E5 – “A vida da gente é uma coisa complicada. Às vezes a gente passa, às vezes, hoje uma coisa que aconteceu lá atrás, que você era... quando a gente era criança... tem gente que acha que não tem nada a ver, mas tem tudo a ver. Porque cria um bloqueio na cabeça da gente, que a gente é hoje o que a gente passou quando era criança, entendeu?”

Segundo Winnicott (1990), quando a criança consegue avançar ao estágio do desenvolvimento em que percebe a existência de outras pessoas além dela mesma e da mãe, a família fornece o suporte para a descoberta de relacionamentos mais complexos. A estrutura familiar garante a continuidade no tempo, desde o momento da concepção da criança até o fim da dependência (término da adolescência). A ideia central “infância pobre e boa” parece remeter a esta continuidade oferecida pela família, tanto no convívio com os familiares, como na possibilidade de “poder contar com a família”. No exemplo abaixo, embora a vivência do falecimento do pai e da perda do convívio com a mãe tenha ocorrido muito cedo, parece ter sido “compensada” pelo carinho da madrinha com quem foi morar:

E4 – “Meu pai morreu, eu tinha uns 10 anos. Minha mãe ficou viúva com 30 anos. Eu fui morar com a minha madrinha na cidade. Eu fui criada ‘na palma da mão’. Eu era única. Ela tomou conta de mim. Onde ela ia, eu tava junto com ela. Foi muito bom estar com ela. Ela me dava tudo”.

Destacando a importância das primeiras experiências de toque na infância, geralmente promovidas pela família ou substitutos, Montagu (1986, p.231) expõe a importância da pele como órgão de contato mais antigo e sensível. A pele é o nosso primeiro meio de comunicação e nossa maior proteção em relação ao mundo externo. O organismo vivo depende da estimulação do meio externo para seu crescimento e desenvolvimento. Quanto mais agradáveis estas estimulações, mais saudável será o organismo. Podemos refletir o quanto a vivência de uma infância “pobre e boa” poderia ter compensado a pobreza material pela riqueza de estímulos familiares e acolhedores, gerando um ambiente de proteção. Por outro lado, o quanto a “infância pobre e com abusos”, ideia central a ser exposta mais adiante, seria o oposto no sentido da construção de um ambiente protetor, gerando um ambiente traumático para estes sujeitos. A fala abaixo reflete a experiência do tocar como essencial na formação do vínculo mãe-bebê:

E16 – “Desde que eu estava grávida das minhas duas filhas que eu conversava com elas na barriga, fazia muito carinho. Sempre conversei com elas e as acariciei muito, e elas sempre foram ótimas filhas. A minha mãe não foi uma mãe má, mas ela foi a mãe daquela época, e pra mim foi uma mãe boa. É uma pessoa da antiga que fala através dos ditados populares, mas assim me educou. É carinhosa, mas não tanto como eu sou”.

Os discursos proferidos na ideia central “**infância pobre e boa**” originam o **Discurso do Sujeito Coletivo**, conforme expresso a seguir:

QUADRO 4

Ideia Central – Infância pobre e boa, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo

“A minha infância foi pobre e boa. Nós éramos pobres, mas não faltava comida. Às vezes a gente saía em família e era muito bom. Eu fui criada com muito cuidado. Minha mãe e meu pai me corrigiam, o que era normal. Por sermos pobres, eu também trabalhava, ajudava no que podia desde cedo. O nosso lema era ‘trabalhar e ir em frente. Sempre seguramos tudo um do outro. Sempre fomos assim pobrezinhos, mas com dignidade. Nunca passamos necessidade, nem precisamos pedir nada a ninguém. Minha família era todo mundo junto para tudo. Meus pais sabiam tudo que acontecia comigo. Eu trabalhei e estudei, não tinha muito tempo para fazer outras coisas. Meus pais não tiveram condições de me dar estudo bom, mas eles fizeram o melhor que puderam por mim e pelos meus irmãos”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

Dando prosseguimento à descrição e discussão das histórias de vida, a segunda ideia central relativa à infância que surge é a “infância com perdas afetivas”, conforme expresso a seguir:

QUADRO 5
Descrição da infância, Niterói, 2012

Entrevistado	Descrição sobre sua infância
<p>E3; E4;</p> <p>E5; E8;</p> <p>E9; E11;</p> <p>E19</p>	<p>A ideia central “infância com perdas afetivas” abarca diferentes tipos e extensões de perda. Aponta, por exemplo, para a perda do pai por falecimento ou por separação dos pais, ocasionando restrições financeiras e a ruptura do bem-estar familiar.</p> <p>Além disso, fala acerca da perda por falecimento, do pai e de irmãos, gerando a reestruturação familiar e do local de moradia; e da perda da mãe conseqüente à falta de estrutura financeira para manutenção da unidade familiar.</p> <p>E ainda: a ideia de perda do convívio com irmãos que nunca conheceu, ou seja, a noção de perda que se instaura a partir do reconhecimento da falta de algo que foi omitido (os irmãos do primeiro casamento da mãe).</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E3- “Minha infância foi boa. Eu era de família pobre, mas estávamos bem, meu pai trabalhava em estaleiro... ele era uma pessoa muito boa... ele faleceu (choro), ele morreu muito novo. Eu sinto muita saudade dele (emocionado)”.

E4- “Na infância éramos cinco irmãos, mas três morreram pequenos. E eu fui para a casa de minha tia, que era na cidade, e o outro irmão para a casa de outro tio... porque o meu pai morreu muito cedo, com 30 e poucos anos e minha mãe ficou viúva com 30 e poucos anos também e morava na roça...”

E5- “Na infância eu descobri que a minha mãe escondia da gente que tinha sido casada antes. E que a minha irmã era filha desse outro casamento. Ela também não sabia. A minha mãe deixou dois filhos pra trás e nós descobrimos isso fuxicando nas coisas dela. Eu gostaria de ter conhecido estes irmãos, mas nunca encontrei eles. E eles nem sabem que eu existo”.

E8- “Eu fui criado pela minha avó porque minha mãe se separou do meu pai. Ela era professora formada, aí se separou do meu pai devido o governo de antigamente. Eles mandavam as professoras de uma cidade para outra. Aí ela teve que largar tudo ali, e meu pai era analfabeto”.

E9- “Eu não tive pai, não. Minha infância foi horrível mesmo”.

E11 – “Eu não tive infância. Meus pais eram pobres, apesar do meu pai ter vindo da Alemanha fugido da guerra. Minha mãezinha era brasileira, teve muitos filhos, mas só quatro que viveu... quatro filhas”.

E19 –“Eu tive uma infância muito pobre. Minha mãe morreu quando eu tinha doze anos, então meu pai me deixou trabalhar em uma casa de família”.

A ideia central “infância com perdas” traduz diferentes experiências de perda, em fases distintas da infância: perda do pai, mãe, irmãos, do lar, da possibilidade de ter acesso à verdade. Todas as experiências de perda e separação de objeto, segundo Freud (1926) são de natureza traumática, podendo gerar angústia, dor ou luto. A angústia seria a reação à ameaça de perda; enquanto a dor e o luto seriam reações à perda. Em relação à dor, ela pode ser de natureza física ou psíquica, sendo que a última corresponderia a uma apropriação metafórica dessa experiência.

Freud (1914, p.89) descreveu a dimensão econômica da experiência da dor, quando apontou para o investimento narcísico resultante de uma experiência de perda:

(...) quando um indivíduo tomado por uma dor ou mal-estar orgânico deixa de interessar-se pelo mundo exterior(...) ele retira de seus objetos eróticos seu interesse libidinal, cessando assim de amar enquanto sofre (...) o indivíduo retrai para o ego suas cargas de libido para dirigi-las para a cura.

Segundo Freud (1914) o luto é um mecanismo sadio de reparação da perda. Quando o luto não ocorre, não é possível significar a perda, restando um “buraco na alma”, um encolhimento que impede o ser de compartilhar a tristeza e socializar o sofrimento, podendo gerar a melancolia, que seria o adoecimento. A fala abaixo ilustra a dificuldade em lidar com a perda e realizar o luto:

E11- “E com a perda da minha mãe...convivi com minha mãe durante 9 anos. Eu morando na casa dela... me apaguei muito cuidando dela. Eu sofro muito desde a morte dela”.

No entanto, os diversos tipos de perda partilham de nossa existência. Dependendo da estrutura de cada sujeito, ela pode ser vivenciada de formas distintas. Há casos em que a perda é percebida como algo natural e vivida como parte da vida:

E16- “Se eu te disser que espiritualmente eu já tava preparada... A todo segundo eu me preparei. Quando eu tava pra perder meu pai, eu senti isso. Tanto que hoje eu não tenho problemas com isso. Na época que ele faleceu, eu tive um sonho com ele que ele me pedia luz, aí eu orei para ele. Nunca mais eu tive aquele sonho com ele”.

Ou podem ser vivenciadas como uma repetição de algo vivido pelos pais ou antepassados:

E3- “Minha infância era boa. Eu era de família pobre, mas estávamos bem. Meu pai trabalhava no estaleiro. Naquele tempo ele era marítimo, tinha uma situação financeira boa. Aí veio a década de 60, a Revolução e veio aquela política toda... E meu pai ficou em disponibilidade, coisa de político. Político sempre atrapalha! Depois fui eu que entrei em falência por causa desse Plano Collor, que bloqueou a caderneta de poupança de todo mundo”.

Entretanto, seria correto afirmar que as perdas são responsáveis pelo adoecimento? Do mesmo modo que na visão psicossomática atual não existe uma explicação unicausal para as enfermidades, relacionar qualquer tipo de perda ao adoecimento seria leviano de nossa parte.

Diferente da associação entre perda e adoecimento, a visão Psicanalítica relaciona a impossibilidade de representar as perdas psicicamente à constituição de um vazio psíquico gerador da ruptura entre psíquico e o somático. Esta ruptura psicossomática seria a responsável pela doença (WINTER, 1997, p.35). Em outras palavras, o adoecimento ocorreria a partir da separação entre o que se percebe como sensação ou tensão corporal (somático) e a representação psíquica, que permite nomear a sensação relacionando-a a algo conhecido.

Em relação à vivência da perda, Joyce Mc’Dougall (1989) afirma que o desenvolvimento da estruturação psíquica ocorre a partir de dois pólos: a ausência e a diferença. Ambos nos remetem a uma perda distinta, essenciais para a construção de nosso psiquismo. A ausência se refere ao tempo em que se deixa de prover as necessidades do bebê, gerando uma espera pela satisfação destas. A autora se refere à relação primitiva materna, pontuando a importância do afastamento da mãe, a fim de que o bebê sinta a carência, que será em seguida

satisfeita pela mãe. Sem os instantes de falta, não existe o trabalho de construção psíquica de ausências e presenças. Esta percepção, baseada na falta, permite ao bebê a construção da representação da diferença. A partir da construção da ausência e da diferença, se forma uma identidade forte e com os limites bem estabelecidos (MC'DOUGALL, 1989). Portanto, a vivência da perda é constitutiva das bases para a construção da identidade. A inexistência das perdas implicaria na ausência da resiliência, conceito que trabalharemos a seguir, nas reflexões acerca da ideia central “infância pobre e com abusos”.

Os discursos proferidos na ideia central “**infância com perdas afetivas**” originam o **Discurso do Sujeito Coletivo**, conforme exposto a seguir:

QUADRO 6

Ideia Central – Infância com perdas afetivas, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo

“Eu tive muitas perdas na minha infância. Eu era de família pobre, mas estávamos bem até meu pai morrer. Ele faleceu muito novo. Eu sinto muita saudade dele até hoje. Também perdi três irmãos ainda pequenos. Eles morreram ainda bebês. Aí eu fui para a casa da minha tia, que era na cidade. Minha mãe teve que me deixar com ela. Minha mãe não tinha condições de me criar. Então eu tive que trabalhar em casa de família para ajudar a ganhar dinheiro para me sustentar”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

Continuando nossa descrição e discussão do primeiro eixo temático, segue a ideia central “infância pobre e com abusos”.

QUADRO 7
Descrição da infância, Niterói, 2012

Entrevistado	Descrição sobre sua infância
<p>E9; E17; E19; E20</p>	<p>A ideia central “infância pobre e com abusos” fala do rompimento da proteção que poderia ser oferecida pela família, em função da quebra do elo familiar. Seja o pai como vilão, ou uma ‘comadre’ ou fazendeira como exploradoras, a criança se vê ameaçada em sua integridade enquanto ser vivo. Os abusos são de vários tipos: físicos, sexuais, morais. Busca manter a criança no lugar de dependência em uma situação de humilhação, perversão ou de invasão dos seus limites.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E9- “Minha infância foi horrível mesmo. Eu não tive pai, não. Ele deu muito trabalho. Me esconderam na casa de fulano de tal e sicrano e a polícia ia lá me buscar, e isso não é legal, não. Eu tinha cinco, seis anos quando isso aconteceu”.

E17- “Eu saí de casa muito pequena, porque éramos muito pobres. Eu fui ser dama de companhia de uma comadre de minha mãe, mas na realidade eu era mais uma escrava. A minha cama era uma toalha e eu tenho mania de dormir no meu braço, porque esse era o meu travesseiro”.

E19 – “Eu tive uma infância muito pobre. Minha mãe morreu quando eu tinha doze anos, então meu pai me deixou trabalhar em uma casa de família. Eu queria estudar e a dona da casa, uma fazendeira, não me deixava estudar e me batia quando eu queria estudar. Ela dizia que eu só tinha que trabalhar. A única coisa que aprendi foi a mexer no fogão, com negócio de comida”.

E20 - “Na minha infância, meu pai tentou me estuprar várias vezes. Porque ele tinha problema com macumba, bebida e fumava várias coisas. Ele espancava a minha mãe. Eu tive sete irmãos e os sete morreram. Eu só via meu pai bater na minha mãe. Quando eu acordava de madrugada, meu pai estava na beirada da minha cama, eu não sei se naquela época ele tirou a minha virgindade. Eu era muito pequena, eu não entendia nada. Mas, depois as pessoas

comentaram que isso bem podia ter acontecido. Não tinha brinquedo, não tinha boneca. As que eu tinha, vinha faltando perna, cabeça... eu não tinha roupa decente”.

A palavra “abuso” nos remete a trauma. Portanto, inicialmente é necessário delimitarmos o que é trauma. Isto porque os discursos acerca da infância “pobre e com abusos” são repletos de exemplos de traumas. Levine (1999) afirma que além das situações que envolvem exposição à violência, abusos sexuais e emocionais, catástrofes, situações aparentemente benignas também podem ser traumáticas. Além disso, as conseqüências do trauma podem se ocultar durante anos, décadas, podendo ser desencadeadas por eventos estressantes ou em decorrência de outro incidente. Portanto, um acontecimento aparentemente tranquilo pode ocasionar um colapso súbito.

Levine (1999) pontua que há alguns fatores que favorecem a nossa resposta diante das situações ameaçadoras. Estão dentre eles: o próprio acontecimento (o quanto ele é ameaçador, qual sua duração, com que freqüência ocorre); o contexto de vida quando ocorre o fato traumático (o apoio ou falta de apoio da família e amigos; saúde fraca; estresse contínuo; fadiga; má alimentação); características físicas do indivíduo (força, rapidez e forma física em geral, idade, nível de desenvolvimento); as capacidades aprendidas pela pessoa; o modo como o indivíduo experimenta sua capacidade para lidar com o perigo (auto-percepção: sou ou não capaz de lidar com esta situação?); recursos externos (o que o ambiente oferece como gerador de segurança); recursos internos (atitudes psicológicas, experiência e respostas instintivas).

Dentre os discursos proferidos observamos alguns sujeitos que se defenderam de possíveis eventos traumáticos:

E17- “Um dia conversando eu falei assim: o dia que um patrão meu cismar de me dar uma cantada, eu vou esperar ele dormir e vou jogar uma chaleira de água fervendo no ouvido dele. Ele me olhou assustado e falou: você tem coragem? Eu disse: não só água, vou ferver um azeite e colocar também”.

De acordo com a teoria de Levine (1999), os recursos internos desta mulher foram essenciais para protegê-la de uma situação traumática, que poderia ser vivenciada na forma de um abuso sexual do patrão, já que este tipo de atitude era aceita entre os fazendeiros. Era algo

corriqueiro usar sexualmente uma empregada doméstica, inclusive como iniciação sexual do filho do fazendeiro.

Em outros casos, no entanto, a situação traumática ocorreu de fato:

E20 – “Quando acordava de madrugada, ele estava na beirada da minha cama. Não sei se ele tirou a minha virgindade ali, porque eu não entendia nada. Não tinha noção do que era ser virgem ou não, eu tinha 8 anos de idade. Mas, muita gente vivia dizendo que via meu pai fazendo alguma coisa, mas eu era criança e não entendia, não sabia o que era. Minha mãe também não explicava, não sabia ou não dizia”.

A situação de desamparo vivida enquanto criança corrobora com a teoria de Levine. A situação ameaçadora era vivenciada com frequência por esta criança, hoje adulta, sendo que o abusador era o pai, figura de autoridade na família. Além disso, não existia apoio familiar, posto que a mãe era esquizofrênica, sem recursos internos e externos para lidar com a situação, somado ao fato de as outras pessoas perceberem o fato, mas nada fazerem concretamente.

É interessante notar como ambos sujeitos vivem atualmente. Recorrendo a suas histórias de vida, a partir dos discursos de E17 e E20, há uma diferença marcante na forma de ser e estar no mundo. Obviamente não podemos associar a questão do trauma como único fator precipitante da construção do seu estilo de vida atual. Entretanto, o modo como ambas lidaram com a situação ameaçadora e o contexto familiar parece ter sido essencial na construção da atualidade.

Veremos adiante, na ideia central de estilo de vida atual, que E17 está dentro do grupo de sujeitos que construíram uma “vida tranquila”, enquanto E20 pertence ao grupo do estilo de vida atual “vida sacrificada”. É importante pensarmos em uma outra questão que poderia estar associada a este modo de perceber e viver a vida: a resiliência.

Cyrulnik (2009, p.46), neuropsiquiatra, afirma que a “Resiliência” ocorrerá somente se, “após uma alteração produzida por um estresse intenso ou crônico, o organismo conseguir retomar outro tipo de desenvolvimento, bem-sucedido, apesar de tudo que, no entanto, conserva a marca do período ferido”. Ele destaca que entre um gene e um comportamento existem mil determinantes na natureza que convergem para reforçar ou fragilizar a etapa seguinte do desenvolvimento, ou seja, não é possível imputar a uma única causa o desenvolvimento sadio. Portanto, a resiliência poderia ser o meio de compreendermos o quanto estes sujeitos que

vivenciaram traumas tão intensos se mantiveram com um mínimo de sanidade mental, que lhes permitiu assegurar sua vida.

A Resiliência implica fatores biológicos (funcionamento do organismo: secreção de hormônios, neurotransmissores, etc.), comportamentais, emocionais, dentre outros. Sabe-se, por exemplo, que aquilo que é familiar, tranquiliza. Podemos, portanto, apontar para a infância “boa e pobre” como ambientes favorecedores da construção da resiliência biológica, pois os acontecimentos prazerosos favorecem o funcionamento e equilíbrio da secreção de hormônios e o bom funcionamento neuronal.

Cyrulnik (2009) também coloca a importância da pulsação, da alternância entre os sentimentos de alegria e tristeza, pois é a vivência de todos os sentimentos que nos permite diferenciá-los e desenvolver Resiliência diante da vida. Por outro lado, a indiferença entorpece as respostas do sistema nervoso, gerando o desaparecimento do sofrimento e também da busca de prazer, ou seja, a indiferença é a falta de pulsação, aquilo que realmente gera o adoecimento.

Podemos refletir que a “infância pobre e com abusos”, embora traumática, não necessariamente será o único fator predominante na formação do ser humano. A esta conjuntura, outras tantas necessitarão se unir para que o sujeito adoça.

Um exemplo de Resiliência: E17, mulher, 78 anos, precisou trabalhar aos 9 anos de idade na casa de uma “comadre de sua mãe”. Neste lugar foi tratada como escrava, mas resistiu e buscou outros locais para ajudar a garantir o sustento de sua família. Defendeu-se das investidas sexuais dos patrões. Construiu sua família e hoje compara:

E17 – “Quando eu era pequena, a casa da gente não tinha banheiro, nem luz, as fezes eram assim no urinol... Eu lutei muito, trabalhei muito. Hoje tenho a minha casa com televisão, com tudo”.

E a importância do apoio familiar novamente é relatada em uma fala marcante:

E17 – “Minha mãe foi vitoriosa, eu acho que ela foi uma mãezona. Meu pai também. Todos muito pobres... minha mãe não sabia escrever um ‘A’, mas botou a gente para estudar”.

O discurso acima ilustra a importância do apoio familiar como um dos poderosos meios de prevenir os abusos. A pobreza material não implica necessariamente a abertura de espaços para a ocorrência de abusos.

Os discursos proferidos na ideia central “**infância pobre e com abusos**” originam o **Discurso do Sujeito Coletivo**, conforme exposto a seguir:

QUADRO 8

Ideia Central – “**Infância pobre com abusos**”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo

“Minha infância foi horrível mesmo. Sofri muito com meu pai. Ele espancava a minha mãe diariamente e tentou me estuprar. Nem sei se isso aconteceu, porque quando eu acordava de madrugada, ele estava na beirada da minha cama. Eu era muito pequena, eu não entendia nada. Mas, depois as pessoas comentaram que ele pode ter me estuprado enquanto eu dormia. Depois que ele se separou da minha mãe, ele tentou me seqüestrar. Aí me esconderam para ele não me achar. Eu era muito pequena quando isso aconteceu. Como éramos muito pobres, eu tive que ir logo trabalhar. Na casa onde eu trabalhava eu era tratada como uma escrava. A minha cama era uma toalha e eu tenho mania de dormir no meu braço, porque esse era o meu travesseiro. Eu tinha o desejo de estudar, mas a dona da casa onde eu trabalhava não deixava. Queria que eu só ficasse na cozinha, mexendo no fogão. Toda hora que eu buscava um livro, ela me batia. Ela dizia que eu só tinha que trabalhar. Eu me sentia sozinha no mundo”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

Se a infância é o início, a base construída a partir da busca de modelos a serem seguidos; o estilo de vida atual denota um jeito próprio de viver a vida, construído também com base na infância. Neste momento já se moldaram formas de ser e estar no mundo; a infância se foi, mas deixa suas marcas na vida adulta da qual os sujeitos nos falam a seguir.

QUADRO 9

Descrição do estilo de vida atual, Niterói, 2012

Entrevistado	Descrição do estilo de vida atual
E1; E4; E5; E6; E7; E9; E10; E11; E13; E15; E18; E19; E20	<p>A ideia central de “vida sacrificada” denota a renúncia forçada ou voluntária a algo. Tendência a sacrificar-se ou a ceder sem benefício imediato; privações, despesas voluntariamente impostas. Fazer sacrifício pelos filhos. Também excesso de demandas, deveres, gerando a falta de tempo para si próprio, aliada à solidão experimentada a partir da falta do outro para compartilhar as dificuldades. A vida é sacrificada porque exige a maestria para lidar com os excessos, estejam estes personificados na criação de filhos concomitante às exigências cada vez maiores do mundo do trabalho, ou nas demandas de estudo. Também é sacrificada porque é necessário lidar com os entraves gerados pela doença, seja ela a hipertensão arterial ou a úlcera venosa. Para alguns o modo de lidar com o sacrifício é se resignando com aquilo que tem, sem almejar nada além.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E1- “O mais marcante é agora, que eu tenho uma filha que eu tô passando uma luta com ela. Só Jesus mesmo para me ajudar. E eu tenho também um filho, que estava no mundo das drogas e eu orei e Deus salvou ele. Ele tá na igreja. E ela ficou revoltada depois que ele entrou para a igreja. Ela não quer nem que ele fale comigo. Está horrível mesmo. E eles chegam em casa e ficam vendo televisão, aqueles programas que não são de crente, não. Eu fico arrasada. É muito sacrifício pra uma mãe, não tem mais nada que eu possa fazer, nada, nada”.

E4-“Não participo de grupo de amigas, senão posso atrapalhar com esse negócio da perna. Agora vai ter um passeio lá na igreja e eu não vou por causa desse machucado. A gente tem que ir nos lugares saudável, eu fico com medo de atrapalhar as outras pessoas. Além disso

tem o problema da pressão, que do nada, eu não tô sentindo nada e, quando eu vou medir, tá alta”.

E5- “Eu tive uma vida muito sacrificada, já passei muita necessidade, tive filho muito nova... aí não deu certo com o pai deles e eu trabalhava e tinha que sair do trabalho para ficar com eles...trabalhava, depois tinha que largar tudo e depois voltava a trabalhar...”

E6- “A minha vida é essa – ajudar os outros. Eu sempre me larguei de lado para ajudar os outros”.

E7- “Mas, se você quer e não tem, se conforma com aquilo que tem. Minha mãe me criou assim”.

E9 –“Eu criei meus filhos com muito sacrifício, nunca consegui nada mole, sempre foi com muito trabalho”.

E10- “Eu casei e trabalhei muito pra manter o meu marido. Não pudemos ter filhos. Aí pensamos em viajar, aí ele teve um AVC e morreu. Agora eu estou sentindo que estou cada vez mais debilitada: meu coração, a pressão... eu canso por qualquer coisa”.

E11- “Eu não tenho prosperidade, não tenho nada. Vivo da minha aposentadoria. Sou uma pessoa pobre e não posso me cuidar direito. Sempre tive uma vida muito sacrificada”.

E13- “A minha vida sempre foi muito sacrificada, sempre muito estudo, nada foi muito fácil. Teve uma época que eu consegui, eu tinha um sonho de ir aos Estados Unidos e eu consegui. Fiquei lá dois anos junto com uma família de diplomatas”.

E15- “A gente vê no outro e não pensa que vai acontecer com a gente. Eu vi meu pai amputar a perna. Eu nunca imaginei que isso (a úlcera venosa) fosse acontecer comigo. Eu fico muito triste porque eu não posso fazer o que quero: às vezes sair um pouco, colocar um sapato para sair, trabalhar, colocar uma saia curtinha assim. Eu não posso, é muito sacrifício”.

E18- “Eu não tenho coragem de sair com uma mulher, porque eu não sei se tenho condições de satisfazê-la devido a esse problema (hipertensão). Porque a gente conhece a gente. Eu devido a esses dois anos tomando essa porcaria de remédio, eu não me sinto mais homem pra satisfazer uma mulher. Eu preciso procurar um médico com calma para saber se isso tem jeito”.

E19- “Hoje a gente vê tanta criação errada. Eu sempre lutei sozinha, fiquei trabalhando de empregada doméstica. Quando meus filhos nasceram, uma porta fechava, a outra se abria. Só tenho que agradecer a Deus por tudo que eu passei”.

E20- “Mas eu estou com o psicológico um pouco abalado, porque eu estou cheia de dívida. Estou meio transtornada e eu não posso contar só com a misericórdia do Senhor. O INSS não quis me dar a pensão do meu pai, e eu ainda tenho que pagar imposto e a minha casa está em área de risco de desabamento, porque a chuva de abril derrubou um monte de casas. E eles não querem me dar a pensão pra me ajudar a levantar a casa e consertar”.

Teixeira (2006, p.379), o conceitua o estilo de vida como “um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões”. Ele é variável em função do grupo sócio-cultural no qual o sujeito se insere, bem como em relação aos seus processos mentais (crenças, valores, por exemplo) e fatores externos de vida.

Durante a análise das entrevistas, vários discursos apontaram para o estilo de vida atual com a ideia central “**vida sacrificada**”. Para alguns, o sacrifício é vivido a partir das limitações impostas pelo adoecimento, seja no que tange ao modo de ser e agir no cotidiano ou de se relacionar com o sexo oposto:

E11 – “Hoje em dia eu me sinto com dificuldade de agir. Às vezes eu sinto coisas e tenho que manejar, porque quem vai ficar aqui morrendo sou eu. Então, não me meto. Esse jeito de ser veio com a doença. Eu me sinto incapaz de me meter em uma confusão. Eu posso dar um desmaio, falta de ar”.

E18 – “Depois disso, eu sou um homem que choro à toa. Qualquer problema, eu tô chorando à toa. Eu estou precisando de muito papo, muita ideia, e eu não consigo uma quarta relação, relação que eu digo é me casar pela quarta vez. Eu estou inseguro até de ter uma relação sexual, acho que eu não consigo”.

Estas limitações são vividas com medo, e não como uma busca por novas formas mais confortáveis de ser e estar no mundo. Em função disso, a vida é percebida como um sacrifício e não uma oportunidade de transformação e melhoria.

Para outros sujeitos, também na ideia central de “vida sacrificada”, o corpo se torna uma máquina de produzir, fazer, aparentemente sem limites. O tempo cronológico não cumpre sua função de delimitar o que é possível e o que não é. O tempo é regido pelas demandas, pela necessidade de fazer, produzir; e não o tempo de ser. Não há espaço para estar em contato consigo próprio, para se perceber ou respeitar os próprios limites.

Sugere que a correria do cotidiano, na qual se destacam as demandas do trabalho, da família, dentre outras, ultrapassa a possibilidade do tempo para cuidar de si. Sato (1991,1993 apud VOLICH, 1998, p.178) afirma que os problemas psicossomáticos associados ao trabalho ocorrem a partir do momento em que o limite subjetivo é ultrapassado, aliado à percepção da falta de controle sobre o contexto de trabalho. Na fala abaixo, temos um exemplo disso, enfocando a dificuldade em lidar com as demandas concomitantes de cuidar dos filhos e de trabalho para a subsistência da família:

E5 – “Eu tive uma vida muito sacrificada. Passei muita necessidade. Eu tive filho muito nova e não deu certo com o pai deles, e a minha família não me ajudou. Acho até que me puniu por eu ter engravidado. Então, eu trabalhava e tinha que dar conta sozinha dos filhos. Aí voltava para ficar com eles, depois voltava para o trabalho, eu tinha que dar conta de tudo sozinha. Não tinha tempo pra nada além disso”.

Aulagnier (1985 apud VOLICH, 1998, p. 156) destaca a importância do prazer mínimo que permite o acesso à vida. Ele surge a partir da satisfação das primeiras necessidades, sendo a saciedade da fome a demanda primordial. Só depois desta satisfação se poderá refletir acerca do que a autora denomina de “prazer-suficiente”, que é aquele experimentado a partir dos investimentos escolhidos pelo eu. Ao contrário, as falas dos sujeitos apontam para um estilo de vida voltado para a sobrevivência a partir do trabalho, sem tempo para o “prazer-suficiente” ou para o estabelecimento de qualquer controle sobre o seu cotidiano, condições presentes no adoecer psicossomático. A fala abaixo ilustra bem a teoria acima:

E9 – “Eu nunca consegui nada mole, não. Sempre foi com muito trabalho! Mesmo com esses problemas todos de saúde (Úlcera Venosa e Hipertensão arterial), eu sempre trabalhei e não me vejo sem trabalhar. É uma batalha, sabe? Eu chego em casa à noite quase caindo de cansada. E depois ainda tenho que ser dona de casa: tem casa para cuidar, janta para fazer. Eu vou ter tempo para mais o que?”

A ideia central “**vida sacrificada**” expressa o sacrifício em função do excesso de demandas concomitantes: trabalho, criação de filhos, estudo. Também a solidão da mulher em lidar com trabalho e criação de filhos, aliada à ausência de auxílio familiar ou de companheiro, aumentando o nível de estresse.

French e Caplan (apud VOLICH, 1998, p. 160) apontam o excesso de trabalho, seja em quantidade como em qualidade (tarefas muito difíceis), como agente estressante e possível gerador de sintomas como: baixa auto-estima, alcoolismo, tabagismo e aparecimento de doenças coronarianas. A fala abaixo ilustra esta afirmação, a partir da fala de E17 que viveu sob o regime do “trabalho escravo”, em função da pobreza de sua família e necessidade de ajudá-la financeiramente:

E19 – “Eu encerava a casa com escovão. Aquelas casas enormes, passando cera com escovão. Eu tinha nove anos. Teve uma vez que eu estava tão cansada, que eu dormi em um cantinho da sala, em cima do tapetinho que era a minha cama. A velha me fez levantar e lavar o banheiro. Foi quando eu peguei uma gripe muito forte, tive uma tosse forte durante uns 3 meses. Eu quase peguei uma tuberculose, por pouco não foi uma tuberculose...”

A resignação exposta por alguns sujeitos, na ideia central de vida sacrificada, aponta para a aceitação do *status quo*, sem energia ou a percepção de merecimento de alcançar algo maior. Reich (1989) pontua que as couraças também têm como função a contenção dos sentimentos e da expressão emocional. Desta forma, não há energia ou disposição para lutar por algo diferente do que já se tem. Há a resignação, como é bem expressa na fala abaixo:

E6: “se você quer e não tem, se conforma com aquilo que tem”.

É interessante notar que há uma grande correspondência entre os discursos de uma infância “pobre e boa” e de vida atual “sacrificada”. Os seguintes números das entrevistas coincidem em ambas as idéias centrais: E1; E4; E6; E7; E9; E10; E13; E15. A partir da análise das histórias de vida destes sujeitos, percebemos que a “infância pobre e boa”, baseada no trabalho para ajudar na subsistência da família, permaneceu como marca na vida atual. O trabalho é vivido também na atualidade destes sujeitos como excessivo. Se anteriormente o excesso ocorria em função da enorme demanda de trabalho em relação à pouca idade dos sujeitos; na atualidade, o excesso surge como consequência das diversas sobreposições de papéis: provedor(a) familiar; mãe/pai; marido/esposa; filho/filha(a). Além disso, muitas vezes os sujeitos encontram-se sozinhos para lidar com tantas demandas, desconhecendo meios de lidar com seus limites; algo inadmissível para eles. Baseiam-se no princípio de que se a demanda existe, é necessário supri-la, como ilustrado a partir do discurso abaixo:

E9 - “Tem uma amiga que me fala assim: ‘você quer carregar o problema dos outros nas costas?’ Ora bolas, os problemas é que vêm a mim e eu tenho que resolver! E se for pra resolver os problemas dos meus filhos e dos meus netos, sou eu mesma que tenho que resolver! Eu vou fazer o que?”

Também encontramos uma grande correspondência entre os discursos dos sujeitos de “infância com perdas afetivas” e “vida sacrificada”. Dos sete sujeitos pertencentes à ideia central “infância com perdas afetivas”, cinco também se encaixam na ideia central de “vidas sacrificadas”. Os entrevistados comuns às duas idéias centrais são: E4; E5; E9; E11 e E19. A partir da análise das histórias de vida citadas, percebemos que é comum em todos, exceto em um deles (E4), a perda de pessoas da família em idade precoce e a posterior “compensação” com um cuidado profundo com os familiares que restaram ou das gerações seguintes.

Enquanto em E4, o sacrifício se pauta no isolamento por não querer incomodar com suas doenças – úlcera venosa e hipertensão arterial; nos demais discursos, o sacrifício é relacionado aos filhos. Sacrificar-se pelos filhos é algo presente de forma acentuada (exceto E4), como algo comum e esperado. Em uma das histórias de vida (E9) há uma vivência que se repete ao longo de várias gerações e que nos chama a atenção: cinco gerações consecutivas em que as mulheres têm filhos e os pais não assumem a paternidade, cabendo às mulheres da família a responsabilidade solitária de educação e garantia da subsistência de sua prole.

Em relação à correspondência entre “infância pobre e com abusos” e “vida sacrificada”, três dentre os quatro sujeitos que relatam abusos na infância, percebem sua vida como “sacrificada”. São eles: E9; E19 e E20. Relendo suas histórias de vida, percebemos que E9 e E19 colocam a família, os filhos em primeiro lugar; entretanto há um esforço no sentido de ajudá-los que ultrapassa os próprios limites. Diferente de E20 que se coloca em situação de abuso atualmente, repetindo o abuso sexual vivenciado pelo pai.

E20- “Eu tomava conta do bebê dela. Eu gostava muito da neném dela e não podia deixá-la sozinha, porque ela não podia pagar ninguém para cuidar da filha. O filho dela abusava sexualmente de mim. Eu deixava. Deixava porque se eu contasse para ela, ela ia ficar sozinha, eu ia ter que ir embora. Eu fiquei muito aliviada quando o filho dela arranhou uma namorada e parou de me procurar”.

E20, ao contrário de E9 e E19 foi abusada sexualmente com oito anos, pelo pai. Sua família era totalmente desestruturada: sua mãe era esquizofrênica e vivia internada em hospitais psiquiátricos, onde E20 ia frequentemente visitá-la. Perdeu diversos irmãos: todos morreram, só restando ela viva. Na casa onde cuidava da “neném” sentia-se fazendo parte da família. Não conseguia imaginar-se fora dali. Alegava que era por conta da mãe da bebê que ficaria sem ninguém para ajudá-la. No entanto, podemos pensar: até que ponto esta foi a família que conseguiu fazer parte durante algum tempo, mesmo pagando um alto preço por isso?

Construindo estas correlações, percebemos o quanto a infância realmente é a base para a construção do modo de ser e estar no mundo. No entanto, isso não significa uma sentença de que necessariamente repetiremos os nossos padrões construídos na infância. Entretanto, o pouco conhecimento de si favorece tais repetições, pois são os caminhos conhecidos. O processo de psicoterapia consiste em um dos meios para o desenvolvimento do autoconhecimento. Possibilita aos sujeitos a descoberta de novos recursos internos e externos que podem ser utilizados no processo de transformação dos sujeitos.

Os discursos proferidos na ideia central “**vida sacrificada**” originam o **Discurso do Sujeito Coletivo**, conforme exposto a seguir:

QUADRO 10

Ideia Central – “Vida sacrificada”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo

“Eu tenho uma filha que eu tô passando uma luta com ela. Só Jesus mesmo para me ajudar. E eu tenho também um filho, que estava no mundo das drogas e eu orei e Deus salvou ele. Eu sempre lutei sozinha, não tinha marido pra me ajudar. Quando meus filhos nasceram, uma porta fechava, a outra se abria. Eu fiquei trabalhando de empregada doméstica um tempão. E hoje tenho essas doenças: a úlcera venosa e a pressão alta. Por causa disso eu não participo de grupo de amiga. A gente tem que ir nos lugares saudável, eu fico com medo de atrapalhar as outras pessoas. Eu fico muito triste porque eu não posso fazer o que quero: às vezes sair um pouco, colocar um sapato para sair, trabalhar, colocar uma saia curtinha assim. Eu não posso, é muito sacrifício. Além disso tem o problema da pressão, que do nada, eu não tô sentindo nada e, quando eu vou medir, tá alta. Agora eu estou sentindo que estou cada vez mais debilitada: meu coração, a pressão... eu canso por qualquer coisa. E pior ainda: eu vivo da minha aposentadoria. Sou uma pessoa pobre e não posso me cuidar direito. Sempre tive uma vida muito sacrificada. Eu sempre me larguei de lado para ajudar os outros. Mas hoje eu estou com o psicológico um pouco abalado: eu estou cheia de dívida e a minha casa está em área de risco de desabamento. Mas, se você quer e não tem, se conforma com aquilo que tem. Minha mãe me criou assim”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

Veremos a seguir a última ideia central “vida tranqüila” e suas correspondências.

QUADRO 11

Descrição do estilo de vida atual, Niterói, 2012

Entrevistado	Descrição do estilo de vida atual
E2; E3; E12; E14; E16; E17	A ideia central de “ vida tranquila ” denota a percepção de que a vida atual pode ser vivida com equilíbrio, tranquilidade e prazer.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E2- “Depois que eu vim pra Niterói, eu fiquei um cara mais calmo. Hoje em dia eu planto. Tenho um terreninho na minha casa. Eu vejo o Globo Rural que ensina a adubar a terra, então aproveito os restos de legumes e adubo a terra. As minhoquinhas, você nunca mata, porque é aquilo que alimenta as plantas. Então, tudo que eu planto, nasce. Tenho pé de limão. Já dei limão pra muita gente. Tem pé de abacate. Eu até falo pro meu filho: pra ser homem, não basta ter filho; tem que plantar também. E a minha esposa me ajuda a cuidar”.

E3- “A minha vida é atualmente tranquila. Onde eu vivo, eu brinco com todo mundo, conheço todos os vizinhos, todo mundo gosta de mim. Todo mundo que quer fazer alguma coisa, vem me pedir opinião. Minha mulher me diz que eu sou consultor de obras. Aí eu fico até envaidecido, porque eu não atrapalho ninguém, só ajudo”.

E12- “Eu vivo bem com a minha família. Qualquer coisa, eu corro lá e ajudo. É isso que importa. Está tudo na paz, na harmonia”.

E14- “Tem dias que eu quero ficar na minha casinha, no meu casulo. Eu fico lá uns três dias. Vejo minha TV, bebo uma cervejinha com o meu filho, cuido da minha casinha. Eu gosto de ficar ali. Tem outros dias que eu quero ver gente, então eu vou lá e curto. Depois eu venho pro meu ninho correndo. É assim, eu tento equilibrar, viver com tranquilidade”.

E16- “Tudo é ter amor no coração, é ter bons pensamentos, amar a Deus sob todas as coisas. Eu não odeio ninguém. Só vivo em paz. Se eu não gosto daquela pessoa, eu me afasto dela e fico bem”.

E17-“Eu seleciono amizade. Eu tenho muita amizade. No meu aniversário, não tem nem lugar pra estacionar o carro perto da minha casa! Eu tenho umas amizades maravilhosas, pessoas que estão do meu lado de verdade. Eu vivo em paz”

Existem correspondências entre os discursos de “vida tranqüila” e “infância pobre e boa”. Das seis categorias de “vida tranqüila”, quatro são comuns a “infância pobre e boa”. São elas: E3; E12; E14 e E16. Analisando as histórias de vida destes sujeitos, percebe-se em comum em todos eles uma transformação grande em função do surgimento da Hipertensão arterial. Destacamos abaixo os discursos que expressam as metamorfoses vivenciadas por estes sujeitos:

E3- “Eu gosto de cantar. Eu queria cantar uma ópera. Gosto de cantar com os meus amigos, tocar um violão. Porque a música é uma mensagem. Antes eu não olhava para isso, era só trabalhar. Não vale a pena. A gente tem que ter tempo para o lazer”.

E12- “O mal das pessoas é não viver as coisas do jeito que ela é. Aí eu só fui ver quando as coisas estavam ruins. Eu tinha que ver antes, para começar a me tratar. Perceber o que eu tinha que fazer, o que eu não podia fazer. Depois que eu caí nessa, agora sou hipertenso, é que eu comecei a me tratar. Não fumo mais, sou um cara mais calmo e curto mais a vida”.

E14- “Serviu para ver que eu não sou super mulher, que eu sou de carne e osso. Tudo que eu não me dei o direito de ter nunca, eu me dei agora. Não queria, não quero, jamais quis ter hipertensão, mas eu tenho que saber que eu tenho o direito de também estar doente. Isso me faz ver mais como gente”.

E16- “Essa hipertensão está significando que eu tenho que me cuidar mais. Eu já estou prestando mais atenção no que estou fazendo de errado. O que eu voltei a fazer: caminhadas, e aproveitar a vida. Eu sei que as doenças são provenientes do que você sente, que é mágoa, sentimentos ruins, preocupações. Neste caso, eu deixo Deus me ajudar. Eu faço a minha parte, e deixo ele fazer a d’Ele”.

Em todos os discursos é comum a importância de perceber os limites pessoais e a descoberta de que o lazer precisa fazer ser parte integrante da vida. Diferente do vivenciado na infância, quando o trabalho era o único meio de vida, na vida adulta, a partir da vivência do adoecimento surge uma nova oportunidade de rever a vida. A doença surge como um alarme, um meio de despertar para novas oportunidades, e reconstruir a vida com qualidade.

Segundo o Groddeck (1992), a doença é um meio utilizado pelo Isso para salvar as pessoas de perigos ainda maiores, obrigando ao repouso, bem como um meio de o inconsciente se defender da conscientização do recalque. Consiste em um refúgio, construído em um período da infância em que sofreu um grande abalo, contra o mundo exterior agressivo ou contra situações insuportáveis. Portanto, o adoecer torna-se uma regressão ao período da infância, de recém-nascido ou da vida intra-uterina, cabendo ao doente a satisfação de seu desejo de ser cuidado pela mãe.

Da mesma forma, a cura se processa a partir do Isso que já não reconhece mais a necessidade desta proteção (a doença). O próprio inconsciente teria todo o material necessário para a cura; se esta não ocorre é em função de algum obstáculo paralisando as forças do Isso. Este obstáculo consiste na resistência, calcada no caráter e comportamento do paciente e projetada no médico ou psicanalista. Caberia aqui o trabalho da Psicanálise, baseado nos conteúdos transferidos para a figura do psicanalista, o que, na realidade, segundo Groddeck (1992), nada mais são do que conteúdos do próprio paciente.

Resumindo: os discursos sobre a infância (“pobre e boa”; “com perdas afetivas” e “pobre e com abusos”) e sobre o estilo de vida atual (“vida sacrificada” ou “vida tranqüila”) parecem expressar uma coerência no sentido de uma continuidade no modo de ser e estar no mundo, conforme observamos nas análises realizadas anteriormente.

As transformações apontadas por alguns sujeitos, a partir de seus discursos, parecem estar associadas à percepção de que o adoecimento funcionaria como um despertar para uma nova forma de viver.

Os discursos proferidos na ideia central **“vida tranqüila** originam o **Discurso do Sujeito Coletivo**, conforme exposto a seguir:

QUADRO 12

Ideia Central – “Vida tranquila”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo

“Eu hoje sou uma pessoa mais tranquila. Hoje em dia eu planto. Tenho um terreninho na minha casa. Então, tudo que eu planto, nasce. Eu até falo pro meu filho: pra ser gente, não basta ter filho; tem que plantar também. Onde eu vivo, eu brinco com todo mundo, conheço todos os vizinhos, todo mundo gosta de mim. Todo mundo que quer fazer alguma coisa, vem me pedir opinião. Eu ajudo todo mundo, mas eu seleciono amizade. Eu tenho muita amizade. No meu aniversário, não tem nem lugar pra estacionar o carro perto da minha casa! Eu tenho umas amigas maravilhosas, pessoas que estão do meu lado de verdade. Tudo é ter amor no coração, é ter bons pensamentos, amar a Deus sob todas as coisas. Eu não odeio ninguém. Se eu não gosto daquela pessoa, eu me afasto dela e fico bem. Eu também vivo bem com a minha família. Qualquer coisa, eu corro lá e ajudo. É isso que importa. Tem dias que eu quero ficar na minha casinha, no meu casulo. Eu fico lá, vejo minha TV, bebo uma cervejinha com o meu filho, cuido da minha casa. Outros dias que eu quero ver gente, então eu vou lá e curto. Depois eu venho pro meu ninho correndo. É assim que eu tento equilibrar, viver com tranquilidade. Eu vivo em paz e harmonia”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

4.2 Para refletir sobre os aspectos psicossomáticos

Quando nos referimos aos aspectos psicossomáticos, significa dizer que soma e psique é uma unidade integrada. Conforme expusemos no referencial teórico, vários autores desenvolvem concepções distintas acerca do adoecimento na visão da psicossomática. No entanto, a Psicossomática é uma abordagem que aponta para a “função do psiquismo na regulação do equilíbrio psicossomático” (Volich, 2010, p.21). Ela busca fornecer subsídios para a compreensão do funcionamento complexo e integrado entre as funções psíquicas e corporais. Segundo o autor,

este funcionamento pode ser alterado ao longo de nossa existência, de acordo com os recursos que desenvolvemos durante toda a vida (desde as nossas experiências mais precoces de vida na relação com o outro). Sua alteração pode produzir manifestações psíquicas ou somáticas, normais ou patológicas.

A partir das idéias centrais a seguir: “contenção emocional”; “contenção emocional seguida de explosão emocional” e “expressão emocional”, discutiremos algumas questões relativas ao adoecimento.

QUADRO 13

Aspectos psicossomáticos, Niterói, 2012

Entrevistado	Aspectos Psicossomáticos
E2; E6; E8; E9;E10; E14; E16; E18; E20 / E1; E5; E11; E12; E19	<p>A ideia central “contenção emocional” nos remete à dificuldade em mediar os sentimentos, gerando o impedimento de expressar as emoções. As motivações para o entrave da expressão emocional são diversas: o medo; a manutenção do trabalho; a falta de consciência sobre os próprios sentimentos; a proteção de si ou de outrem; a ideia de que cabe a Deus a punição do malfeitor; a repressão familiar.</p> <p>Por outro lado, há momentos em que à contenção emocional, segue-se a explosão emocional. Os conteúdos até então contidos emergem com força, sendo expressos de modo impulsivo.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

DISCURSOS DE CONTENÇÃO EMOCIONAL:

E2- “Tinha que ter jogo de cintura. Por isso a gente fica calmo, nunca bate em ninguém. Embora tem vezes que aquilo vai te corroendo por dentro”.

E6- “Eu não me aborreço nunca. Sou calma aqui, em qualquer lugar”.

E8- “Não, eu não sinto, não. Depois ele vai acertar com Deus. Eu não faço nada com ele, depois ele vai acertar e sofrer as consequências”.

E9- “Eu fiquei sem nada da herança. Não lutei, não briguei, mas não tem problema, não. Eu continuo trabalhando numa boa. Não faz falta, não”.

E10- “Aí você sente desejo de conserto, de consertar, de corrigir, e não é assim. Você leva uma patada, leva um coice e quer dar outro. No meu caso, eu não consigo dar nem um...”.

E14- “As coisas eram mais reprimidas. Na época eu me revoltava, mas acabava fazendo o que meu pai queria porque não queria causar problemas para a minha mãe”.

E16- “Eu voltei a morar com a minha mãe. Este período foi tenso. Porque eu sou mãe, sou esposa, sou filha. E quando a gente ama o marido, ama a mãe, a gente fica entre a cruz e a espada. Você não pode defender a mãe, você não pode acusar o marido, você fica naquela encruzilhada...”.

E18 – “Como é que eu banco uma mulher dentro da minha casa e eu não sou mais o marido dela. A sociedade, a sociedade... a aceitação disso não é muito boa, não. Às vezes, em certos ambientes, se eu tiver num bar, às vezes alguém puxa esse assunto desagradável e eu fico numa situação meio difícil, sem poder falar nada”.

E20 – “Eu fiquei tomando conta da filha dela. O filho dela abusava sexualmente de mim, dentro do apartamento. Eu não gostava. Mas, eu tinha que ajudar ela, né? Eu gostava dela e da filhinha dela, e ela não podia contar com ninguém. Eu fiquei. Até que um dia ele não quis mais abusar de mim, e eu fiquei aliviada”.

CONTENÇÃO EMOCIONAL SEGUIDA DE EXPLOÇÃO EMOCIONAL:

E1- “O primeiro marido me batia muito. Eu, com vergonha, sofria sem falar nada para ninguém. ... até que um dia, eu dei-lhe uma mordida aqui (na área do coração), e acabou. Dei uma mordida nele, que o amor acabou aí. Como água no fogo, acabou”.

E5- “Aí as vezes a minha irmã sentia prazer em falar para a minha mãe que eu tinha feito alguma coisa que ela tinha feito. E a minha mãe me batia. Aquilo me revoltava muito. Até que um dia eu peguei a minha irmã e dei tanto nela, que quase matei”.

E11- “Graças a Deus eu faço assim: minha sobrinha fez com que eu ficasse um pouco nervosa, aí eu discuti com ela. Aí depois eu pensei: vou pedir desculpa pra ela, porque ela tá

grávida, e tem seus problemas também. Eu respondi a ela e estou arrependida, aí chorei um pouco, encontrei com ela e conversamos sobre isso”.

E12- “Eu sou um cara calmo. Às vezes eu falo um pouco alto com a minha patroa, mas é porque eu tô sentindo dor. Mas, ela já sabe. Fora isso, eu sou calmo e faço tudo como ela quer”.

E19- “Então a senhora vem me bater, vem quebrar a minha cara! – eu disse para ela. E ela era uma mulher forte, alta e eu sou pequenininha. Eu sei que eu tava com muita raiva de sofrer na mão dela tantos anos. Eu sei que eu rasguei todo o vestido dela e a filha dela viu e não falou nada”.

Em relação à ideia central “contenção emocional” e “contenção emocional seguida de explosão emocional”, o medo, segundo Reich, é o responsável pelo impedimento da livre expressão das emoções (REICH, 1989; 1994). O autor reafirma a importância da vivência de medo na infância e ao longo da vida para a formação do caráter (defesas psíquicas) e da couraça muscular (defesas somáticas). O caráter é o modo típico de o sujeito reagir, atuar no mundo, tornando-se a resistência à descoberta do inconsciente. A couraça muscular, por outro lado, é a defesa que se constrói no corpo, a partir das tensões crônicas nos músculos ou falta de tônus muscular. A todo modo de agir há uma correspondência no modo de atuar com o corpo. Segundo Reich (1989), o adoecimento é gerado pela cronificação da couraça e do caráter, que impedem o livre fluxo das sensações de prazer e desprazer. A couraça dificulta o contato com o próprio corpo. A respiração fica inibida, o funcionamento dos órgãos comprometidos e o sistema nervoso autônomo (simpático e Parassimpático) permanece em desequilíbrio.

Segundo Reich (1989), todo o funcionamento corporal se altera, impedindo o livre movimento de expansão e contração do corpo. As couraças são resultado do medo e, junto com o caráter, dependendo de sua cronicidade, favorecem a contenção emocional – essencial no desencadeamento do processo de adoecimento. Segundo a concepção Reichiana, todo processo de adoecimento é uma expressão deslocada de emoções bloqueadas. Caberia ao psicoterapeuta corporal o favorecimento das expressões emocionais do paciente em ambiente seguro, além da elaboração dos conteúdos correspondentes, possibilitando a flexibilização da couraça e do caráter do paciente (Reich, 1989).

As situações de abuso infantil geram um medo crônico que permanece estampado no corpo a partir das couraças, gerando o processo de adoecimento. Na história de vida a seguir, temos o exemplo de um sujeito que vivenciou diversas formas de abuso, desde a infância.

E 20- “Quando eu tinha 8 para 9 anos a minha mãe ficou doente mental, ficou desequilibrada. Meu pai batia muito nela, eu me lembro. Batia, batia, batia e rasgava a roupa dela, e iam para a delegacia. A minha infância foi toda assim: eu cresci vendo a minha mãe apanhar, meus irmãos apanharem, eu cresci apanhando. Não tem aquelas cintas antigas? Eu apanhava e tinha que ficar na água e sal. Meu pai botava ovo quente na minha mão, ficava ajoelhada em carço de feijão, ficava de costas pra parede”.

O exemplo nos leva a refletir acerca da relação entre o surgimento da Hipertensão Arterial e a teoria de Wilhelm Reich acerca das Biopatias. Segundo Reich (1994) psique e soma é uma unidade funcional. Portanto, tanto a expressão somática como a psíquica está relacionada à história de vida do sujeito. Para ele, a Hipertensão Arterial, bem como o Câncer e outras doenças, são Biopatias, isto é, enfermidades resultantes do mau funcionamento do sistema vegetativo, gerado por uma repressão sexual crônica ou uma retração constante do sistema vital (CÂMARA, 2009).

Segundo Reich (1989, p. 314) “fisiologicamente, a couraça muscular cumpre a mesma função que a falta de contato, a superficialidade cumprem psicologicamente”. A couraça serve como proteção, mas também impede a conexão com as sensações corporais. O recorte do discurso abaixo é do mesmo sujeito citado anteriormente. Percebemos através do relato a repetição de situações de abuso vividas na sua infância, quando ela não tinha meios de se defender. Ilustra a função de contenção emocional da couraça – um dos primórdios do adoecimento:

E20- “Nesse tempo eu fiquei lá tomando conta da menina dela, e o filho dela ficou abusando sexualmente de mim. Eu gostava muito da neném, então eu deixava acontecer. Se eu contasse, eu teria que sair daquela casa. Então, toda vez que ele queria, ele me procurava. Depois ele começou a namorar, ele parou de me procurar. Graças a Deus, porque aquilo era uma coisa horrível pra mim”.

Defendendo uma concepção acerca do adoecimento semelhante à de Wilhelm Reich, Franz Alexander (1891- 1964) afirmava que os sujeitos com hipertensão arterial tenderiam a desenvolver uma personalidade Hipertensiva, nomeada como Personalidade A. Os sujeitos com esta personalidade apresentariam um núcleo de hostilidade reprimida e dependência, que gerariam a reação hipertensiva. Podemos refletir sobre correspondência entre a teoria de Franz Alexander e a ideia central “contenção emocional” e “contenção seguida de explosão emocional”. Analisando as histórias de vida destes sujeitos parece que todos apresentam uma grande dificuldade em expor seus sentimentos em função do medo. E o núcleo de hostilidade se mantém até o momento em que é possível expressar, de modo explosivo. Este núcleo de hostilidade se mostra neste momento. Entretanto, a hostilidade pode ser percebida nas falas de contenção usadas como exemplos anteriormente.

Sueli Hisada (2003) parece retomar a concepção de Franz Alexander, quando destaca que o hipertenso vive um conflito entre a contenção da hostilidade e a expressão de sua agressividade, gerando um alto gasto energético. Aparentemente, o hipertenso demonstra ser uma pessoa madura, com um grau de discernimento sobre as coisas, sabendo mediar seus sentimentos, em função de raramente expressar sua irritação com o entorno. No entanto, a expressão de sua agressividade pode ocorrer em explosões de ira, em função da contenção da raiva por um longo período de tempo. A ansiedade pode acompanhar a contenção dos impulsos hostis. A rigidez e a auto-exigência exacerbada geralmente são características do hipertenso, produzindo uma tensão crônica que atua também sobre as funções vasomotoras. A autora destaca que a contenção crônica da raiva pode gerar a cronificação da hipertensão arterial, em função da luta constante entre a contenção de impulsos hostis e agressivos e a sua expressão.

Seguidor de Reich, Alexander Lowen (1990) aponta o quanto as doenças cardíacas podem ser o resultado do ‘encouraçamento’, principalmente da região torácica, impedindo o contato com as emoções e o livre pulsar dos sentimentos. Lowen afirmou que criamos uma couraça protetora, tornando rígidos os músculos que envolvem o coração, na parede torácica, para nos defendermos da dor da perda do amor. Este enrijecimento restringe a respiração, o movimento corporal e, anestesia a percepção de sensações corporais e sentimentos. Esta contenção e inibição das emoções, mantida a partir das couraças e do caráter rígido correspondente, coopera com a manutenção do estresse do corpo, bem como do coração, predispondo a doenças cardíacas.

Lowen apontou que o estresse contínuo e o estilo de vida do sujeito (sua forma de ser e estar no mundo) estariam diretamente associados ao potencial de saúde ou adoecimento do sujeito. Quanto maior a rigidez corporal, mais rígido o caráter e menos flexível diante das adversidades da vida, aumentando o potencial de estresse diante das dificuldades. Interessante notar que o ‘processo de encorajamento’ está diretamente associado à história de vida do sujeito e pode ser modificado a partir do trabalho psicoterápico.

Diferente do exposto até então, Pierre Marty (1983), fundador da Escola Francesa de Psicossomática, afirmava que um bom funcionamento psíquico, a saber, rico em fantasias, sonhos, retorno do recalcado, seria o caminho de proteção contra as doenças somáticas. Esta concepção contestada por Christophe Dejours, a partir de sua vivência clínica.

Dejours (1997) desenvolveu alguns pontos importantes distintos de Pierre Marty, que destacamos a seguir: a negação da previsibilidade do adoecer somático que significa que somente a estrutura psíquica não garante a saúde psíquica; há o fator surpresa na clínica e na vida. O segundo, que ele denominou de “primado da inter-subjetividade sobre a intrasubjetividade”, quer dizer que a crise somática ocorre no âmbito da relação com o outro, quando esta ocasiona um impasse psíquico que se deve a mim mesmo, mas também à relação estabelecida com o outro. E o terceiro elemento aponta para um significado do sintoma somático, relacionado com a dinâmica intersubjetiva e direcionado ao outro da relação.

Refletindo sobre as descobertas de Dejours e as ideias centrais “contenção emocional” e “contenção seguida de explosão emocional”, podemos pensar o adoecer como um modo de dizer ao outro ou a si próprio aquilo que é contido sob jugo do medo. O corpo torna-se um veículo de dizer aquilo que não é falado diretamente, mas dito através do sintoma somático. Abaixo algumas falas que ilustram:

E1- “Muitos sentimentos ruins a gente passa na vida... mas eu não sabia que teria tão rápido ficar com pressão alta...aconteceu uma coisa nessa época (silêncio e emoção). O meu esposo morreu. Parecia que eu tinha perdido tudo...”

E3- “Tudo foi o sistema financeiro. Eu tinha uma empresa, aí mudou o governo... foi a época do Collor...ele pegou a caderneta de todo mundo, aí o pessoal não tinha de onde tirar dinheiro para me pagar e eu não tinha como pagar os outros...você tinha a vida toda regular, aí desregula a sua vida...aí eu fiquei hipertenso”.

A vivência psíquica do “ser retirado do próprio eixo”, seja a partir de uma perda de um ente querido ou da base de seu sustento financeiro, tornando-se impotente diante da resolução dos problemas de sua vida, pode, somado a outros tantos, funcionar como desencadeador da hipertensão arterial? O quanto uma multiplicidade de fatores somados, poderão configurar o adoecimento?

Segundo Ballone (2007), as emoções desencadeiam acontecimentos físicos e biológicos. Isto ocorre porque elas afetam o funcionamento do eixo hipotálamo-hipofisário, que atua na manutenção da homeostase. O organismo visa manter sua sobrevivência através da busca da homeostase, isto é, de seu equilíbrio. A manutenção da homeostase ou sua ruptura pode ocorrer em função do modo como o sujeito recebe os estímulos do mundo que o cerca e como lida com as emoções que são desencadeadas por sua vivência. Isto porque os sujeitos atribuem valores a cada experiência vivida a partir de suas influências culturais e pessoais.

O organismo busca manter sua homeostasia a partir do funcionamento da região cerebral do hipotálamo e da porção parassimpática do Sistema Nervoso Autônomo. Diante de emoções positivas, tais como a alegria e o prazer, o hipotálamo e a porção Parassimpática são ativadas, auxiliando na adaptação do organismo e na manutenção da homeostase. Por outro lado, quando o sujeito é exposto a um estímulo gerador de tensão física ou psíquica, o organismo reage a partir da hipófise e da porção simpática do Sistema Nervoso Autônomo, também buscando a homeostase. No entanto, quando o sujeito é exposto continuamente a estímulos de tensão com os quais não lida de uma forma adaptativa, tende a romper a homeostasia corporal, gerando sintomas. Portanto, os transtornos psicossomáticos consistem em reflexos do rompimento da homeostasia corporal, desencadeando o surgimento de sintomas.

Seguindo a teoria de Ballone, podemos pensar o modo como os sujeitos se relacionam com as perdas, como um possível meio favorecedor do rompimento da homeostase. Refletimos sobre o quanto a doença seria um pedido de auxílio para retornar à homeostasia corporal, sendo a partir da busca de uma nova significação daquilo que foi vivido (elaboração psíquica) ou de uma nova organização somática (equilíbrio somático). Esta observação é uma constante em nossa clínica de psicologia, onde temos dois eixos de intervenção: a palavra e o próprio corpo.

Ainda sobre os aspectos psicossomáticos, Castro *et al* (2004) destacam a importância do modo como o sujeito se relaciona com as diversas situações estressantes do cotidiano. Afirmam que as variações na forma de lidar com o estresse estão associadas ao modo como o sujeito

aprendeu a trabalhá-lo, bem como o equilíbrio entre a pressão da situação e a habilidade para lidar com ela. Estes fatores se refletem nas manifestações de estresse, que podem ser físicas, psicológicas ou psicofisiológicas. Segundo os autores, as emoções, quando bloqueadas podem favorecer a crise hipertensiva em pacientes com predisposição genética, em função da ação sobre o sistema nervoso autônomo. Portanto, os casos de contenção e contenção com explosão seriam mais propensos a crises hipertensivas.

Seguem os Discursos do Sujeito Coletivo referentes às idéias centrais “contenção emocional” e “contenção seguida de explosão emocional”.

QUADRO 14

Ideia Central – “Contenção emocional”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo
<p>“Tinha que ter jogo de cintura. Por isso a gente fica calmo, nunca bate em ninguém. Embora tem vezes que aquilo vai te corroendo por dentro. Às vezes você leva uma patada, leva um coice e quer dar outro. No meu caso, eu não consigo dar nem um....Mas, tudo bem, eu não sinto, não. Eu não faço nada com ele, depois ele vai acertar com Deus e sofrer as conseqüências. Não lutei, não briguei, mas não tem problema, não. Eu continuo trabalhando numa boa. Às vezes alguém puxa esse assunto desagradável e eu fico numa situação meio difícil, sem poder falar nada”.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

QUADRO 15

Ideia Central – “Contenção com explosão emocional”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo
<p>“O primeiro marido me batia muito. Eu, com vergonha, sofria sem falar nada para ninguém. Aquilo me revoltava muito... até que um dia, eu dei-lhe uma mordida aqui (na área do coração), e acabou. Dei uma mordida nele, que o amor acabou aí. Como água no fogo, acabou. Eu também apanhei muito da minha irmã. Eu sei que eu tava com muita raiva de sofrer na mão dela tantos anos. Eu sei que eu rasguei todo o vestido dela. Eu tava com tanta raiva, que as pessoas viram, acho que ficaram com medo, e ninguém falou nada”.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

QUADRO 16

Aspectos psicossomáticos, Niterói, 2012

Entrevistado	Aspectos Psicossomáticos
E3; E4; E5; E17	A ideia central “ expressão emocional ” valoriza a capacidade de dizer aquilo que sente e o que pensa, como meio de se defender de abusos e como forma de proteção contra o mal-estar ou adoecimento.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E3- “Como eu reajo... eu saio para a rua para espairecer. Eu também fico revoltado, às vezes choro”.

E4- “É melhor desabafar, faz bem. Tem gente que chora. Eu choro pouco, mas também faz muito bem. Mas, eu falo, desabafo e aí fica tudo bem”.

E5- “Antigamente eu tinha medo de falar o que eu sentia. Hoje em dia, eu falo. Tem que falar, senão dá um troço!”

E17- “Um dia que um patrão cismar de me dar uma cantada, eu vou esperar ele dormir e vou jogar uma chaleira de água fervendo no ouvido dele. Ele olhou para mim e falou: você tem

coragem? Eu disse: não só água, com vou também ferver o azeite e colocar também. Ele nunca mais se engraçou pro meu lado”.

Em relação a ideia central “expressão emocional”, Dejours aponta para a importância do que ele denomina de “agir expressivo”, ou seja, a capacidade de expressar para o outro o que vivencia em seu mundo intrapsíquico (sentimentos os mais diversos, dentre eles, o mais difícil de expressar, a raiva). Destaca o “agir expressivo” como uma função dialógica essencial na preservação da identidade e da saúde mental.

Ilustramos a importância do “agir expressivo” como meio de preservação da saúde, a partir do Discurso do Sujeito Coletivo.

QUADRO 17

Ideia Central – “Expressão emocional”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo
<p>“Como eu reajo? Eu saio para a rua para espairer. Eu também fico revoltado, às vezes choro. Também desabafo. Aí fica tudo bem. Antigamente eu tinha medo de falar o que eu sentia. Hoje em dia, eu falo. Tem que falar, senão dá um troço!</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012.

4.3 Para refletir sobre o autocuidado

Segundo Petronilho (2012) o autocuidado consiste no meio de os sujeitos resgatarem sua autonomia voltada para as decisões sobre sua saúde, doença e transformações que aconteceram ao longo de suas vidas. Segundo o autor, o incremento do autocuidado pelos sujeitos se deve ao aumento da incidência de doenças crônicas, bem como a diminuição do tempo de internação e a consequente demanda de atendimentos domiciliares.

QUADRO 18
Autocuidado, Niterói, 2012

Entrevistado	Autocuidado
<p>E2; E3;</p> <p>E4; E9;</p> <p>E10; E13;</p> <p>E17</p>	<p>A ideia central de “estratégias de autocuidado” expressa formas pelas quais os sujeitos promovem o autocuidado.</p> <p>Uma das formas de autocuidado relacionada foi a modificação nos hábitos alimentares, a partir da busca por uma nova educação alimentar, observando as diretrizes médicas. Outra citada foi o uso dos medicamentos de forma adequada, seguindo a prescrição médica, mesmo com esforço em função do gasto financeiro. E aliado a este tratamento, surge também o uso de estratégias não-medicamentosas. A busca por exames médicos, bem como por informação a respeito da Hipertensão, também são formas utilizadas para a manutenção do tratamento adequado. Além disso, o desenvolvimento de novas formas de lidar com o stress cotidiano.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E2-“Aí foi cortada a questão do sal...porque eu comia comida normal, nem era nada muito assim, não... Aprendi sobre alimentação, comecei a me cuidar mais... Aprendi a como não ficar nervoso...”

E3- “Eu vou lá no posto médico para ver se esta fazendo efeito...porque às vezes o remédio já saturou e não esta mais fazendo efeito”.

E4- “Eu tenho que fazer agora uma Cintilografia do Miocárdio e amanhã vou na palestra sobre Hipertensão... vou também levar os meus papéis e ver se eles falam alguma coisa”.

E9 – “...bem cedinho eu tomo meus remédios, não fico sem eles. Por mais que saia caro...”

E9 – “Mudou muito depois que eu descobri que tenho pressão alta. Sal: diminuí muito. A salada, por exemplo, eu não coloco nada. Gordura, o menos possível. Eu não gosto de comer na rua, me reeduquei, me alimento bem...

E10- “Mas eu sou muito rigorosa na alimentação, sou mesmo. Não como sal, nem gordura”.

E13- “Vivo fazendo dieta. É horrível. Mudei minha dieta de novo agora, mas tô levando a sério”.

E17 –“De lá para cá eu tomo remédio, não fico sem eles...e meu chazinho”.

É importante notar que dentre os vinte sujeitos entrevistados, apenas sete se referem às estratégias de auto-cuidado. Isto nos faz questionar a importância que o auto-cuidado ocupa em suas vidas. Será algo crucial na vida destes sujeitos?

Segundo Waldow (2004), o cuidado é uma forma de estar no mundo e a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado previamente. Em artigo anterior (WALDOW, 2001), aponta o cuidado como forma de se relacionar e como forma de ser. Heidegger (1969, apud WALDOW, 2004) destaca o cuidado como uma característica que nos faz humanos, mantendo a existência a partir do cuidado de si e dos outros. O autor explicita o “cuidado autêntico”, isto é, aquele que ajuda o outro a cuidar de si, evitando a dependência e a relação de poder entre o cuidador e o cuidado. Da mesma forma, Mayeroff (1971, apud WALDOW, 2004), entende o cuidar como meio de ajudar o outro a crescer e se realizar, sendo a antítese do uso do outro para a satisfação das próprias necessidades.

Bernard Honoré (2004, p.25) pontua que o verbo pronominal “cuidar-se” refere-se aos cuidados que o sujeito presta a si próprio quando objetiva curar-se de uma doença, assim como os cuidados com seu bem-estar, aparência e energia. Está implícita a ideia da auto-preservação, da auto-estima, do colaborar para que o melhor aconteça para si próprio. Outros sujeitos cuidam-se recebendo o cuidado profissional de outrem.

Visto de outra forma, Honoré cita Alain Ehrenberg em seu livro *La Fatigue d'être soi*. Ehrenberg aponta para os excessos de cuidado vivenciados em nossa sociedade como uma máscara para esconder a baixa estima e como uma luta contra a depressão. Portanto, o excesso de cuidado pode ser uma defesa contra a depressão subjacente.

Para pensarmos a falta de auto-cuidado dos sujeitos hipertensos necessitaremos compreender como foi estruturada a importância do auto-cuidado em suas vidas. Como nos diz Waldow (2004), a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado previamente. Portanto, não temos como compreender o que favorece ou dificulta o auto-cuidado

se não conhecermos um pouco da história de vida de cada sujeito hipertenso. O modo como direcionaremos os seus atendimentos, no sentido de favorecer o auto-cuidado, dependerá também deste conhecimento.

A importância da escuta acerca do modo como cada sujeito promove o auto-cuidado é essencial. O respeito à individualidade, ao modo como organiza o auto-cuidado é essencial como reforço de sua capacidade de cuidado, bem como meio para compreender sua subjetividade. A construção do vínculo com o sujeito é essencial para a ampliação de suas estratégias de auto-cuidado.

A seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo da ideia central “estratégias de auto-cuidado”:

QUADRO 19

Ideia Central – “Estratégias de auto-cuidado”, DSC, n=20, Niteroi, 2012

Discurso do Sujeito Coletivo
<p>“Aprendi sobre alimentação, comecei a me cuidar mais. Agora eu como comida sem sal e sem gordura; faço dieta; me alimento bem. Aprendi a como não ficar nervoso. Tomo meus remédios direito. Não fico sem eles, por mais que saia caro. Além disso, eu sempre vou lá no posto médico para ver se o remédio está fazendo efeito, porque às vezes ele já saturou e tem que mudar. Também fico atento aos exames que o Cardiologista me manda fazer. Procuo me informar, vou a palestras e sempre pergunto quando tenho dúvidas. Ah! E não fico sem o meu chazinho. Ele é ótimo!”</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012.

QUADRO 20
Autocuidado, Niterói, 2012

Entrevistado	Autocuidado
E3; E11; E12; E13; E16; E18	<p style="text-align: center;">A ideia central de “motivadores para o autocuidado” expressa os diversos estímulos internos e externos que estimulam o autocuidado. Para alguns sujeitos, o autocuidado é conseqüência do medo; alguns destacam que o choque vivido com a doença estimulou a busca por mais qualidade de vida, baseada no autocuidado. Para outros a motivação surge a partir da boa relação médico-paciente ou do cuidado familiar.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E3-“Tenho que observar para não chegar num estágio e ter um AVC”.

E11- “Aí eu só fui ver quando as coisas estavam ruins. Eu tinha que ver antes, para começa a me tratar...perceber o que eu tinha que fazer, o que eu não podia fazer... depois que eu caí nessa, é que eu comecei a me tratar”.

E12-“ Se ele for bom médico, você sai dali e tudo que ele pedir pra você fazer, eu to fazendo! Porque eu sinto que ele quer o meu bem, então eu faço até mais do que ele tá me pedindo!”

E13- “A minha família toda ajuda. Como eu sou a mais nova, fica todo mundo de olho se eu to seguindo a dieta, se to me cuidando. Meu marido já marcou Cardiologista pra mim”.

E16- “A hipertensão significa que eu tenho que me cuidar mais, que eu tenho que prestar atenção ao que eu estou fazendo de errado”.

E18- “Eu tomava remédio ‘à la Bangu’. Só depois que eu tive um princípio de infarto, até pensei que não fosse chegar ao Pronto-socorro em tempo, é que eu comecei a tomar os remédios direito”.

Costa *et al* (2008) apontam que há o aumento na dificuldade de adesão e desinteresse pelo tratamento quando não há o envolvimento da família no cuidado diário com o doente e o relacionamento entre seus membros é conflituoso. No entanto, quando a família assume seu papel

de cuidador, percebe-se resposta satisfatória no controle da doença. Nossos achados corroboram com Costa, conforme explicitamos na fala abaixo:

E13 - “A família sempre ajuda. Como eu sou a mais nova, todo mundo fica preocupado. Ficam de olho. E isso me ajuda a me cuidar melhor”.

Fernandes *et al* (2011) destacam a importância da relação paciente-equipe de atendimento. Ressalta que “o cuidado é mediado pelo contato, pelo afeto, pelo reconhecimento do outro como ser único, que necessita ser respeitado no seu meio social, pois diverge no seu conhecimento de práticas à saúde e nos modos de ver e viver a vida”. Entre nossos achados há uma fala que corrobora os autores supra-citados:

E12 – “Tem alguns médicos que botam o paciente pra baixo, faz a gente se fechar, não querer mais nada. Mas, se o médico for bom, você sai dali e vai fazer tudo que ele pediu e ainda mais. Porque você sabe que ele quer o seu bem. O negócio dele é subir todo mundo”.

Os achados demonstram a importância da boa relação profissional de saúde – paciente na adesão ao tratamento. Da mesma forma, uma relação construída de forma negativa, poderá dificultar a adesão ao tratamento. Na construção de um bom vínculo com o paciente é essencial o conhecimento de sua história de vida, os pontos favoráveis e desfavoráveis no sentido da adesão. O conhecimento de sua história de vida favorece ainda o reconhecimento por parte do sujeito hipertenso de sua importância para aquele profissional de saúde. Ao reconhecer isto, tornar-se-á mais fácil a sua entrega ao profissional de saúde, no sentido de permitir ser cuidado e também aprender estratégias de auto-cuidado.

Segue o Discurso do Sujeito Coletivo da ideia central “motivadores do auto-cuidado”.

QUADRO 21**Ideia Central – “motivadores do auto-cuidado”, DSC, n=20, Niteroi, 2012****Discurso do Sujeito Coletivo**

“Só depois que eu caí nessa, é que eu comecei a me tratar. Eu tomava remédio ‘à la Bangu’. Só depois que eu tive um princípio de infarto, até pensei que não fosse chegar ao Pronto-socorro em tempo, é que eu comecei a tomar os remédios direito. Hoje eu sei que eu tenho que observar para não chegar num estágio e ter um AVC. Isso porque a hipertensão significa que eu tenho que me cuidar mais, que eu tenho que prestar atenção ao que eu estou fazendo de errado. Mas, eu tenho uma sorte que nem todo mundo tem: A minha família toda ajuda. Fica todo mundo de olho se eu tô seguindo a dieta, se tô me cuidando. E tenho também um bom médico. A relação com ele me ajuda muito, porque eu sei que ele se importa comigo. Eu sinto que ele quer o meu bem. Então, tudo que ele pede, eu faço, porque confio.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012.

QUADRO 22
Autocuidado, Niterói, 2012

Entrevistado	Autocuidado
E5; E10; E20	<p style="text-align: center;">A ideia central de “entraves para o autocuidado” expressa os diversos fatores envolvidos na falta de manutenção do tratamento.</p> <p>Alguns sujeitos colocam que o choque com o surgimento da hipertensão gerou inicialmente o autocuidado. Entretanto, com o tempo, este não se manteve. O fato de a hipertensão ser uma doença crônica com a qual se convive parece dificultar o autocuidado. Ao mesmo tempo, o aparecimento de sintomas esporádicos surge como um ponto gerador de conflito entre promover ou não o autocuidado.</p> <p>A condição sócio-econômica é relacionada como entrave à manutenção periódica das consultas médicas, dificultando o autocuidado. Outros sujeitos relatam a dificuldade na organização pessoal para estabelecer horários e dosagens das medicações.</p>

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012

E5- “No inicio, quando eu descobri, eu tomava remédio, mas depois não tomava mais. Tomei no inicio naquela coisa de medo de morrer igual a minha mãe, meu irmão...Aí, depois não tomava mais. Aí um dia eu fui parar no hospital, aí voltei a tomar o remédio, depois fiquei 2 anos sem tomar nada. Depois passei a tomar dia sim, dia não, me sentia mal e ia pro hospital. Hoje em dia, eu tomo direto”.

E10- “Esses remédios que o médico mandou eu tomar, se eu tomar, eu passo mal. Eu tenho queda de pressão. Se eu voltar nele, é mais sessenta reais de consulta que eu vou pagar. Aí então eu vou deixar, porque de três em três meses eu vou ao Cardiologista. Então, eu procuro diminuir a dose do remédio, entendeu...”

E20 – “Eu tomo vários remédios, mas eu nunca sei quando tomo um ou outro. Tem outros que eu preciso tomar e o dinheiro não dá para comprar”.

Ballone (2003;2007) aponta como aspectos que são entraves ao cuidado e à aderência ao tratamento da hipertensão arterial: evolução assintomática da doença; necessidade de tratamento continuado; custo e efeitos colaterais dos remédios; necessidade de fazer dieta; desinformação em relação à doença; dificuldade em obter cuidados médicos; relação médico-paciente insatisfatória; situações psicossociais estressantes; falta de suportes sociais; desmotivação e baixa auto-estima; núcleos conflitivos não resolvidos; utilização da doença como "benefício emocional secundário".

Duarte *et al* (2010) apontam a baixa adesão e abandono do tratamento da Hipertensão arterial como um dos principais obstáculos às estratégias individuais de controle. Coloca o predomínio de razões associadas ao próprio serviço de saúde (sua estrutura, organização, relação médico-paciente) como geradoras do abandono ao tratamento. Somam-se razões de natureza psicossocial, tais como: a ausência de sintomas, a melhora e/ou normalização da pressão arterial e o consumo de álcool.

Nossos achados corroboram com as afirmativas destes autores. Abaixo segue o discurso do Sujeito Coletivo:

QUADRO 23

Ideia Central – “entraves para o auto-cuidado”, DSC, n=20, Niteroi, 2012.

Discurso do Sujeito Coletivo

“No início, quando eu descobri, eu tomava remédio, mas depois não tomava mais. Tomei no início naquela coisa de medo de morrer igual a minha mãe, meu irmão...Aí, depois não tomava mais. Eu às vezes ainda passo mal. Eu tenho queda de pressão. Mas, para voltar no médico, é mais sessenta reais de consulta. Então eu acabo indo no Cardiologista de três em três meses. Eu procuro diminuir a dose do remédio pra não passar mal. E eu ainda tenho que ver porque eu tomo vários remédios. Eu me perco nisso tudo: eu nunca sei quando tomo um ou outro. Tem outros que eu preciso tomar e o dinheiro não dá para comprar”.

Fonte: Entrevistas de História de Vida. Santos, A.M., 2012.

Segundo Bernard Honoré (2004, p.65):

O cuidado fala da capacidade, da faculdade de responder à necessidade de manutenção de uma vida que pode, a todo momento, alterar-se e desaparecer. A necessidade apela ao cuidado, como fonte exterior, fora de si, envolvido numa espiral onde a vida humana não se mantém apenas, mas se afirma no mundo. O cuidado mantém sempre o ser que nós somos na tensão entre os recursos e as suas faltas, entre o fora e o dentro. O cuidado é o fundamento da existência na medida que a mantém e a revela”.

Passaremos a nossas considerações finais, no próximo capítulo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre a História de Vida dos sujeitos com hipertensão arterial trouxe conteúdos que nos permitem relacionar a questão da doença com determinados fatos e contextos de vida dos sujeitos entrevistados, que emergiram nas ideias centrais “infância pobre e boa”; “infância com perdas”; “infância pobre e com abusos”; “vida sacrificada”; “vida tranquila”.

Constatamos, durante as análises das histórias de vida, a relação entre infância percebida como “pobre e boa”; “com perdas” e “pobre e com abusos”, e a construção de uma vida adulta “sacrificada” e “tranquila”. Isto demonstra como a percepção sobre a vida na infância, suas marcas, colaboraram para a construção de uma vida adulta com repetições dos significados vividos na infância.

A compreensão da história de vida do sujeito é essencial, pois o modo como são construídos os vínculos familiares e as demais relações, na medida em que à criança é permitida a vida em sociedade, são bases para o desenvolvimento do psiquismo. As marcas de nossas experiências mais primitivas, bem como a socialização familiar, fazem parte de nossa estruturação. Em função disto, é essencial desenvolver uma escuta atenta para o modo como o sujeito percebe, interpreta sua história e não voltada unicamente para os fatos concretos. Isto porque uma experiência aparentemente igual não é vivida do mesmo modo por dois sujeitos diferentes.

A análise da história de vida voltada para o contexto da Psicossomática nos permite entender e discutir elementos subjetivos relativos a questões do íntimo dos sujeitos, referidas a um contexto espacial e temporal de suas vidas. Esta compreensão da história de vida demarca uma posição na psicossomática, remetendo ainda a uma atitude transdisciplinar e interdisciplinar, abarcando a psicodinâmica do sujeito, as sensações corporais, as relações humanas familiares, profissionais e a busca de ajuda nas instituições.

A escuta e análise da história de vida do sujeito é um meio de ampliar horizontes sobre como a contenção e/ou expressão emocional no cotidiano estabelece relações com o adoecimento. A partir das histórias de vida dos sujeitos entrevistados, observamos na maioria uma grande dificuldade em expor seus sentimentos em função do medo, mantendo o núcleo de hostilidade reprimido até o momento em que é possível expressar; muitas vezes de modo explosivo. E a falta de expressão se configura como um entrave percebido pelos sujeitos, algo

que “se não expressar, adocece”. Poucos foram os sujeitos que apresentaram mais facilidade de expressão emocional.

É importante destacar que nossa análise não é uni-causal, no sentido de colocar a contenção emocional como causa única do adoecimento. Nossa reflexão é no sentido de pensar fatores que colaboram no adoecimento e quais os possíveis sentidos do mesmo. Lembremos que as teorias da Psicossomática atual nos remetem a uma multi-causalidade, isto é, são inúmeros os fatores que colaboram no processo de qualquer adoecimento.

As emoções, sentimentos e percepções estão implicados na forma de ser de cada sujeito, como ele lida com os problemas da vida, como supera ou se paralisa diante das situações traumáticas. Assim, a história de vida, por ser singular, demonstra uma forma particular de sobrevivência e vivência diante dos enfrentamentos da vida. Todavia, ao olharmos para o Discurso do Sujeito Coletivo percebemos pontos comuns que expressam um contexto social ou mesmo de uma produção de subjetividade relacionado ao contexto do trabalho, familiar e relacionado à forma de vida de uma determinada época.

A Hipertensão Arterial não se constitui a totalidade do sujeito, mas uma forma de adaptação diante do modo de lidar com o cotidiano da vida. Na atualidade, existem recursos médicos, cuidados de enfermagem, abordagens psicológicas que auxiliam o sujeito a conviver com a doença. Por outro lado, o adoecimento denota um sentido paradoxal. Isto porque a partir do surgimento do cuidado do sujeito com sua vida, olhando para si, seu corpo e sua maneira de viver, descobre outros recursos, de modo que em um sentido a saúde emerge como potência, e a patologia como uma forma de adaptação. Deste modo, não se vê a doença totalmente eliminada, mas algo com que se convive a partir dos recursos existentes na atualidade.

A possibilidade de falar dos seus sintomas, do corpo, do que sente implica em um meio de dizer sobre si mesmo que envolve a dimensão inconsciente do sujeito. O que ele diz, mesmo em termos de doença e de seus respectivos tratamentos, demanda um olhar e escuta sensível que é preciso perceber o que se objetiva nos discursos, bem como o que deixa “entre linhas” nas suas falas e expressões. Estes podem conter uma dica de ajuda, um apelo, a partir da forma como percebe as coisas e como se relaciona com as possibilidades e limites da vida.

Constatamos o quanto a compreensão da história de vida do sujeito é essencial para perceber a forma como se estruturou o auto-cuidado. Interessante notar que o auto-cuidado é algo difícil para aqueles que não se sentiram cuidados. Tal repetição é expressa por Waldow

(2004) quando se refere à capacidade de cuidar do sujeito e o quanto ela está relacionada ao quanto e como este ser foi cuidado previamente. Portanto, não temos como compreender o que favorece ou dificulta o auto-cuidado, se não conhecermos um pouco da história de vida de cada sujeito hipertenso. O modo como direcionaremos os seus atendimentos, no sentido de favorecer o auto-cuidado, dependerá também deste conhecimento.

A compreensão de como cada sujeito se motiva para a manutenção do auto-cuidado é essencial para os profissionais de saúde: cada sujeito que fala de sua história, traz em seu discurso uma vivência diversa, com significados peculiares. A integração do psicólogo nas equipes de saúde é um caminho possível para a ampliação da compreensão dos significados implícitos no discurso de cada sujeito, permitindo o desenvolvimento de estratégias no sentido de aumentar a adesão no tratamento da hipertensão arterial. Além disso, o trabalho de equipe, envolvendo os diversos profissionais da área de saúde, baseado em uma visão integradora e respeitosa entre os diversos componentes, possibilita a ampliação da visão acerca dos pacientes e melhor compreensão de suas especificidades enquanto sujeito produtor de transformações.

Além do uso da medicação, é essencial uma atenção psicológica. O trabalho com grupos de hipertensos é uma via possível de favorecimento do enfoque sobre a potência transformadora de cada sujeito, tendo o grupo como motivador. A conscientização acerca das possíveis consequências da falta de adesão ao tratamento é essencial, entretanto, não se mostra suficiente. Outros fatores foram relacionados pelos sujeitos entrevistados, como importantes na adesão ao tratamento. São eles: boa relação entre paciente e profissionais de saúde; percepção de que a equipe de saúde se interessa por sua melhoria e cuidado; integração com a família do hipertenso no sentido de conscientizá-los sobre a necessidade do cuidado do sujeito; integração entre o discurso dos profissionais de saúde.

Resgatar a história de vida constitui a busca de referências para o sujeito, uma forma de falar de si, de elaborar a vida e conceder um sentido a mesma. O contexto de vida atual tende a negar a história da pessoa, valorizando uma estética ego-narcísica que paralisa o sujeito no tempo, e nega a construção histórica da subjetividade, gerando mal-estar. É mister esse resgate na clínica, no sentido da clínica ampliada que abarca o sujeito, sua história e seu contexto território, família e trabalho, entrelaçados com sua individualidade.

Este estudo permite uma compreensão sobre a perspectiva longitudinal do sujeito e entender que os conteúdos de sua história estão no presente e podem ser elaborados na clínica.

Então, contribui para uma forma de abordagem, compreensão e intervenção no cuidado clínico, que repercute no campo da Psicologia, da Enfermagem e da Saúde, de modo que o diálogo entre as disciplinas segundo as perspectivas inter e transdisciplinar, em termos teóricos e práticos, se torna possível.

Embora o estudo se restrinja ao campo das Ciências do Cuidado em Saúde, constata-se que ele tem uma dimensão para o campo da história, de compreensão do sujeito, seu contexto e subjetividade. Quanto a minha vivência enquanto pesquisadora lidando com a abordagem da História de vida, posso sintetizar que a abertura para a escuta do sujeito é fundamental para a obtenção de dados fidedignos que poderão auxiliar no contexto da educação dos profissionais de saúde, bem como no desenvolvimento da compreensão e valorização da subjetividade, que são essenciais na construção de uma relação profissional de saúde-paciente e escolha das melhores estratégias clínicas com cada sujeito. É essencial compreender que a História de Vida distingue-se de uma anamnese ou história de saúde do sujeito, posto que abarca o sujeito em sua totalidade, possibilitando ao mesmo dizer de si e ao profissional escutar além das palavras expressas.

Finalizo destacando a importância da realização de outros estudos sobre a psicossomática dos sujeitos com hipertensão arterial. Este trabalho foi realizado no ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Antonio Pedro e, portanto, retratou a realidade destes pacientes. A ampliação da discussão sobre o tema faz-se necessária em função da produção exígua sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTINI, Paulo. **Reich**: história das ideias e formulações para a Educação. São Paulo: Ágora, 1993.
- BALLONE, G.J. **Psicossomática e Hipertensão Arterial**. PsiquWeb, 2003. Disponível em:<<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/cardiologia5.html>>. Acesso em 15 out 2011.
- BALLONE, Geraldo José; ORTOLANI, Ida Vani; PEREIRA NETO, Eurico. **Da emoção à lesão**: um guia de Medicina Psicossomática. 2.ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2007.
- BASTOS, M. P. **Sistemas de Informação em Saúde**: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos: um estudo de caso do Sistema Remédio em Casa utilizado no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- BEZERRA, S. T. F. et al. Percepção de pessoas sobre a Hipertensão arterial e o conceitos de Imogene King. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mai. 2011.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BOYESEN, Gerda. **Entre Psiquê e soma**: introdução à Psicologia Biodinâmica. São Paulo: Summus, 1986.
- BORTOLOTTO, Luiz. **Viver bem com hipertensão**. São Paulo: Abril, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n.15. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.4, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

CADERNOS DE PSICOLOGIA BIODINÂMICA 3. Tradução de George Schlesinger et al. São Paulo: Summus, 1983.

CÂMARA, Marcus Vinicius. **Reich: grupos e sociedade.** São Paulo: Annablume, 2009.

CÂMARA, Marcus Vinicius. **Reich: o descaminho necessário.** Introdução à clínica e à política reichianas. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1998.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTRO, A. P.; SCATENA M. C. M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** v.12, n.6, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a03.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

CAVALCANTE, M. A. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. São Paulo: **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v.89, n.4, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001600006>. Acesso em: 01 mai. 2011.

CONSOLI, S. M. et al. Differences in emotion processing in patients with essential and secondary hypertension. New York: **American Journal of hypertension,** v.23, n.5, maio.2010. Resumo disponível em:<<http://www.nature.com/ajh/journal/v23/n5/full/ajh20109a.html>>. Acesso em: 18 out. 2011.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, L. T. Contribuição familiar no controle da Hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** v.6, n.5, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_12.pdf>. Acesso em: 16 out. 2011.

CYRULNIK, B. **De corpo e alma: a conquista do bem-estar.** São Paulo: Martins Fontes, 2009.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método.** São Paulo: Hemus, 1637.

DONINI FILHO, L. A.; DONINI, F. A.; RESTINI, C. B. A. Impacto de um modelo de tratamento não farmacológico para diabetes e hipertensão no município de Rincão: projeto saúde e vida. São Paulo: **Revista Brasileira de Clínica Médica** v.8, n.6, 2010. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=567262&indexSearch=ID#refine>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

DUARTE, M.T.C. et al. Reasons for medical follow-up dropout among patients with arterial hypertension: the patient's perspective. Rio de Janeiro: **Ciência & saúde coletiva** v.15, n.5, 2010. Tab. graf Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500034>>. Acesso em: 09 out. 2011.

ENGEL, B.T. An historical and critical review of the articles on blood pressure published in Psychosomatic Medicine between 1939 and 1997. New York: **Psychosomatic Medicine**, v.60, n.6, dez.1998. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/60/6/682.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 out. 2011.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D.C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.4, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mai. 2011

FERNANDES, M. T. O. ; SILVA, L. B.; SOARES, S. M.. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Ciência e saúde coletiva** v.16, n.1, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067>. Acesso em: 15 out. 2011.

FERREIRA FILHO, Celso. Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina** v.68, n.7, 2011. Disponível em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4797>. Acesso em: 15 out. 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FONSECA, F.C.A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.58, n.2. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2011.

FREUD, S. (1895). **Projeto para uma Psicologia Científica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v.1.

_____. (1914). **Sobre o Narcisismo**: uma introdução. Op. cit., vol. XIV.

_____. (1917). **Luto e Melancolia**. Op. cit., vol.XIV.

_____.(1926). **Inibições, sintoma e ansiedade**. Op. cit., vol.XX.

GANDARILLAS, M. A.; CÂMARA, S.G.; SCARPARO, H. Estressores Sociais da Hipertensão em Comunidades Carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24818.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2011.

GASPERIN, D. et al. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n.4, abr. 2009. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400002>. Acesso em: 15 out.2011.

- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- GRABE, H.J. et al. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v.68, n.2, p.139-147, fev.2010.
- GRODDECK, Georg. **O homem e seu Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- GRODDECK, Georg. **Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: 34, 1992.
- HISADA, Sueli. **Conversando sobre Psicossomática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- HONORÉ, Bernard. **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Portugal: Lusociência, 2004.
- IACONELLI, Vera. **Psicologia Biodinâmica: reflexão de uma prática organizando-se em teoria**. São Paulo, 1997, 96 p. Dissertação (Mestrado). IP-USP, São Paulo, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1445>. Acesso em 08/12/2012.
- JENNINGS, J.R. Autoregulation of Blood Pressure and Thought: Preliminary Results of an Application of Brain Imaging to Psychosomatic Medicine. **Psychosomatic Medicine**, v.65, 2003. Disponível : <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/3/384.long>>. Acesso:15 out. 2011.
- JOSSO, Marie-Christine. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as histórias de vida a serviço de projetos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 11-23, jul./dez. 1999.
- JULA, A.; SALMINEN, J. K. ; SAARIJARVI, S. Alexithymia: a facet of essencial hypertension. **Hypertension**, v.33, n.4, abr. 1999. Disponível em:<<http://hyper.ahajournals.org/content/33/4/1057.full>>. Acesso em: 18 out. 2011.
- KANEL, R. et al. Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. **BMC Psychiatry**, v.11, 2011. Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/98>>. Acesso em: 15 out. 2011.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. São Paulo: EDUCS, 2003.
- LEFEVRE,F; LEFEVRE, A. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livro, 2005.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2006.

LEVINE, Peter A. **O despertar do tigre: curando o trauma**. São Paulo, Summus, 1999.

LIGHT, K. C. Hypertension and the Reactivity Hypothesis: The Next Generation. **Psychosomatic Medicine**, v.63, 2001. Disponível em:<<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/5/744.full>>. Acesso em: 15 out. 2011.

LOVALLO, W. R.; GERIN, W. Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease. **Psychosomatic Medicine**, v.65, 2003. Disponível em:<<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/1/36.short>>. Acesso em: 15 out. 2011.

LOWEN, A. **Amor, sexo e seu coração**. São Paulo: Summus, 1990.

MAGNABOSCO, P.; NOGUEIRA, M. S. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.1, 2011. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a12.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011.

MARINO JR., Raul. **Fisiologia das Emoções: introdução à Neurologia do Comportamento, Anatomia e Funções do Sistema Límbico**. São Paulo: Sarvier, 1975.

MARTY, Pierre. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P.; M'Uzan, M. El pensamiento operatório. **Revista de Psicanálisis**. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica, v.40, n.4, p. 711-24, 1983.

MATURANA, Humberto R; VARELA, Francisco J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. 8.ed. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves; GEWANDSZNJADER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira. 2001.

MC' DOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MELLO FILHO, Julio. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele.** São Paulo: Summus, 1988.

MORIN, Edgar. **A religião dos saberes.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NICOLESCU, Basarab. **O Manifesto da Transdisciplinaridade.** Triom: São Paulo, 2005.

NUMATA, Y. et al. A Psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. **Japanese Circulation Journal, Kyoto,** v.62, n.6, jun.1999. Disponível em: <http://ci.nii.ac.jp/els/110002561023.pdf?id=ART0002832478&type=pdf&lang=en&host=cinii&order_no=&ppv_type=0&lang_sw=&no=1318951352&cp=>>. Acesso em: 18 out. 2011.

OLIVEIRA, BGRB. **Uso de Biomateriais no reparo tecidual de lesões tissulares.** Niterói: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal Fluminense, 2011. Relatório de Pesquisa.

OLIVEIRA, Beatriz et al. Ambulatório de Reparo de Feridas: perfil da clientela com feridas crônicas. Um estudo prospectivo. **Online Brazilian Journal of Nursery,** Maio-agosto 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16381&indexSearch=ID> >. Acesso em: 29 de setembro de 2012.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública,** v.37, n.5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 15 outubro de 2011.

PERESTRELLO, Danilo. **A Medicina da Pessoa.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1982.

PETRONILHO, Fernando. **Autocuidado: conceito central da enfermagem.** Portugal: Formasau, 2012.

PIERIN, A. M. G. Enfermagem e a pesquisa em hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enferm.** v.23, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000500001&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 out. 2011.

PIERIN, A. M. G. et al. Variáveis Biopsicossociais e Atitudes frente ao Tratamento Influenciam a Hipertensão Complicada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** Rio de Janeiro, v.95, n.5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010001500014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 out 2011.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. Relatos Oraís: do indizível ao dizível. In: SIMSON, Olga de Moraes Von (org). **Experimentos com Histórias de Vida: Itália – Brasil.** São Paulo: Vértice, 1988. 195 p. cap.2, p. 14-43.

REGO, Ricardo Amaral. **Psicanálise e Biologia: uma discussão da Pulsão de morte em Freud e Reich.** São Paulo, 2005. 288f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

REY, F. L. G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: teoria e prática**, v.8, n.2, dez.2006. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=504231&indexSearch=ID#refine>>. Acesso em: 15 out. 2011.

REICH, Wilhelm. **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

REICH, Wilhelm. **A função do Orgasmo**. 18.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

REICH, Wilhelm. **O éter, Deus e o diabo**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REICH, Eva; ZORNÀNSZKY, Eszter. **Energia vital pela Bioenergética Suave**. São Paulo: Summus, 1998.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 mai. 2011.

RIBEIRO, Maria Raymunda. **Prevenção e saúde do Hipertenso**. São Paulo: Vetor, 2003.

SANTOS, Adriana Marques dos. **Depressão, luto e melancolia** – um olhar transdisciplinar na psicossomática entre Freud, Reich e Lowen. Niterói, 2009. 49 p. Monografia. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

SILVA, Carlos Magno Carvalho da. **Do Reduccionismo à complexidade: o exame físico de Enfermagem no cuidado com o corpo**. Niterói, 2010. 189 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo: Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v.89, n.3, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012> Acesso em: 17 fev. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo: Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v.95, n.1, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>Acesso em: 07 set. 2011.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.2, pg.119-26, 2003.

TEIXEIRA, E.R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na Enfermagem. **Revista Esc. Anna Nery**. v. 8, n.3, pg.361-369, dez 2004.

TEIXEIRA, Enéas Rangel (org). **Psicossomática no cuidado em saúde: atitude transdisciplinar**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; FIGUEIREDO, N.M.A. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**. Niterói: EdUFF, 2001.

TEIXEIRA, E. R.; LAMAS, A R.; SILVA, J. C.; MATOS, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, v.10, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/12ARTIGO08.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Geral de Planejamento. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Niterói – 2010. Disponível em: http://www.setrerj.org.br/pdfs/dados_niteroi.pdf.>. Acesso em: 29 de setembro de 2012.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. **Boletim Técnico do Senac**, v.21, n.2, 1995. Disponível em:<<http://www.senac.br/informativo/bts/212/2102003009.pdf>>Acesso em: 18 out. 2011.

VENTEGODT, S. et al. Clinical Holistic Medicine: Treatment of Physical Health Problems Without a Known Cause, Exemplified by Hypertension and Tinnitus. **The Scientific World Journal**, v.4, 2004. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15349511>>. Acesso em: 15 out. 2011.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**. 7.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho; ARANTES, Maria Auxiliadora de A.C. (Orgs.). **Psicossoma II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WALDOW, V.R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus o processo de cuidar. **R.Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, n.3, p.284-93, set/dez.2001.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WINNICOTT, D.W. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINTER, Regina Themis. O enigma da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZBORALSKI, K. et al. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases. **Kardiol Pol**, v.67, n.11.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Dados de identificação

Título do Projeto: História de vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial na perspectiva da Psicossomática

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UFF – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Telefones para contato: (21) 2629-9496 - (21) 7529-5204

Nome do voluntário: _____

Idade: ____ anos **R.G.** _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “História de vida dos sujeitos com Hipertensão Arterial na perspectiva da Psicossomática”, **de responsabilidade do pesquisador** Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira.

Este estudo tem por objetivo identificar aspectos emocionais associados a Hipertensão Arterial a partir da história de vida de pessoas com hipertensão arterial, e contribuir com o cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial.

Sua participação é voluntária e comprovada a partir da assinatura deste termo.

A partir do seu consentimento será realizada uma entrevista de história de vida, que necessitará ser gravada. O conteúdo desta gravação será mantido em sigilo e arquivado em poder do pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade dos sujeitos. Em caso de qualquer dúvida, o Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira, através do telefone (21) 2629-9496.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao Sr.(a) e a outra arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Nome

Assinatura do paciente

Nome

Assinatura do responsável por obter o consentimento

ANEXO 2**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Numeração na entrevista: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ Cor: _____

Religião: _____

ESTADO CIVIL:
 Solteiro Casado União Estável Viúvo Divorciado
HÁBITOS PESSOAIS:
 Tabagismo Etilismo Outras drogas

 Nenhuma das opções acima

Atividade física – Se sim, quais, quantas vezes por semana?

SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL:

Desde quando é Hipertenso? _____

Como descobriu? _____

Toma que medicação? _____

Histórico familiar de Hipertensão? _____

Outras doenças relacionadas: _____

Grau de instrução: _____

Telefone: _____