



UNICEUB – Centro Universitário de Brasília

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS

PSICOLOGIA

**ASPECTOS SUBJETIVOS DA HIPERTENSÃO:
UM ESTUDO DE CASO**

ANA CAROLINA D'AVILA MENDES TOMIO

Brasília (DF)

Novembro / 2006

ANA CAROLINA D'AVILA MENDES TOMIO

**ASPECTOS SUBJETIVOS DA HIPERTENSÃO:
UM ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, sob orientação do Professor Fernando Luiz González Rey, *Ph.D.*

Brasília (DF)
Novembro / 2006

Dedicatória

Dedico esta monografia à minha estimada avó Lia (*in memoriam*) e à minha querida mãe Cristina, pela valiosa colaboração na realização deste trabalho, pelo fundamental apoio que possibilitou todas as minhas conquistas e êxitos e, principalmente, pelo amor, carinho e atenção de todas as horas.

Dedico, ainda, à tão querida amiga entrevistada que, com sua importante participação, tornou viável minha pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que sempre me guiou, oferecendo luz nos momentos difíceis e muita força para superá-los. Obrigada pela proteção nas adversidades e pela alegria de viver, desejar crescer e aprender com a vida.

Aos meus queridos pais Dalvi Tomio e Maria Cristina, pelo amor, referência e incentivo para evoluir como pessoa, no contexto de nossa sociedade.

Obrigada pela paciência e apoio em tantos momentos de minha vida. Vocês foram e são minha inspiração para alcançar todos os meus sonhos! Acreditaram em mim e me deram todo o apoio para trilhar meu caminho, levantar de uma queda e poder seguir em frente, confiando em mim mesma.

Obrigada mãe, pela sua dedicação e pela importância dada a este trabalho, assim como tudo o que me diz respeito, vivendo comigo cada momento e me ajudando tanto.

Ao meu querido irmão Rafael, por seu carinho e atenção, pelos conselhos que sempre me ajudaram, que fizeram me sentir tão querida e capaz.

Ao meu também querido irmãozinho Luiz Felipe (que já não é tão pequeno), por tantos momentos divertidos e por sempre me lembrar da criança que há dentro de mim.

À estimada Dora, companheira de meu pai, tão importante em nossas vidas. Agradeço a dedicada atenção e carinho, os ensinamentos de vida e o mais importante, sua amizade.

Aos amigos de minha vida, que compartilharam tantos momentos importantes comigo, que me ajudaram a superar dificuldades e me trouxeram tantas alegrias.

Às companheiras da faculdade, amigas de hoje e sempre, obrigada pelo convívio e amizade nestes anos de curso. Tantas histórias, tantos momentos juntas que me ajudaram a ser quem sou.

Aos meus amigos do Banco do Brasil da Diretoria Gestão de Pessoas/DIPAR, tão maravilhosos, que tive a oportunidade de conhecer e conviver por dois anos, e que hoje não podem faltar em minha vida! Obrigada por todo o carinho, por acreditarem em mim e colaborarem tanto para a conclusão deste curso. Vocês também fazem parte desta conquista.

Ao meu orientador Professor Doutor Fernando Rey, pessoa tão querida, a qual admiro muito e que acreditou em meu potencial. Obrigada por seu incentivo e dedicação ao meu trabalho, por sua postura diante do saber que me influenciou tão positivamente, despertando em mim uma preocupação ainda maior com o ser humano e um anseio por saber mais.

A todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

A hipertensão e suas complicações, como cardiopatias, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e nefropatias, entre outras, atualmente representam o maior índice de mortalidade no mundo, superando doenças como câncer e Aids. A preocupação com essa realidade foi o que orientou a pesquisa qualitativa com um sujeito hipertenso. Compreender tanto as representações sociais envolvidas na doença como a subjetividade deste sujeito em seus diversos espaços sociais e no decorrer de sua vida foi de grande importância para conhecer a doença, que aparenta ser simples e incapaz de apresentar conseqüências mais sérias a longo prazo. A partir de três conversações e da aplicação do completamento de frases, foi possível entrar em contato com conteúdos que permitiram assimilar os aspectos psicológicos relacionados à hipertensão na vida deste sujeito, sua origem e manutenção. A qualidade da relação mantida entre pesquisador e pesquisado, viabilizou o acesso a informações imprescindíveis a uma completa análise e compreensão deste estudo de caso. Esta pesquisa contribui para entender melhor a realidade da hipertensão e do sujeito hipertenso.

Sumário

I. Introdução	8
II. Fundamentação teórica	10
2.1. Representações sociais	12
2.2. Subjetividade social	16
2.3. Subjetividade individual	18
2.4. Processo de saúde/doença	20
2.5. O estresse e a hipertensão	24
III. Metodologia utilizada	30
IV. Construção das informações	37
V. Considerações finais	55
VI. Referências bibliográficas	57
Anexo I - Primeira conversação com LM, realizada no segundo semestre de 2004.....	59
Anexo II - Entrevista realizada com LM em 27 de setembro de 2006.....	65
Anexo III - Conversa�o realizada em 09 de novembro de 2006, juntamente com o professor Fernando Rey.....	76
Anexo IV - Completamento de frases de LM	95

I. Introdução

A hipertensão é uma doença crônica e incurável, tem índices de mortalidade superiores a doenças como câncer e a Aids e constitui, na atualidade, a grande vilã da saúde humana. Seu aspecto silencioso e assintomático não evidencia muitas vezes o caráter sério e de conseqüências decerto devastadoras, a longo prazo, para seus portadores. A preocupação por esse aspecto da hipertensão gerou interesse muito grande pelo seu estudo e possibilitou entender a etiologia desta doença tão perigosa.

Com o intuito de estudar a hipertensão, este trabalho se converteu numa tentativa de compreender os complexos mecanismos subjetivos desenvolvidos pelo hipertenso ao longo de sua vida e que contribuíram para o surgimento e manutenção da doença. Para tanto, utilizou-se um estudo de caso com um sujeito hipertenso, sob uma perspectiva histórico-cultural que permitiu compreender a maneira como a hipertensão é tratada não só pelo sujeito em questão, mas também por toda a sociedade.

O primeiro capítulo aborda os modelos teóricos que possuem relação intensa com a hipertensão e que permitem compreendê-la de forma mais ampla. Conceitos como as Representações Sociais, a Subjetividade Social e Individual, os Processos de Saúde e Doença e Estresse e Hipertensão foram de extrema importância para a construção de um modelo não meramente descritivo, mas que pudesse mostrar a hipertensão como plurideterminada e relacionada a diversas esferas da vida do indivíduo ao longo do tempo.

No segundo capítulo, apresentou-se a metodologia utilizada na realização do estudo de caso, ou seja, a epistemologia qualitativa, desenvolvida pelo professor Fernando Luiz González Rey. Essa metodologia foi de extrema importância para o êxito da pesquisa, principalmente no que diz respeito à relação desenvolvida entre pesquisador e pesquisado, a qual permitiu o surgimento de novas categorias e elementos por meio do reconhecimento da singularidade e capacidade geradora de sentidos do ser humano.

No terceiro capítulo, é realizada a construção de informações a partir das conversações realizadas e da técnica de completamento de frases feitas com o su-

jeito. Foram enfocadas as diversas configurações subjetivas dadas pelo sujeito acerca da hipertensão, bem como a representação social que ele dá para a doença, a qual é compartilhada pela sociedade em que ele está inserido. A possibilidade de acesso aos contextos de vida e à história do sujeito ofereceu oportunidade única de entrar em contato com a sua subjetividade, sua tão importante realidade, que é singular e constitui um mundo de informações que ganham sentido na existência e relações desse sujeito.

Na quarta parte deste trabalho, apresentam-se as considerações finais, o que concluí com base na pesquisa realizada, nos modelos teóricos utilizados e também na contribuição deste trabalho para compreender a hipertensão a partir dos conhecimentos produzidos.

II. Fundamentação Teórica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no mundo existam cerca de 600 milhões de hipertensos, dos quais 500 milhões precisam de intervenção médica imediata, e prevê que até o ano de 2010 as doenças cardiovasculares serão a principal causa de morte nos países em desenvolvimento.

Vista como um mal silencioso, por gerar efeitos graves sem apresentar sinais perceptíveis, a hipertensão é classificada pela OMS como a epidemia do mundo moderno. Reforçada por um estilo de vida nada saudável, a doença se alastra. De acordo com estimativas da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão afeta um em cada três brasileiros. Desses, apenas 5% são devidamente tratados e é justamente a ausência de adequado tratamento que leva às altas taxas de mortalidade.

A hipertensão pode ser classificada como um dos fatores de risco para ataques cardíacos, infartos, acidentes vasculares cerebrais e doenças renais. Associada a outros fatores, faz com que haja maior probabilidade de o indivíduo, sobretudo na fase adulta, vir a apresentar doenças cardiovasculares.

Fatores de risco são características, sintomas ou sinais presentes em um indivíduo livre de doença e que estão estatisticamente associados com o aumento das chances de esse indivíduo vir a desenvolver determinada doença. Nível elevado de colesterol no sangue, pressão alta, fumo, dieta inadequada, obesidade, sedentarismo, diabetes e predisposição genética são os principais fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças como a do coração (Tortora, 2000). Para que haja redução do risco de comprometimento sério da saúde do indivíduo, é necessário que esses fatores sejam controlados.

De acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão, um indivíduo é considerado hipertenso quando sua pressão arterial, medida várias vezes em consultório médico, é igual ou superior a 14 por 9; considera-se normal a pressão de 12 por 8 em um indivíduo adulto saudável.

A hipertensão pode se manifestar pela prevalência tanto de fatores genéticos como ambientais. Armênio Costa Guimarães, no artigo *“Fatores de risco, prevenção das doenças cardiovasculares no século 21”* (2002), ao falar sobre as Doenças Car-

diovasculares (DCV), nas quais a pressão arterial é fator determinante, afirma que “a herança genética tem grande importância na suscetibilidade à ação dos fatores ambientais ou na geração de distúrbios metabólicos, cuja gravidade é suficiente para determinar por si só a doença (...) Porém, o grande fator de risco condicionante é o estilo de vida, que favorece o sedentarismo, o tabagismo, o excessivo estresse psicológico e a elevada ingestão de calorias (...)”.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que, de 43 milhões de adultos com pressão arterial maior que 14 por 9, cerca de 15 milhões (35%) desconhecem sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 3 milhões (7%) estejam sendo tratados e que o percentual de controle se situe entre 25% e 30 %. Para que haja uma melhora nesses índices, é consenso entre as autoridades de saúde que é preciso melhorar a assistência médica e os métodos permanentes de detecção e controle da hipertensão. Elevar a qualidade de vida do indivíduo também é importante tanto para a manutenção da saúde como para um controle mais efetivo da doença.

Clinicamente, a hipertensão é uma doença cujo aspecto é crônico. Nesse sentido, a partir do diagnóstico, o hipertenso deve readaptar-se à sua nova realidade, na qual vivencia, consciente e inconscientemente, uma série de conseqüências. Inicialmente o doente sente a perda da integridade física, emocional e moral. Como parte do processo de reconstrução da identidade, suas relações familiares e sociais sofrem mudanças e define-se uma relação de aceitação ou negação da doença (postura própria do indivíduo frente à doença). Surge ainda um esgotamento – *burn out* – depois de muito esforço para controlar a doença.

Embora a hipertensão seja uma doença crônica, os níveis de pressão podem ser controlados com o uso regular de medicamentos e com a adoção de saudáveis hábitos de vida e de personalidade.

É importante que o paciente assuma um papel ativo no controle da hipertensão, do colesterol alto e de outros fatores de risco. Além de adotar um estilo de vida mais saudável a fim de alcançar taxas “aceitáveis” de colesterol e de diminuir a pressão arterial, os pacientes têm que seguir à risca o tratamento medicamentoso, que muitos indivíduos abandonam por “estarem se sentindo bem”. A falta de sinto-

matologia é o fator mais preocupante da hipertensão, que, por isso, é considerada uma doença ardilosa.

Ao contrário do que se pensa, a Aids e o câncer de mama não são os piores vilões da saúde feminina. As doenças cardiovasculares são, de longe, a principal causa de morte em mulheres.

Nos países em desenvolvimento, metade dos óbitos na população feminina está relacionada à doença cardíaca e ao derrame, afirma a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). As mulheres são mais propensas a desenvolver a hipertensão após os 50 anos, mais precisamente após a menopausa, como explica o presidente da Sociedade Brasileira de Hipertensão, Dr. Robson Santos: "Com a menopausa, a mulher perde hormônios importantes, que têm papel protetor dos vasos sanguíneos, além de ajudar na função cardiovascular".

Assim, para uma análise mais ampla acerca da hipertensão, este trabalho analisa caso concreto sob a ótica das configurações subjetivas na subjetividade individual, buscando ainda reforço teórico nas representações sociais.

2.1. Representações Sociais

Jovchelovitch (1995) afirma que as representações sociais surgem a partir das mediações sociais, constituindo assim uma estratégia desenvolvida pelo indivíduo para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo. O sujeito vai além da própria individualidade para entrar num espaço comum, que é público. A autora afirma que as representações sociais acabam por se tornar, elas próprias, mediações sociais, mas que se expressam no espaço do sujeito, que luta para interpretar, entender e construir o mundo. E afirma também que "as representações sociais não são um agregado de representações individuais, da mesma forma que o social é mais que um agregado de indivíduos" (p.80).

Mead (1943) *apud* Jovchelovitch (1995) diz que o desenvolvimento do "eu" se dá a partir da internalização do conceito de "outros", ou seja, para a constituição de cada ser humano é necessário que haja um "nós"; as vidas privadas assim surgem

de fora, do público. Pode-se perceber, dessa maneira, como o social é importante para a constituição do sujeito.

De acordo com Jodelet (2001), as representações sociais são ativadas e agem na vida social, servindo como guias na nomeação e definição dos diferentes aspectos da realidade diária, no modo de serem interpretados, nas tomadas de decisões e na maneira de se posicionar diante deles. Assim sendo, as representações dizem respeito à maneira como o indivíduo vai compreender, administrar ou enfrentar o mundo.

A maneira como o indivíduo vai enfrentar o mundo, seus problemas, seu contexto de vida e acontecimentos cotidianos são também de grande importância no que diz respeito à sua saúde e aos reflexos que tais comportamentos podem ter em seu organismo. As representações sociais influenciam a escolha do modo de vida do indivíduo, a maneira como vive sua vida, a sua rotina.

Jodelet (2001) afirma que as representações sociais apóiam-se em valores que são variáveis, ou seja, que dependem dos grupos sociais de onde são retiradas suas significações, e em saberes anteriores, que são resgatados por uma situação social particular. As representações sociais “estão ligadas tanto a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado de conhecimentos científicos, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos” (p.21).

Ainda de acordo com Jodelet (2001), as representações sociais estão presentes nos discursos, nas palavras, em mensagens e imagens na mídia, enraizadas em condutas, em organizações espaciais e materiais. Ela ressalta ainda que o surgimento de representações, que vão circular de boca em boca ou pular de um veículo de comunicação a outro, é favorecido pela falta de informação e, muitas vezes, pela incerteza da ciência.

O fato de a hipertensão aparecer de forma silenciosa, sem sintomatologia definida e visível pelo sujeito em seu próprio organismo, e por não possuir, para a maioria de seus portadores, um cunho assustador e grave, a exemplo do que ocorre em doenças como o câncer e a Aids, que carregam em si uma forte significação relacionada à mortalidade, talvez tenha uma grande influência das representações sociais desenvolvidas pela sociedade acerca da hipertensão, e pode dizer muito do porquê

a doença é freqüentemente subestimada pelo portador. Quando é descoberta, o comprometimento cardíaco já é evidente, e os riscos de angina, infarto, AVC, derrame, insuficiência renal e cardíaca são muito elevados em relação a indivíduos que tiveram diagnóstico precoce.

As representações sociais podem ser de caráter informativo, cognitivo, ideológico, normativo; podem dizer respeito a crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens e tantos mais, segundo Jodelet (2001).

A mesma autora afirma também que as representações sociais sofrem influência de redes de comunicação informais, da mídia ou de instâncias institucionais, que, juntas, formam um sistema e dão lugar a teorias espontâneas, a versões da realidade concretizadas por imagens e palavras, ambas carregadas de significações. Pode-se dizer que a formação das representações sociais começa aí e que, a partir dessas significações, expressam os indivíduos ou grupos que as construíram e cedem uma definição específica ao objeto por elas representado. Essas definições, compartilhadas pelos indivíduos de um mesmo grupo, compõem uma visão consensual da realidade para tal grupo, que serve de guia para ações e trocas cotidianas.

Assim sendo, o objeto a ser considerado aqui pode ser a própria hipertensão, e o significado dado a ela por determinado grupo, no caso o grupo de hipertensos, e que define como será tratada: se será encarada como uma doença mortal e que deve ser devidamente tratada, ou se como uma simples alteração de pressão sem conseqüências sérias e mais graves. Jodelet (2001) esclarece que as representações sociais são tidas tanto como produto quanto como um processo de apropriação da realidade exterior ao pensamento, e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Para isso, faz-se necessário um objeto, ao qual o sujeito irá se reportar, para desenvolver um pensamento, e, a partir dele, criar uma representação. Esse objeto pode ser uma pessoa, uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, uma teoria, uma idéia, etc.

Jodelet (2001) oferece uma caracterização das representações sociais com a qual a comunidade científica está de acordo: “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p.22). Pode ser designada como um saber do senso comum, diferenciada do conhecimento científico.

São as “representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, que orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais” (Jodelet, p.22). Estão relacionadas também na difusão e assimilação de conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição de identidades pessoais e sociais, na expressão e nas transformações sociais. Dessa maneira, pode-se perceber que as representações sociais estão presentes em tudo à volta do sujeito, influenciando-o de diversas formas, não só no que o sujeito pensa a respeito da hipertensão em si, mas também no modo de vida que ele possui.

A autora afirma que, quando um grupo partilha uma idéia ou uma linguagem, há um vínculo social e uma identidade entre eles. E Douglas (1986), *apud* Jodelet (2001), afirma que a capacidade de abrangência das representações dentro de um grupo permite perceber, no âmbito dos atributos intelectuais de uma coletividade, a expressão de sua particularidade.

Durkheim (1985), *apud* Jodelet (2001), nesse sentido afirmou também que as representações coletivas dizem muito a respeito de como o grupo se pensa em suas relações desenvolvidas com os objetos que o afetam. Por isso, analisar as representações coletivas sobre a hipertensão e a maneira com que os sujeitos hipertensos se posicionam diante da doença diz muito a respeito da relação que eles mantêm com ela e de como a tratam.

Piaget (1976), *apud* Jodelet (2001), afirma que a representação está a serviço das necessidades, desejos e interesses do grupo. Jodelet acrescenta que a representação é uma reconstrução de um objeto, expressiva do sujeito, e que em conjunto acabam provocando uma defasagem em relação a seu referente, ou seja, ao objeto original. Pode ter como origem, segundo a autora, “uma intervenção especificadora dos valores e códigos coletivos, das implicações pessoais e dos engajamentos sociais dos indivíduos” (p.36). Jovchelovitch (1995) afirma que “as representações sociais emergem desse modo como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade” (p.82)

2.2. Subjetividade Social

A subjetividade, de acordo com González Rey (2003), se orienta na articulação entre o momento social e o individual, não se restringindo ao intrapsíquico, em que o sujeito está implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos.

Partindo-se da compreensão de que o homem é um ser social, ele se desenvolve em um contexto de relações que participam de sua constituição como sujeito. Somente se reconhece como sujeito em contato com o social, com o outro como seu referencial ao longo de sua vida. Nesse sentido González Rey (2003) afirma que:

A definição de um homem constituído subjetivamente em sua própria história, em que o sentido aparece como registro emocional comprometido com os significados e as necessidades que vão desenvolvendo-se no decorrer de sua história, fazem da categoria sujeito uma peça-chave para entender os complexos processos de constituição subjetiva e de desenvolvimento, tanto dos processos sociais como dos individuais (p.235).

A subjetividade social, segundo González Rey (2003), tem o intuito de “explicar os processos de produção e organização de significados e sentidos subjetivos no nível social” (p.211), num constante diálogo com os níveis constitutivos da realidade social, que se manifesta por diversas formas. Uma delas é o discurso, que se organiza dentro de inúmeros sentidos subjetivos, contribuindo para a compreensão da realidade social.

Esse autor afirma ainda que os elementos de sentido subjetivo produzidos nas diversas instâncias da vida social da pessoa participam dos processos de relação estabelecidos em grupos ou agências sociais no momento atual de seu funcionamento. A subjetividade social se constitui de forma diferenciada em cada sujeito, e a subjetividade individual está atravessada de forma permanente pela subjetividade social.

González Rey (2003) acrescenta que:

A compreensão da multiplicidade de planos da subjetividade social é um aspecto importante para entender a forma em que a personalidade se organiza

no sistema de ações do sujeito, o que conduz a uma compreensão completamente diferente da personalidade (p.219).

O sujeito participa assim de vários contextos sociais, que se encontram inter-relacionados, de acordo com Drier (1999), *apud* González Rey (2003). O que determina a ação do sujeito no contexto em que se encontra não depende somente desse contexto, mas sim dos diversos contextos sociais de que participou ao longo de sua vida e dos contextos de que participa no atual momento. Esses outros momentos dos quais o sujeito participou ao longo de sua vida são repletos de sentidos subjetivos e, em conjunto, compõem uma configuração subjetiva da atuação no momento presente.

Nesse sentido, González Rey (2003) afirma que, “na subjetividade, qualquer momento da história do sujeito pode aparecer como um elemento de sentido da configuração subjetiva atual de sua experiência” (p.220). Dessa maneira, a história do sujeito diz muito a respeito de seu atual momento, de seu comportamento e da maneira como encara as diversas situações apresentadas. No sujeito hipertenso, em especial, sua história de vida é muito importante, pois a hipertensão não foi desenvolvida de um dia para o outro, mas sim ao longo de sua vida, de diversos contextos vividos que participaram da constituição da doença em seu aspecto emocional, nas constantes alterações de pressão arterial.

O Autor afirma que:

(...) cada momento atual da vida do sujeito representa um momento produtor de sentido, tanto pelo lugar do sujeito em relação com a sua experiência vivida, como pela forma como os outros sentidos constituídos em sua história pessoal passavam a ser elementos constituintes do caráter subjetivo dessa nova experiência (p.223).

Assim, para González Rey (2003), o social não representa uma estrutura interna passiva que apenas define o comportamento atual do sujeito, mas sim uma configuração geradora de sentidos que está interligada aos sentidos produzidos ao longo da experiência do sujeito. É no espaço social de ações e relações e nas configurações subjetivas do sujeito que a identidade aparece simultaneamente.

O conceito de identidade não se restringe a uma formação intrapsíquica, mas como um sentido que aparece de forma simultânea nas configurações subjetivas do

sujeito e nas emoções e significados produzidos pela delimitação social de seu espaço de ações e relações, conforme afirma González Rey (2003).

O autor afirma também que o sujeito assim é visto como o sujeito da emoção, em que ela é condição permanente na definição do sujeito, comprometida de forma simultânea com sentidos subjetivos de procedências diferentes, vindas de diversos contextos e momentos de vida, fazendo-se presentes em um espaço social dentro do qual se situa o momento atual de relação e de ação do sujeito.

2.3. Subjetividade individual

Ao falar sobre a subjetividade individual, torna-se importante a sua esfera afetiva, ou seja, as emoções, que representam estados de ativação psíquica e fisiológica, como resultado da relação entre o organismo e o social, o psíquico e o fisiológico. De acordo com González Rey (2003), as emoções representam um dos registros mais importantes da subjetividade humana. Elas caracterizam o estado do sujeito ante toda ação, num contexto social, sendo assim relacionadas à cultura.

Neubern (2000), *apud* González Rey (2003), nesse sentido afirma que:

As emoções são fenômenos complexos que abrangem múltiplas dimensões (...) Possuem um substrato biológico e se constituem enquanto ontologias subjetivas ao longo do desenvolvimento do sujeito, que se dá na sua interação com o social. São, nesse sentido, internas, mas ligam-se de forma não linear com o espaço social. Compõem também um sistema interativo que implica a constituição de um sistema emocional, isto é, da conexão sistêmica das emoções individuais. São reconhecidas dentro de um discurso cultural que permite que sejam designadas e construídas ao longo de seu processo (p.243).

Por subjetividade entende-se como sendo uma forma de organização da psíquê que tem no sentido subjetivo sua principal constituição. Da interação entre o simbólico e o emocional se define o sentido subjetivo, que se manifesta pela relação de uma emoção com outras, em espaços simbolicamente organizados. E, indo além, é a própria emoção que define a disponibilidade dos recursos subjetivos para o su-

jeito agir. É o sentido subjetivo aparecendo por meio das emoções, de forma consciente ou inconsciente, como estados afetivos que definem como o sujeito vai atuar para realizar determinada atividade. Ou seja, uma “experiência ou ação só tem sentido quando é portadora de uma carga emocional”, como afirma González Rey (2003 p.249).

O mesmo autor afirma que o sentido subjetivo é responsável pelas diferentes formas de expressão, em um nível psíquico, das experiências histórico-sociais do sujeito, não sendo possível predizê-lo nem controlá-lo, porque não sofre o controle de uma lógica racional externa e vai além da racionalidade do sujeito.

Para entender a subjetividade individual é necessária uma compreensão da personalidade com uma organização sistêmica desta, comprometida com o momento atual de expressão e subjetivação do sujeito e que expressa a inter-relação entre subjetividade individual e social, de acordo com esse autor.

A personalidade está determinada por forças internas e possui uma capacidade geradora, ao longo da história do sujeito, que se expressa ante a ação de qualquer força externa, sendo registrada em forma de sentido subjetivo. É na personalidade, afirma o autor, que se organizam subjetivamente as experiências do sujeito, e os sentidos subjetivos, produzidos a partir de determinada experiência, passam a fazer parte como elementos constituintes também de outras, formando assim cadeias complexas de configurações, chamadas subjetivas. São definidas como “uma integração dos diferentes sentidos que se integram de forma relativamente estável na organização subjetiva de qualquer experiência” González Rey (2003 p.256).

O autor explica que as configurações subjetivas são uma organização de sentidos subjetivos que em sua inter-relação definem novos sentidos. São, dessa maneira, móveis e dinâmicas, em que a produção de sentidos está em um permanente acontecer, tomando formas de organização diferenciadas ao longo do processo. As configurações subjetivas remetem a um tipo de organização e funcionamento que ocorre de forma única em cada sujeito.

A personalidade, na opinião do mesmo autor, é entendida como um sistema de configurações subjetivas que gera sentidos no curso das atividades do sujeito em sua vida social. Dessa maneira, pode-se relacionar com a hipertensão, em que todas as manifestações de um sujeito hipertenso com a doença estão relacionadas entre si

pelo sentido que ela possui para ele. A aceitação ou não da doença, o comprometimento com o tratamento, a percepção da gravidade da doença para seu organismo, todos esses aspectos constituem elementos de sentido da configuração subjetiva em que se expressa o sentido subjetivo da hipertensão para o sujeito hipertenso.

González Rey (2003) afirma, de forma completa, que:

A personalidade (...) não é aparência, mas constituição de elementos subjetivos associados a diferentes experiências humanas e que representam uma fonte permanente de emoção, enquanto as configurações subjetivas são motivos do sujeito. Nesse sentido, por meio da personalidade se atualizam os sentidos subjetivos de diferentes épocas da experiência do sujeito e cada um dos momentos de sua expressão social atual (p.260).

2.4. Processos de Saúde/Doença

Desde o início do século passado, pesquisas realizadas por sociólogos e antropólogos apontaram que doença e saúde estavam relacionadas com características de cada sociedade, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social. A visão de saúde e doença corresponde à coerência ou às contradições da visão de mundo e da organização social dessa sociedade.

Mary Douglas (1971), *apud* Minayo (1992, p.177), afirma: “O corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustenta uma visão particular da sociedade”. Assim sendo, a maneira como a hipertensão é tratada pelo indivíduo reflete também uma coletividade, isto é, uma visão compartilhada pela sociedade a respeito da hipertensão.

Minayo (1992) afirma que o sujeito doente, a partir de sua relação com o social, busca uma legitimidade no que toca à sua situação. Desse contato, principalmente com a área médica, ele obtém atitudes e comportamentos em relação a seu estado e, nesse momento, se torna doente para o outro, isto é, para a própria sociedade. Por isso, a autora firma que “a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, a linguagem em relação ao corpo, mas às sociedades e às relações sociais” (p.177).

Daí a importância do estudo sobre como a hipertensão é tratada no âmbito social, no contexto em que o indivíduo está inserido, o qual influencia sua percepção do problema e a maneira como vai encará-lo.

A representação do fenômeno saúde e doença, de acordo com Minayo (1992), sob o ponto de vista positivista, focaliza sua referência no biológico individual ou nos constrangimentos do modo de vida. A visão do social vem somar a essa concepção, incorporando-se a esse conceito.

Minayo (1992) afirma que o “estar doente” se legitima socialmente por meio do olhar do médico e corresponde para o sujeito submeter-se a regras, obedecer às prescrições e respeitar consígnias. (Atenção: não encontrei nos dicionários a palavra “consígnias”) O sentimento de improdutividade, que causa ao doente uma desintegração social, aliado à subordinação à medicina, marcam o corpo do doente.

A autora afirma também que acontece de os indivíduos buscarem ajuda médica, sem, entretanto, crerem nas prescrições. Acabam por relativizá-las, seja em relação às recomendações médicas, seja em relação ao uso de medicamentos. Tais indivíduos se sentem com a liberdade de reinterpretar preceitos médicos, de integrá-los dentro de suas concepções existenciais ou até mesmo de prescindir deles ou subestimá-los.

Minayo (1992) ressalta a posição da saúde como campo de ação do indivíduo, atribuindo-lhe uma posição ativa diante da doença. Cita Descartes (p.191), para quem “nada existe que o indivíduo não possa fazer por si mesmo melhor que o melhor dos médicos, se ele quiser ter o bom senso de prolongar sua saúde”. Nesse sentido, a autora ressalta que a doença pode adquirir um caráter “positivo” para o indivíduo, já que pode lhe dar oportunidade de perceber o que é melhor para si.

A autora afirma também que atualmente, na sociedade, a saúde, como virtude individual, se expressa de diversas formas. Uma delas é a visão médico/biológica, que resume a saúde pela ausência de doença, manifestada pelo “silêncio do corpo” ou pela sensação de bem-estar do indivíduo. É uma representação da saúde como algo de essência endógena, atribuída ao indivíduo, que reflete o ponto de vista dominante, supondo uma sociedade equilibrada e passível de ser controlada pela vontade individual.

Indo além desse ponto de vista, a autora descreve a saúde como uma atribuição individual e coletiva, ultrapassando os aspectos biofisiológicos. E, ao afirmar isso, a autora diz que deve haver uma mudança do paradigma da saúde e doença, se redefinido o conceito de saúde, levando em conta os aspectos que concernem ao corpo, à mente e ao meio ambiente. Justifica a necessidade real de mudança desse paradigma e atualização dessa visão, quando diz que a “epidemiologia social encontra seu limite no paradigma que institui apenas o corpo como espaço da saúde-doença” (p.196).

De acordo com González Rey (2004), a saúde, entendida como um processo qualitativo complexo que caracteriza o funcionamento do organismo, integra, de forma sistêmica, tanto o somático quanto o psíquico. Forma uma unidade em que esses aspectos são inseparáveis e na qual o psíquico participa não só da aparição como do desenvolvimento das enfermidades. Assim sendo, afirma que o conceito de saúde deve ser considerado mais um processo do que um produto, e que pesquisas comprovam que a ação do psíquico pode ser percebida sobre complexos mecanismos de regulação somática.

No que se refere à relação psíquica e somática no organismo, González Rey (2004) enfatiza:

O mental afeta o somático não pela aparição do sintoma, mas sim pela multiplicidade de formações, mecanismos e manifestações funcionais geradoras de insegurança, ansiedade, depressão, distresse e outras formas de expressões psicológicas não saudáveis que, após atingirem uma determinada estabilidade no plano da personalidade, afetam, de maneiras diversas, o funcionamento somático do organismo (p.4).

O mesmo autor afirma que os tipos de motivações do homem, tanto quanto a maneira com que elas se configuram na personalidade e a forma com que o sujeito encontra para se envolver nelas, juntamente com suas características psicológicas organizadas, se mostram essenciais no desenvolvimento do processo de saúde.

A saúde humana, de acordo com o autor, é, além de um processo complexo, multidimensional, diferenciado, contraditório e ativo. Diferenciado porque há muitas formas diferentes de produzir saúde, saindo de uma visão única e padronizada desse processo e também de atributos únicos para definir uma personalidade saudável.

Ativo porque o processo de saúde está em constante desenvolvimento, numa integração e desintegração constante de uma multiplicidade de estados e de uma constituição individual afetados por elementos climáticos, físicos, geográficos, culturais, sociais e subjetivos. E esse caráter ativo também diz respeito à autonomia do indivíduo de desenvolver novas capacidades que lhe permitam transcender as ameaças contra o processo de saúde.

González Rey (2004) também faz uma relação muito importante das emoções na integração entre a saúde mental e a somática, e afirma que o processo de doença e os aspectos psicológicos nele envolvidos não são conscientes para o sujeito. Tal relação pode ser de grande valia para a compreensão dos diferentes aspectos envolvidos na hipertensão, ajudando a entender a influência das emoções nas alterações da pressão sangüínea dos indivíduos.

O processo de saúde e doença, no entender desse autor, se configura a partir da integração e da desintegração de situações diferentes do funcionamento orgânico e subjetivo de cada sujeito, reforçando-se ou modificando-se através de diversos estados apresentados pelo organismo. Num primeiro momento, afirma, está a repercussão das alterações associadas à doença nos processos somáticos que afetam o psíquico; num segundo momento, está o reflexo da doença na estrutura psicológica da personalidade, em que o homem se torna conscientemente sujeito da doença.

A respeito da hipertensão, acredito que o fato de não haver uma sintomatologia bem definida e de o sujeito muitas vezes não sentir em seu corpo, de maneira direta, a presença da hipertensão podem fazer com que o sujeito não se perceba como portador de uma doença, pois seu organismo não está dando sinais de que alguma coisa está errada com sua pressão sangüínea e que esse estado é preocupante e digno de cuidados. O sujeito muitas vezes só vai se perceber como hipertenso, como sujeito da doença, quando sente em seu organismo as conseqüências mais sérias da doença, como comprometimentos nos rins, problemas cardíacos e acidentes vasculares cerebrais. Nesse sentido, afirma González Rey (2004):

É indiscutível que qualquer manifestação de prejuízo na saúde somática afeta a saúde mental, assim como qualquer alteração da saúde mental afeta a saúde somática, pois ambos os momentos são parte do sistema mais abrangente

do indivíduo que adoece. De fato, a doença não é o sintoma, senão a alteração sistêmica do organismo que se expressa no sintoma (p.12).

É importante acrescentar que a saúde física e mental, segundo González Rey (2003), está muito relacionada à capacidade do sujeito de produzir sentidos ante seus conflitos, como uma opção criativa, definindo novos espaços de integração pessoal que, no caso de não serem alcançados, podem se transformar em um momento de gênese patológica.

2.5. O estresse e a hipertensão

Muniz (1976) reconhece a influência da emoção como um dos agentes causadores do estresse, e nesse sentido afirma que existe uma relação muito forte entre estresse e tensão emocional, na qual o estresse deixa de ser considerado uma síndrome específica provocada por agentes inespecíficos, para ser considerado um agente agressor emocional, ou distresse.

De acordo com o mesmo autor, o estresse age em todo o organismo. “São os fatos e os acontecimentos do dia-a-dia que ocorrem com o indivíduo. E o organismo inteligentemente procura adaptar-se a estes fatos e acontecimentos diários” (p.17). Se o estresse é contínuo, constante, permanente e duradouro, o equilíbrio do meio interno e a homeostase orgânica começam a falhar e, conforme esse autor, dão origem a uma série de distúrbios funcionais dos diversos órgãos e sistemas do organismo; no caso da hipertensão, o sistema cardiovascular.

Para o bom funcionamento do coração, é necessário um equilíbrio fisiológico entre o simpático, que aumenta os batimentos cardíacos, a contractibilidade, a excitabilidade e a condutibilidade do estímulo cardíaco e a dilatação dos vasos coronários, e o parassimpático, com efeito inverso, diminuindo os batimentos cardíacos, a contractibilidade, excitabilidade, condutibilidade e o automatismo, funções próprias do coração, segundo Muniz (1976). O estresse pode alterar esse equilíbrio, fazendo com que mecanismos de regulação comecem a falhar, originando distúrbios cardiovasculares, como a hipertensão.

Mais especificamente, no sistema cardiovascular, as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), de acordo com esse autor, incrementam a força de constrição do coração e causam vasoconstrição em certas redes vasculares e vasodilatação em outras. Dessa maneira, o autor conclui que o estresse pode lesar o coração, pois, diante do estresse, há um aumento da produção e liberação dessas substâncias na corrente sanguínea, causando um impacto negativo ao coração e ao sistema circulatório por um desequilíbrio nessa regulação fisiológica.

O estresse, acrescenta este autor, também lesa a parede arterial pelo aumento da adrenalina conseqüente a ele, e dessa maneira também aumenta o depósito de colesterol sérico na parede interna dos vasos.

Marilda Emmanuel Novaes Lipp, no artigo “Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos”, afirma que as mudanças ocorridas no nível da organização da sociedade estão correlacionadas com a saúde. Hoje em dia, a causa mais freqüente de morte são as doenças cardiovasculares. E mais: enquanto antes eram mais homens que mulheres que sofriam de infarto do miocárdio e de morte cardíaca súbita, hoje o número de mulheres acometidas por esses males sobe assustadoramente. Afirma ainda que um dos fatores contribuintes para a patogênese dessas doenças é inegavelmente o estresse. E toda mudança que exija adaptação por parte do organismo provoca certo nível de estresse.

A autora, nesse sentido, define o estresse como um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo, ou seja, um estado de tensão patogênico do organismo. O desequilíbrio ocorre quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapassa sua capacidade adaptativa (Everly, 1990, *apud* Lipp). Essa fonte de tensão pode ser externa ao próprio organismo, como uma exigência de algo ou alguém, ou interna, exemplificada como uma autodemanda, ou autocobrança (Lazarus, 1966, *apud* Lipp).

Lazarus (1986), *apud* González Rey (2004), define a importância do caráter mediatizador do indivíduo no processo de estresse:

O estresse psicológico é uma relação particular entre o sujeito e o ambiente que é avaliado por este como ameaçador ou desbordante dos recursos, colocando em perigo seu bem-estar. (p.89).

Indo além dessa definição de Lazarus, González Rey (2004) destaca a gênese personológica do estresse, em que ele pode aparecer como uma constituição subjetiva, que não se define numa temporalidade nem se orienta por um quadro relacional particular. E afirma nesse sentido:

A forma com a qual um sujeito elabora e constrói ativamente suas reflexões e posições na base de sua informação personalizada é decisiva no surgimento de muitas formas de estresse (p.89).

É importante ressaltar que o estresse pode ter uma natureza inconsciente, e, de acordo com este autor, muitas das contradições mais agudas do sujeito não são por ele reconhecidas de modo consciente.

O Prof. Dr. Vitor Geraldi Haase, do Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento do Departamento de Psicologia da FAFICH – UFMG, no artigo “Stress e Coping na Idade Adulta e na Velhice”, apresenta definição do Modelo Processual de Stress e Coping de Lazarus & Folkman (1984). Coping ou Enfrentamento é o processo de manejo ou enfrentamento das demandas (externas ou internas) que são percebidas ou avaliadas como acima dos recursos da pessoa. A definição compreende os quatro conceitos fundamentais do modelo processual de stress e coping:

1. O enfrentamento é um processo ou interação dinâmica e complexa entre o indivíduo e o ambiente.
2. O enfrentamento é concebido em termos da administração de recursos (escassos) e não de domínio. A visão pressuposta do stress é realista. O modelo reconhece que nem todos os problemas podem ser resolvidos.
3. A definição inclui a definição de avaliação, que consiste no modo como os eventos são percebidos, interpretados e representados cognitivamente na mente dos indivíduos. Uma situação pode ser estressante se ela é avaliada como tal. A avaliação é mediada por fatores pessoais e situacionais.
4. O enfrentamento consiste em uma mobilização de esforço e inclui tanto a mobilização de recursos cognitivos quanto comportamentais com o intuito de reduzir, minimizar, superar ou tolerar as demandas internas e externas de uma transação com o ambiente, que é percebida como excedendo as possibilidades da pessoa.

O modelo de adaptação e enfrentamento de stress proposto por Lazarus considera inicialmente os modos como os indivíduos percebem e representam os eventos potencialmente estressantes. As avaliações cognitivas são juízos de ameaça,

desafio ou neutralidade em relação ao senso pessoal de bem-estar. Uma vez feitas as avaliações, elas constituem uma conexão inextricável entre o indivíduo e o ambiente.

O processo de enfrentamento e adaptação prolonga-se no tempo através de processos recursivos de feedback em muitos níveis. O enfrentamento consiste, portanto, de um processo contínuo e ininterrupto e não de uma ação ou evento isolado.

Dessa maneira, o sujeito, ao receber um diagnóstico de hipertensão (vale ressaltar o seu caráter de doença incurável), a maneira como ele vai receber, processar e enfrentar a doença é decisiva no seu desenvolvimento. A progressão ou seu controle estarão muito relacionados ao sentido subjetivo que o sujeito dá para a doença. Uma maneira saudável de lidar com suas emoções define muito a sua relação com a doença e como vai enfrentá-la.

O modo como o sujeito se posiciona frente à doença pode ajudá-lo a se reorganizar diante dessa nova condição em sua vida. Posturas de negação ou de coragem e enfrentamento podem surgir e coexistir no sujeito. Entretanto, uma postura participativa e ativa do sujeito, com uma emocionalidade sadia, nas tomadas de decisões a respeito do tratamento da doença e de toda a sua vida é que lhe dará oportunidade de atribuir a devida importância ou desmistificar a hipertensão, proporcionando então condições para que o sujeito se aceite e se assuma frente a sua nova condição de vida.

O fato de o sujeito se mostrar preparado ou desenvolver habilidades para lidar com situações desafiadoras é que caracteriza a emocionalidade sadia. O sujeito, ao se deparar com situações de estresse, sentirá o impacto dessa situação, mas será capaz de desenvolver estratégias particulares e muito subjetivas para vencê-las, sem comprometer sua situação e emocionalidade, de uma forma que lhe seja talvez menos desgastante. É importante, então, que o sujeito desenvolva sua percepção para identificar o que em suas atitudes e posturas diante da doença e das demais situações de vida o está prejudicando e causando impacto em sua emocionalidade, para daí se posicionar de forma saudável.

O tipo de enfrentamento, positivo ou negativo, que será dado pelo sujeito à hipertensão está intimamente relacionado ao sentido que o indivíduo dá a essa doença. É daí que o sujeito se mostra capaz de enfrentar e assumir que possui a do-

ença, ou então de se entregar e ter uma atitude passiva diante dela, subestimando-a muitas vezes e não lhe dispensando o tratamento adequado.

É importante ressaltar que existem variáveis capazes de influenciar o enfrentamento positivo do sujeito, como a sua história de vida. A maneira como a doença e o sujeito adoecido são encarados pela família, se há o costume de oferecer apoio a este indivíduo, ou como ele é tratado, como um todo, pelos membros da família. Por isso, a correlação com as representações sociais dadas à doença, bem como a subjetividade social, o momento histórico-social em que o sujeito está inserido e o próprio contexto de vida são fatores muito importantes na definição do tipo de enfrentamento que será dado por esse sujeito.à doença.

Por tais motivos, torna-se inevitável questionar o termo enfrentamento (ou coping) da maneira como foi elaborado por Lazarus e Folkman em citação anterior. Tal termo, ao atribuir especial significação ao valor dado pelo sujeito às situações e fatos por ele enfrentados, relaciona seus conceitos essenciais e dá ênfase aos fatos e situações vivenciados pelo sujeito, e que lhe afetam, mas não dão a devida importância aos aspectos personológicos e psicológicos presentes na relação.

A maneira como o termo é tratado não leva em consideração que o estresse no indivíduo possui configurações subjetivas, muitas vezes inconscientes para o sujeito e que contribuem para a produção e manifestação do estresse nesse sujeito. O termo acaba por reduzir o estresse a aspectos cognitivos-conscientes e não reconhece que ele se manifesta por aspectos complexos e multicausais e com vivências internas do sujeito que não necessariamente têm relação direta com o momento atual. Considerar o estresse como decorrente de uma fonte externa e causal não reconhece a capacidade geradora de subjetividade no homem.

González Rey (2004), por sua vez, conceitua o estresse como “um estado de tensão constante com repercussões somáticas, mesmo quando o indivíduo não experimenta conscientemente esse estado de ansiedade, depressão ou outro tipo de tensão emocional inadequada” (p.4). Com relação às doenças cardiovasculares, o mesmo autor afirma que “tanto o modo de vida do indivíduo, como também sua capacidade para enfrentar a vida, sem se tornar objeto de situações permanentes de estresse, são decisivos para a sua prevenção e controle” (p.19).

Nesse sentido, é possível perceber a importância de realizar um estudo acerca da hipertensão, focalizando não só os fatores que estão envolvidos em sua aparição, mas também a postura do sujeito frente ao diagnóstico da doença e as atitudes relacionadas com no tratamento.

III. Metodologia utilizada

A escolha pela pesquisa qualitativa se deve ao fato de que este método de pesquisa privilegia uma compreensão do real na experiência socialmente vivida, diversa do mundo das ciências naturais. Nesse sentido, Minayo (1992) afirma: “Numa oposição frontal ao positivismo, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo” (p.11).

Dessa maneira, a pesquisa qualitativa torna “possível a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/temas delicados e em que uma relação íntima e de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos” (Turato, 2003. p.145). A pesquisa qualitativa se propõe a lidar com questões delicadas, muitas de foro íntimo, que podem vir acompanhadas de angústias e ansiedades. E o acesso a tais conteúdos e informações provindas do sujeito pode ajudar a compreender muito a respeito da hipertensão e os aspectos subjetivos envolvidos.

Nesse sentido, Denzin & Lincon, (1994) *apud* Turato, (2003) afirmam:

Pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles. (p.2).

Pode-se dizer então que o presente trabalho de pesquisa qualitativa com sujeito em estudo de caso tem como principal enfoque escutar a fala do entrevistado, saber sobre seus sentimentos, idéias e comportamentos humanos, para então compreender quais sentidos e significações tais fenômenos têm importância especial para o sujeito escolhido para o estudo de caso e para o tema da pesquisa (Turato, 2003).

O foco desta pesquisa é o sujeito e sua experiência, mais especificamente, a qualidade intrínseca a essa experiência. O pesquisador, nesse sentido, participa de forma ativa do trabalho, ou seja, sai de uma posição de neutralidade e se coloca em

uma posição participante da construção do conhecimento, juntamente com o sujeito pesquisado e a teoria utilizada.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa propõe-se a construir e produzir conhecimento, e não apenas apropriar-se linearmente da realidade apresentada. Desse caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, segundo González Rey (2005), surge o conceito de “zona de sentido”, que confere valor ao conhecimento, não por sua correspondência linear e imediata com o “real”, mas por sua capacidade de gerar campos de inteligibilidade que possibilitem o surgimento tanto de novas zonas de ação sobre a realidade quanto de novos caminhos de trânsito dentro dela através das representações teóricas utilizadas. Por isso, pode-se afirmar que a proposta da metodologia qualitativa em seu caráter teórico, é produzir modelos compreensivos a respeito do que se estuda.

González Rey (2005) afirma que, por meio da pesquisa qualitativa, há uma legitimação do singular, como instância de produção do conhecimento científico, considerando a pesquisa como produção teórica, a qual não se reduz à mera utilização de teorias, mas a produções constantes de modelos de inteligibilidade que lhe dêem suporte no campo do problema.

As informações e as idéias provenientes de um caso singular, neste estudo de caso em hipertensão, ganharão legitimidade pelo que representam para o modelo em questão, e dessa maneira é construído o conhecimento da pesquisa, por meio de operações externas ao pesquisador, nas quais suas idéias não interferem nos resultados da pesquisa, somente no desenvolvimento dos procedimentos. (González Rey 2005).

O valor da singularidade para a pesquisa qualitativa se encontra ligado ao valor teórico no estudo do homem, da cultura e da sociedade, que juntas constituem, de forma permanente entre si, a subjetividade humana. Dessa maneira, conforme González Rey (2005), a pesquisa qualitativa é um processo de construção do conhecimento altamente dinâmico, no qual as hipóteses do pesquisador estão constantemente associadas a um modelo teórico interligado com o momento empírico e com a possibilidade de ampliação das alternativas de inteligibilidade desse modelo, que entende a realidade estudada como um sistema e integra os diferentes níveis de subjetivação do caso estudado.

A subjetividade enquanto sistema se expressa em configurações que mantêm núcleos de produção de sentidos subjetivos, mas que integram e expressam sentidos diferentes em momentos distintos da ação do sujeito ou do comportamento de um espaço social. Dessa maneira, como afirma González Rey (2005), o estudo da subjetividade, sempre e em cada um dos cenários em que é produzida, informa sobre os sujeitos e sobre a subjetividade social em seus mais diversos espaços. É importante ressaltar que a subjetividade não aparecerá, de forma imediata, diante dos estímulos organizados com o intuito de produzir respostas do sujeito. Ela só aparece quando o sujeito estudado se implica em sua expressão e a pesquisa adquire sentido para ele.

Outra característica muito importante da pesquisa qualitativa é a compreensão da pesquisa como um processo de comunicação, pois reconhece que o homem se comunica nos diversos espaços sociais em que vive e que grande parte dos problemas sociais e humanos se expressa, de um modo geral, na comunicação direta ou indireta existente entre as pessoas, como afirma González Rey (2005). Pode-se perceber, então, a importância dada pela pesquisa qualitativa ao espaço dialógico do ser humano:

Conhecer um evento ou uma condição social, em sua significação subjetiva, poderá ser efetivo apenas por meio do sistema disperso de suas conseqüências sobre a constituição subjetiva para aqueles que a compartilham. Tal sistema de conseqüências aparecerá gradualmente por vias diretas e indiretas, nas diferentes formas de expressão simbólica do sujeito, entre as quais a comunicação tem um lugar essencial. (González Rey 2005, p. 14).

Nesse sentido, a comunicação tem grande influência na definição dos instrumentos de pesquisa, e por si só já se converterá em espaço de produção de informação, e o sujeito se expressará nesse próprio espaço por meio dos diferentes sistemas de relação constituídos no processo.

González Rey (2005) afirma que os instrumentos podem ser compreendidos como toda situação ou recurso que estimula formas diferenciadas de expressão simbólica das pessoas, os quais adquirem sentido subjetivo no contexto social da própria pesquisa. É também uma ferramenta interativa, que depende da natureza do estudado e da interação com o pesquisador. Eles provocam a reflexão e a constru-

ção do sujeito a partir de perspectivas diversas que podem facilitar uma informação mais complexa e comprometida com o que está sendo estudado.

Ao incentivar a expressão do sujeito, o instrumento deve facilitar a manifestação aberta e comprometida desse outro, utilizando estímulos e situações para haver uma produção de tecidos de informação, e não somente respostas pontuais. Dessa maneira, os instrumentos não são vias de produção de resultados, mas sim de informação. E, no entender de González Rey (2005), “todo significado produzido de forma parcial por um instrumento concreto constituirá apenas uma hipótese, que se reafirmará no sistema completo da informação produzida (p.43)”.

É importante que os instrumentos representem meios que envolvam o sujeito emocionalmente, para facilitar a expressão de sentidos subjetivos, e que o espaço social da pesquisa se converta em um espaço portador de sentido subjetivo que vai, assim, gerando novas necessidades a partir da relação estabelecida entre o pesquisador e o sujeito. No caso desta pesquisa, foram escolhidos instrumentos individuais, como a conversação e a técnica de completamento de frases.

A conversação é considerada um processo ativo, travado entre o pesquisador e o pesquisado, e deve ser desenvolvida com iniciativa e criatividade pelo pesquisador, mediante o emprego de diversos recursos para superar as dificuldades de envolvimento apresentadas pelo sujeito, conforme afirma González Rey (2005). É na comunicação que o outro se envolve em suas reflexões e emoções sobre os temas que vão surgindo, e o pesquisador deve acompanhar tanto o envolvimento do participante como os conteúdos que surgem. A conversação busca, sobretudo, a expressão comprometida do sujeito que fala e representa uma aproximação do outro em sua condição de sujeito, buscando estimular sua expressão livre e aberta. Assim, os sistemas de conversação buscam a qualidade da relação que define o espaço de pesquisa.

A conversação enquanto instrumento define o caráter processual da relação com o outro como um momento permanente da pesquisa e se orienta a superar o caráter instrumental que caracteriza o uso da entrevista pela psicologia em detrimento de seu valor como processo de relação (González Rey 2005, p.49).

No caso do instrumento escrito de completamento de frases, o intuito principal está na possibilidade de o sujeito se posicionar de forma rápida e simples, bem como produzir, nesse espaço, sentidos subjetivos que facilitem a amplitude e a complexidade de suas expressões. Pode dessa maneira servir como um complemento para a conversação, permitindo assim uma construção mais ampla dos sentidos subjetivos e dos processos simbólicos das configurações subjetivas do sujeito estudado.

O sujeito da pesquisa preenche indutores curtos e de caráter geral, que podem se referir a atividades, experiências ou pessoas sobre as quais se quer que o sujeito se expresse, o que permite que haja uma expressão de sentidos subjetivos diferenciados em áreas da vida do sujeito. Por isso, tal instrumento se apresenta como uma rica fonte de informação para a pesquisa.

Nesta pesquisa qualitativa, pode-se afirmar que o objeto de estudo – o sujeito – é semelhante ao próprio pesquisador. Portanto, é relativa a sua condição de objeto, definida apenas por sua contribuição como fonte de informação, já que é o objetivo de conhecimento desta pesquisa e do pesquisador. O objeto, então, é um sujeito de atividade intencional, devido à sua interação permanente em múltiplos sistemas da vida pessoal, como afirma González Rey (2004).

Os dados obtidos na pesquisa qualitativa serão tratados de acordo com o descrito por Turato (2003). Primeiramente, será feita uma preparação do material, com a transcrição das conversações gravadas em fita, das anotações de campo e do instrumento de completamento de frases para arquivos no computador. Após, será feita uma pré-análise, com a realização de leituras flutuantes para buscar o não dito entre as palavras. Concluído esse momento, será feita uma categorização e subcategorização, destacando-se os assuntos por relevância e/ou repetição, além de eventuais reagrupamentos, para organizar os dados brutos. Em seguida, será feita uma validação externa, sob a supervisão do orientador desta pesquisa qualitativa, e debate dos resultados. Após, será feita a apresentação dos resultados, de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, para interpretação do material.

Dessa maneira, as informações serão construídas com base em referenciais teóricos e também a partir de dados de extrema importância fornecidos nos encontros com o sujeito e que possibilitaram conteúdos de informação profundos.

A pesquisa qualitativa oferece a oportunidade de entrar em contato com conteúdos novos do sujeito, que são dependentes da relação desenvolvida e que não podem ser previstos antes do contato. Frente a isso, o pesquisador reconhece a importância dos novos conteúdos e pode elaborar construções na pesquisa, mesmo não previstas anteriormente e que ganham novo foco e importância para todo o entendimento da pesquisa e produção do conhecimento. Aí se encontra uma grande qualidade da pesquisa qualitativa e da conversação: a espontaneidade presente na produção de idéias, que vão ganhando sentido a partir dos dados obtidos ao longo da pesquisa.

O sujeito escolhido foi LM, do sexo feminino, com 45 anos de idade, bancária e hipertensa. Os critérios de seleção para a escolha do sujeito respeitaram idade menor que 50 anos, a existência de diagnóstico médico de hipertensão e também por se mostrar receptiva e disponível para participar da pesquisa e responder aos instrumentos. A princípio, o sexo do sujeito não foi objeto de critério seletivo, mas a escolha se mostrou de grande relevância devido à alta incidência de hipertensão e problemas cardiovasculares no sexo feminino.

A intenção da pesquisa, o caráter sigiloso da identidade e a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa foram esclarecidos ao sujeito. Foi previamente autorizada pelo sujeito a utilização do gravador para registrar as conversações.

O sujeito elegeu o próprio ambiente de trabalho, no horário de sua conveniência, como o local para as conversações e a aplicação dos instrumentos.

A primeira conversação com o sujeito de estudo de caso e a aplicação da técnica de completamento de frases foram realizadas há dois anos, no segundo semestre de 2004, durante a disciplina Psicologia da Saúde, ministrada pelo Prof. Fernando González Rey, que, além de supervisionar todo o processo, foi o responsável pela elaboração tanto das perguntas utilizadas como foco para dirigir a conversação quanto da técnica de completamento de frases.

A primeira fase da pesquisa ocorreu no primeiro dia, com a conversação de aproximadamente uma hora de duração, cujo conteúdo mostrou-se suficiente para posterior análise e identificação do perfil psicológico condizente com a situação de

LM como hipertensa. No dia seguinte, foi-lhe solicitado que respondesse ao questionário de técnica de completamento de frases.

Daquela época até a elaboração desta monografia, o pesquisador não perdeu o contato com o sujeito. Transcorrido o período de dois anos, o pesquisador retomou o estudo de caso para continuar o acompanhamento do estado do sujeito e de sua hipertensão.

No segundo semestre de 2006, ocorreram duas novas conversações com o sujeito para identificar se teria havido alguma mudança na sua relação com a doença, seu desenvolvimento e respectivo tratamento. A terceira conversação foi terapêutica, realizada com o Prof. Fernando Rey, numa tentativa de não só conscientizar o sujeito das possíveis conseqüências da hipertensão, como também despertar uma reflexão acerca de pontos centrais na vida do sujeito que podem estar envolvidos com o surgimento da doença e talvez contribuindo para a sua manutenção.

Nas três conversações, o envolvimento entre sujeito e pesquisador, bem como a empatia e a qualidade da relação desenvolvida ficaram bem evidentes. O instrumento da conversação revelou-se extremamente útil e eficaz para o desenvolvimento da pesquisa e o relacionamento com o sujeito. Tal espaço possibilitou que o sujeito se sentisse à vontade para expor conteúdos de cunho pessoal, que enriqueceram todo o processo de compreensão de sua doença, o que foi de fundamental importância.

Houve inegável comprometimento e colaboração do sujeito, sempre disponível para participar de todos os momentos da pesquisa. Isso pôde ser percebido pelos conteúdos de sua vida pessoal revelados tanto nas conversações quanto no completamento de frases. Certamente a relação de confiança que se estabeleceu entre sujeito e pesquisador facilitou o aprofundamento dos conteúdos e a riqueza das informações.

IV. Construção das informações

As conversações realizadas com LM, sujeito do estudo de caso, foram muito ricas para esta pesquisa, no que diz respeito à sua emocionalidade, sua subjetividade e suas estratégias de enfrentamento da hipertensão.

A hipertensão é uma doença altamente mediatizada pelo psicológico e não há uma causa única para seu surgimento. É muito importante perceber que se integram fatores de caráter genético e social, os quais, conjuntamente, influenciam a evolução da doença. O interesse na análise deste estudo de caso é identificar tais fatores para proporcionar uma melhor compreensão do modelo.

A descoberta da hipertensão por LM ocorreu há aproximadamente três anos, quando se encontrava com 45 anos. Segundo disse, não ficou aborrecida com o diagnóstico. Sua única preocupação era lembrar-se de tomar o remédio prescrito, de uso contínuo para controle da pressão.

A representação social da doença, no caso de LM, se encontra na relação feita por ela entre sintomatologia e seriedade da doença. *“O problema é que, como eu não sinto nada, pra mim não é problema ainda. O dia que realmente me der algum... não sei o que pode dar, tiver um AVC, ou qualquer coisa, aí é capaz de me preocupar. Mas como não dá nada, aí não levo a sério”*. Como a hipertensão não possui uma sintomatologia definida, ela não dá importância e conseqüentemente não demonstra postura comprometida com seu tratamento. Isso é algo muito grave, pois uma visão da doença ligada à sintomatologia pode ser um perigo para a hipertensão, já que pode gerar conseqüências mais sérias a qualquer momento.

Essa representação social da doença é que está definindo a maneira de LM enfrentar o mundo, seus problemas, seu contexto de vida e sua relação com a hipertensão. Tais representações influenciam a escolha de seu modo de vida e de sua rotina. *“Lavo roupa, lavo louça, dou banho em cachorro, limpo o banheiro, limpo casa tudo antes de caminhar e se for levantar às cinco horas da manhã pra caminhar sempre vou ter coisa pra fazer (...) eu não faço exercício, é preguiça, eu sei que é (...) a gente nunca tem tempo, e o tempinho que eu teria pra deitar numa rede, assistir televisão, ler um livro eu teria que fazer exercício. Eu não gosto de fazer exercício,*

e eu não teria nem um tempinho pra descansar, fazer o que eu gosto. Então não faço”.

A respeito de sua medicação, diz que *“o problema é que eu tenho que tomar às duas horas da tarde, e não é um horário que eu vou fazer alguma coisa, e aí eu esqueço mesmo. Está em cima do meu micro, bem na minha frente, embaixo da tela, mas mesmo assim eu esqueço de tomar”, “ele (o médico) disse que tenho que continuar a tomar remédio de pressão, só que eu esqueço todo dia. Às vezes eu lembro, tomo uns dias seguidos e aí esqueço de novo. É um problema isso, porque a gente não sente nada e aí esquece de tomar o remédio. Mas continuo com problemas de pressão, os picos são à noite e eu tenho que tomar remédio”.* Como não dá importância à hipertensão, não tem atitudes coerentes com seu estado: esquece de tomar seus remédios, não dá importância à prática de exercícios nem faz um acompanhamento médico dos níveis de colesterol e das alterações da pressão arterial. *“É, meu médico disse que eu tinha que fazer caminhada. Mas eu continuo não fazendo”.* Ela diz que deveria dar mais importância à sua doença, mas que, como não sente nada, não encara como uma doença e não dá a atenção devida a ela. Essa realidade permanece inalterada desde a primeira conversa, há dois anos, até as que foram realizadas neste semestre.

Fica muito clara a postura de LM a respeito da doença quando afirma que não se preocupa nem um pouco com sua pressão alta, pois não se qualifica como uma pessoa preocupada. Parece que sua preocupação está relacionada a outras pessoas, sobretudo seus familiares. Sua despreocupação fica também evidente quando, ao ser questionada se os familiares sabem do seu problema de pressão alta, responde que nenhum deles sabe. *“Se fosse uma coisa que eu considerasse séria, eu falaria. Mas eu não considero que é uma coisa séria, sabe? Eu sei que é uma coisa que tem que cuidar. Uma coisa complicada isso, né. Mas é uma coisa que a gente não leva a sério, a gente não leva isso como uma doença. Não sei se é todo mundo assim, mas a gente não encara isso como uma doença. Eu comento com elas das minhas dores de cabeça, dessa minha dor no braço, essas coisas elas sabem”.* Para justificar a atitude de não revelar a doença aos familiares, minimiza seu problema e atribui grande importância às dificuldades vividas por eles no dia-a-dia. *“Meu problema é tão pequeno perto dos deles, né?”, “meu problema perto dos deles não é nada”.*

LM demonstra estar consciente das conseqüências da hipertensão a longo prazo. Afirma repetidas vezes que foi orientada sobre a doença, sabe que tem de se cuidar e revela ser uma pessoa bem informada. *“Eu sei que é problema, eu sei que tem que cuidar, mas como no meu dia-a-dia, você tem outras coisas pra se preocupar, que você sente direto, você vai deixando isso pra depois, só que pra depois pode ser quando dê alguma coisa, dê coisa grave. Só que como tem outras coisas que tem que cuidar, você acaba deixando pra depois isso. Mas não é falta de informação, não. Acho que as pessoas têm isso, tem informação, sabem que é perigoso, sabem que é doença, que tem que cuidar, mas não encaram como tal porque tem outras coisas que no momento ta atacando mais, no caso ta sentindo mais. Mas eu acho que não é falta de informação, não, eu acho que é falta de vergonha na cara”*. O fato de não ter ficado triste nem inconformada com o diagnóstico da doença e de também não demonstrar preocupação deixa clara a imagem que possui da hipertensão e de como subestima a doença. *“Só fiquei pensando: será que eu vou lembrar de tomar esse remédio?”*.

Essa atitude de quase alheamento frente à doença pode derivar do fato de que seu pai tinha hipertensão e colesterol alto e, segundo disse, viveu a vida toda sem fazer nenhum tratamento e sem ir ao médico. *“E o meu pai, eu tenho certeza, ele nunca fez exame, meu pai não ia a médico. Que tinha hipertensão, e tinha colesterol. Porque esses negocinhos que eu tenho no olho, que a minha médica disse que só tem quem tem colesterol alto, meu pai tinha. Meu pai teve isso e viveu a vida toda sem fazer tratamento, sem cuidar de nada”*. LM disse também que sua mãe tinha problemas cardíacos, mas não soube explicar se eram devido à hipertensão ou ao colesterol alto. *“Minha mãe não tinha colesterol alto e hipertensão... não, ela tinha problema cardíaco”*.

O fato de o pai ter convivido com a hipertensão a vida toda, sem sofrer sérios danos à saúde, atesta que a sua representação social da doença tem muita relação com sua história de vida e está intimamente ligada à visão que a família compartilha. A experiência vivida pelo pai, que praticamente não sofreu com a hipertensão, além de acabar gerando a falsa crença de que o mesmo vai ocorrer com ela, pode influenciar para que não se empenhe no tratamento nem possua expectativas negativas a respeito das conseqüências da doença.

De acordo com LM, ela não pratica os exercícios indicados pelo médico para controlar o colesterol por falta de tempo e de força de vontade, além de não gostar de atividade física. Interessante observar que o médico só não prescreveu o uso de remédios porque preferiu recomendar caminhadas que seriam suficientes para baixar o nível do colesterol. Mesmo sabendo que a falta de caminhadas comprometeria a sua saúde, LM não recorreu ao tratamento medicamentoso. *“Não, ele disse que não precisa (tomar o medicamento), ele sugeriu que eu faça caminhada. Que meia hora de caminhada por dia seria suficiente pra baixar meu colesterol. Não é muito alto, mas... Já tem muitos anos que ele está um pouquinho acima”*. Conforme se pôde observar, ela mantém a atitude até hoje, dois anos após a primeira conversaçãõ.

Na segunda conversaçãõ, relatou mudança em sua rotina que inclui sessões de massagem, além de aulas de alongamento e relaxamento duas vezes por semana. *“Eu tenho essa DORT desde 83, então assim ó, tem época que ela ataca mais (...) Certamente quando se fica muito tensa, a dor é maior, o que eu acho que automaticamente você fica muito tensa e retrai tudo, aí a dor é pior. Por isso que tenho feito relaxamento duas vezes por semana. Alongamento e relaxamento, primeiro eu faço alongamento, depois eu faço relaxamento”*. Tal iniciativa atesta um esforço volitivo em busca de soluções. Nesse caso, numa tentativa de diminuir ou controlar a tensão e ainda de reduzir as intensas dores provocadas pela DORT, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Na primeira conversaçãõ, LM relatou que sofria com fortes dores de cabeça havia mais de 12 anos. mas que eram controladas, ou pelo menos atenuadas, com sessões de massagem e também com as aulas de alongamento e relaxamento. Segundo ela, *“só depois que começou a fazer massagem toda semana é que sua enxaqueca ‘reduziu a quase zero’”*. Sua massagista reparou que a prática de tais atividades estava contribuindo para diminuir a tensão muscular. *“Quando a minha massagista me perguntou, falei: ‘nossa, faz diferença mesmo!’”. A gente acha que não faz diferença, porque não é uma coisa que doa, que dê trabalho, a gente perde quinze minutinhos, meia hora. E ela notou”*. Com relação a essas atividades, LM fez declarações interessantes: disse que não são coisas que “doam”, nem que dêem “trabalho”, que se “perde” em torno de trinta minutos em sua realizaçãõ e que fazem diferença. A relaçãõ que ela faz com os termos “dor”, “trabalho” e “perda” é muito

significativa, pois reflete o que talvez seja relevante para ela – as diferenças visíveis no estado de espírito e no corpo – e define sua relação com o sintomatológico.

LM reconhece que as dores de cabeça estão muito ligadas à tensão: quando vivencia alguma situação que a submete a fortes tensões, aparecem as enxaquecas. O fato de LM possuir DORT também limita a realização de atividades que lhe são prazerosas, como trabalhos manuais e tricô, o que acaba gerando tensão, pois deixa de fazer aquilo de que gosta por causa de dores no braço direito.

É interessante verificar que, na primeira conversação, LM relatou que seus picos de pressão ocorrem durante a noite, o que para ela *“era uma coisa sem nexo nenhum”*, mas que certamente é reflexo de tudo o que foi vivenciado ao longo do dia, o que pode deixá-la tensa e, em consequência, afetar seu sono.

Na segunda conversação, LM relatou que tem ocorrido com frequência de ela ir dormir e acordar de madrugada sentindo intensas dores de cabeça, tendo que levantar-se, tomar remédio para aliviar a dor de cabeça e poder voltar a dormir. *“Isso tem acontecido, durmo e acordo de madrugada com dor de cabeça. Isso acontece freqüente. Essa noite mesmo acordei com dor de cabeça 5 horas da manhã, com uma dor de cabeça insuportável tenho que levantar e tomar remédio pra dor de cabeça, pra aliviar e poder voltar a dormir. Tem vezes que consigo dormir de novo, mas tem vezes que não consigo. Mas é uma coisa estranha, dormindo dá dor de cabeça”*. Essas intensas dores de cabeça de LM podem decorrer da grande tensão gerada durante o dia e que acaba se refletindo à noite, quando está dormindo. A presença da tensão fica clara neste momento, o que pode também estar acarretando as alterações de pressão noturna em LM, pois se sabe que a tensão pode influenciar a pressão sanguínea.

Na segunda conversação, LM relatou que se submetera recentemente a um exame periódico no qual se verificou estar sua pressão arterial medindo aproximadamente 16 por 12, que é considerada alta, *“o médico disse que eu tenho que tomar remédio pra pressão. Perguntou se eu estava sentindo algo, e eu disse que não, não estava sentindo nada. E disse que eu tenho que continuar tomando remédio, e inclusive disse que ajudaria pra melhorar a dor de cabeça. Por isso que agora, ultimamente eu tenho me lembrado de tomar o remédio, pela questão da dor de cabeça”*. Ele afirmou para ela que o remédio para controlar a pressão ainda seria útil para

reduzir as dores de cabeça, já que funciona também como vaso dilatador. O interessante é que, a partir do que o médico disse, ela começou a se lembrar de tomar o remédio, justamente por causa das dores de cabeça. Fica visível a relação que ela faz com doença e sintoma, pois só se lembra de tomar o remédio quando sente alguma coisa, ou seja, as dores de cabeça sinalizam que deve tomar o remédio.

Na segunda conversação relatou que, nos últimos tempos, cada vez que fica nervosa, preocupada, aparecem marcas em seus braços parecidas com marcas de picada de mosquito. *“Cada vez que eu fico nervosa, preocupada com alguma coisa, fico toda cheia de marcas”*. Isso não fazia parte de sua realidade dois anos atrás. Ela relaciona o aparecimento dessas marcas com momentos de forte significação emocional para ela, *“Minha mãe morreu no começo do ano, e eu fico preocupada com a minha irmã que fez transplante em maio. Aí a minha outra irmã fica preocupada e fica me ligando, porque a irmã que fez o transplante não se cuida”*. E essa irmã, de acordo com LM, vem tendo atitudes não coerentes com seu estado, perigosas para sua saúde e que podem comprometer o sucesso da cirurgia, o que deixa LM muito preocupada. Outro elemento gerador de grande tensão para ela são os problemas relacionados com o inventário da mãe, cuja condução os irmãos deixaram sob sua total responsabilidade, o que a sobrecarregou. Ficou evidente na conversação que ela se sente inconformada com essa realidade, pois sua voz ficou alterada, mais alta e firme, no momento deste relato, ao lembrar-se dos problemas. É como se a situação gerasse nela um sentimento ruim, que a deixa incomodada.

Pode-se identificar em LM uma tendência comprometida com os outros, e não com linhas de ação e de objetivos próprios, denotando um determinismo externo em sua vida. Na primeira conversação, relatou que se mudara de Porto Alegre, onde morava com seus familiares, para Brasília, com a intenção de cuidar de si mesma e se afastar dos problemas da família. *“Não agüento mais, preciso desligar um pouco. (...) Vim pra cá pra pensar em mim, chega de pensar nos outros, deixa eu pensar em mim”*. Veio acompanhada das três filhas, mas, desde que chegou a Brasília, havia tirado dois momentos para cuidar da mãe, que não estava bem de saúde. *“Minhas férias sempre são pra ficar no hospital com alguém”*. Essa realidade não mudou muito: na segunda conversação, LM relatou diversas situações em que, da mesma forma, reservou momentos do seu lazer e descanso para ir a Porto Alegre cuidar de alguém doente ou resolver algum problema referente ao inventário de sua falecida

mãe. Parece que o fato de ter se mudado de Porto Alegre não foi suficiente. O melhor seria se houvesse uma mudança de postura diante de tal realidade.

Ela tenta, entretanto, reservar para si momentos que geram satisfação e um afastamento de tais situações, os quais não mudam sua realidade concreta, apenas por alguns momentos a afastam de tais problemas, mas que não solucionam sua realidade eficientemente. *“Por isso que eu fui marquei essa uma semana no Rio, porque eu sabia que o tempo que eu ficasse em Porto alegre seria resolvendo problema, tá”*. Por exemplo: uma viagem para a praia na companhia de pessoas queridas. Foi uma decisão em prol da vida dela, muito positiva e que sinaliza que, enquanto esteve na viagem, viveu momentos agradáveis e que lhe fizeram bem.

A tendência em assumir responsabilidades por seus familiares e resolver problemas externos é um gerador de tensão para LM. Ela já identificou isso quando resolveu sair de Porto Alegre para Brasília, fugindo do contato dependente de sua família com relação a ela. Nesse sentido, LM descreveu que acredita que a origem de suas dores de cabeça está muito relacionada com o fato de assumir um excesso de responsabilidades ao longo de sua vida, que a sobrecarregavam e a deixavam muito tensa, *“Sempre fui muito certinha, a responsável da casa (...) eu não sei até que ponto isso era natural e continuou, ou era uma coisa natural e foi forçada a aumentar ao longo da vida”*. Na terceira conversação, LM afirmou: *“Quando eu era criança, eu gostava. Eu achava o máximo a minha mãe me deixar de responsável e não a minha irmã mais velha (...) Só que chegou num ponto que eu deveria ter mudado isso quando eu cresci, e eu não consegui mudar”*. Fica claro que esta realidade tomou proporções que vão além do suportável por LM. Em contrapartida, percebe-se que muito disso se tornou uma necessidade dela, sua postura comprometida com os outros, de ser responsável por eles, mas que há muito tempo não consegue impor limites a essa situação.

A criação das três filhas, de acordo com LM, foi de inteira responsabilidade sua. Seu ex-marido, que, segundo ela, não a ajudava na criação das meninas, não assumia responsabilidades, principalmente com as crianças, e as delegava a LM. Durante muitos anos, assumiu um ritmo de vida que incluía trabalhar durante a noite em um banco e cuidar das três filhas durante o dia. O discurso de LM revela que vivia em um conflito muito grande, porque de um lado seu ex-marido não assumia

responsabilidades com suas filhas, criticando seus esforços em realizá-las; por outro lado, na frente de terceiros, atribuía os esforços e atitudes de LM como se fossem seus também. Isso causou em LM intenso conflito, acompanhado de revolta e indignação, pois tinha que suportar as reclamações do ex-marido ao mesmo tempo em que via que suas atitudes com terceiros não eram condizentes com as que ele mantinha com a sua família, *“tinha que responder aos outros, porque a culpa sempre é da mãe, de qualquer coisa (...) a tensão era muito grande”*.

LM afirma que sempre foi muito responsável: quando criança, ajudou a cuidar dos irmãos menores, e ao longo do tempo foi assumindo mais e mais responsabilidades dentro de casa. O que demonstra a presença de uma postura comprometida com o externo, com outros: *“eu fico sobrecarregada, os problemas das minhas irmãs, os problemas da minha mãe eu resolvia, os problemas do meu irmão, tanto que eu vim pra Brasília pra fugir disso. Porque, além de resolver os meus problemas e os das minhas três filhas, todos que eram problemas de família, eu tinha que resolver. Eu vim pra Brasília pra fugir disso”*. Essa decisão de LM de sair de sua cidade e vir morar em Brasília mostra uma tentativa de mudar a realidade que lhe causava tensão, algo positivo com relação à sua pessoa, e para melhorar sua qualidade de vida e buscar soluções para a situação que a incomodava. É também importante, além dessa atitude, que caracteriza uma intenção de fugir e sair fora desses problemas e situações, uma postura que garanta que esta realidade não se mantenha mesmo estando distante de sua família.

Na terceira conversação com LM, cujo intuito foi de realizar uma conversação terapêutica para que ela pudesse refletir e perceber pontos em sua vida que necessitam de mudança por sua parte para otimizar a sua saúde, ela demonstrou estar consciente de quanto este excesso de responsabilidade está comprometendo sua saúde. *“É eu acho que faz. Inclusive eu acho que esse problema de pressão alta, essas dores que eu tenho, muita dor no braço, porque eu tenho LER, e frequentemente que nem agora eu estou fazendo fisioterapia, por causa dessas dores. Eu tenho certeza que isso é, não só por causa do serviço que eu faço, é pela questão de estar sempre preocupada com os outros”*. Essa consciência é o primeiro passo para a mudança, para que ela tome decisões com o objetivo de melhorar a sua vida.

Na primeira conversação com LM, ela afirma “*eu controlo tudo, sabe o que é a pessoa saber controlar as coisas? Não digo tudo, mas quase tudo. Eu noto quando estou começando a ficar afobada, aí eu controlo, quando fico irritada no trânsito, eu consigo controlar (...)eu sempre fui muito rápida, muito apressada, tudo cronometrado (...) um dia eu me decidi que ia mudar, simplesmente parei de usar relógio*”, no seu desempenho escolar sempre tirava as melhores notas, estudava “feito louca” para isso. Essa tendência de querer controlar até mesmo suas reações no dia-a-dia, este controle que ela mesma admite que era excessivo em sua vida e sua postura de querer sempre tirar as melhores notas em seu histórico escolar, revelam a presença de um perfeccionismo, de uma vontade de que tudo corra bem e de acordo com o previsto.

Isso é algo que pode ser grande gerador de distresse e de tensão, pois nem tudo ocorre conforme o planejado, o que pode não ser bem aceito por uma pessoa que tem esta tendência perfeccionista. O relevante é que quando percebeu que a pressa estava deixando-a afobada, que no trânsito ficava irritada, decidiu mudar e parou de usar relógio, numa tentativa de desacelerar sua rotina, o que mostra ser algo saudável como reação a esta realidade que pode ser grande geradora de tensão para ela em seu dia-a-dia, como ela mesma concluiu. Com relação à sua necessidade de tirar as melhores notas, tal atitude pode ser um indício de uma preocupação por parte de LM em corresponder às expectativas dos outros (de sua família principalmente), e para isso se esforçava bastante.

A presença forte do determinismo externo e do perfeccionismo na vida de LM pode constituir uma configuração psicológica de sua personalidade que favorece a uma vulnerabilidade ao distresse, e podem ser indicadores de um processo de despersonalização, em que a autodeterminação acaba sendo substituída por uma orientação baseada em critérios externos e acompanhada pela agudização de conflitos simultâneos entre múltiplas necessidades individuais não conscientes por ela e nem visíveis em seus comportamentos concretos. Dessa maneira, o deslocamento de seus desejos e aspirações pessoais aos de outras pessoas causa grande tensão   LM, pois isto, além de sobrecarregá-la e ser muito exaustivo, a impede de alcançar e conquistar o que ela realmente quer para si e para sua vida.

Algo muito relevante na fala de LM na terceira conversação foi a respeito de sua identidade construída ao redor do papel de mãe. Este parece ser o centro de sua vida, como ela se reconhece, na maneira como ela se relaciona com os outros. A mãe cuida, protege, se responsabiliza, responde, atende às necessidades. E este tem sido, talvez, um padrão de comportamento que se prolonga ao longo de sua vida, esta postura maternal de se relacionar, seja com suas filhas ou seus parentes. *“O que eu mais gosto de ser é mãe, o que eu mais gosto de fazer é coisa de mãe, o que eu sou em primeiro lugar eu sou mãe. É um defeito? Porque eu não superei isso. Eu sei que minhas filhas cresceram, eu encaro elas diferente, trato de forma diferente. Mas eu continuo me sentindo responsável”*. Ela se identifica com este papel, ela se reconhece a partir deste papel. Só que isto ganhou proporções tão grandes, que acaba por trazer conseqüências ruins para sua vida, pois assume responsabilidades muito além do que é capaz de corresponder.

LM em seu relato na primeira conversação afirma que *“o médico diz que eu tenho que ser uma pessoa mais equilibrada, ficar menos brava com as coisas, mas eu não consigo. Eu me considero uma pessoa calma, mas eu fico indignada quando começam a fazer besteira, eu tento me afastar, mas tem coisa que não dá. (...) mas eu estou tentando mudar, me afastar, não me envolver mais nesse processo”*, também afirma *“sou uma pessoa muito brava, muito briguenta, com sangue italiano”*. Tal discurso pode revelar uma contradição em sua auto-imagem, pois, ao mesmo tempo em que se considera uma pessoa calma, seu discurso revela que é também uma pessoa brava, revela também a maneira como LM reage diante de diversas situações em sua vida, em seu cotidiano. Tal forma de enfrentar situações em sua vida está diretamente relacionada com a subjetividade de LM, construída ao longo de sua vida, nos diversos espaços sociais vividos e que influenciam na maneira como reage nas situações de sua vida, seja de maneira positiva, seja de maneira negativa, a exemplo do que ela mesma afirma, ficando brava, e causando tensão para si mesma.

LM apresenta uma configuração psicológica altamente vulnerável ao distresse, o que é perceptível, pois fica facilmente brava e indignada, perdendo o controle e tornando seu comportamento explosivo e impulsivo. Isto é o que ela percebeu que é presente em sua personalidade e que tenta mudar e ser mais controlada. Esta von-

tade de mudar denota uma lógica na reestruturação do campo de ação de um de seus maiores conflitos, que é sua personalidade impulsiva.

Na primeira conversação realizada, LM relata sobre a depressão *“minha família toda tem depressão, é uma coisa hereditária, uma coisa horrorosa*. Das várias crises que LM apresentou, somente duas foram fortes, *“uma delas consegui resolver logo, mas a outra foi muito complicada”*.a respeito desta segunda, ela relatou que em comum acordo com o psiquiatra, foi internada em um hospital por quinze dias para se recuperar deste episódio de depressão.

Algo muito significativo em seu discurso foi como se referiu a este período: *“uma maravilha, que saudade que eu tenho do hospital, não recebia ligação, não podia receber visita a não ser de minhas filhas que escolhi para poderem me visitar. Telefonema era um por dia, e escolhia de quem queria receber. (...) Não tinha problema, pra começar que não tem que fazer nada, o máximo que eu tinha que fazer era arrumar a minha cama, conversava com o pessoal, porque tinha um pessoal legal, de repente eu dei sorte. Dormia legal, depois ia almoçar, jogava um pouquinho de carta com o pessoal, depois dormia um pouco depois do almoço ... umas férias, ótimo. Tomava remédio, fazia terapia ocupacional, que era ótimo, pintava, desenhava, fazia uma hora de sessão com o psiquiatra. Foi um descanso, uma maravilha. E eu dizia para o psiquiatra “ai que saudade que eu tenho do hospital” e ele respondia “é, mas você não pode voltar”, mas que dava vontade dava”*

Tal relato mostra grande importância, pois revela o quão tensa e estressante estava sua vida e sua rotina neste momento. Talvez este período tenha sido muito importante para ela parar, pensar, reorganizar sua vida e se manter durante um tempo longe de preocupações, problemas, dos quais nem mesmo durante suas férias consegue se manter. Na terceira conversação, LM ainda afirmou que *“Na verdade o hospital não é agradável, a vantagem é que você não tem que fazer nada”*. O que confirma como sua rotina naquele momento estava causando um impacto em seu emocional, mais uma vez, sobrecarregando-a.

Na segunda conversação com LM, quando questionada se sentia necessidade de conversar com alguém para desabafar a respeito dos problemas vivenciados com seus familiares, principalmente após o falecimento de sua mãe, e que causam tensão a ela, afirmou: *“Mas esses problemas eu não acho que sejam problemas que*

me afetam, que eu precise ir procurar. Eu quando procurei psicólogo e psiquiatra, né, eram problemas meus mesmo, coisas internas, coisas minhas, mesmo. Não eram coisas de fora que me incomodavam, eram coisas minhas que me incomodavam. Quando é coisa de fora eu acho que é muito mais fácil de resolver. Acho que não precisa, não sinto necessidade". É perceptível que tais problemas causam aborrecimento para LM, e sua postura diante deles mostra que prefere guardar para si mesma e por si só tentar encontrar soluções para resolvê-los no que cabe a ela, ao invés de procurar uma ajuda, para desabafar, ou mesmo uma opinião diferente para enfrentar as suas situações familiares.

Com relação às marcas que aparecem em seus braços, e que, de acordo com LM, possuem relação com sua emocionalidade, ela se culpa a respeito, *"A culpa é minha, de botar tudo na pele, né? (...) Pois é, mas sou eu que faço... eu que provooco, pronto, eu que provooco (...) Eu podia ter uma outra forma de botar isso pra fora, sem ser..."*. Tal reflexão realizada por ela talvez denote uma capacidade de perceber que ela poderia desenvolver maneiras diferentes de reagir frente às diversas situações vivenciadas por ela em seu dia-a-dia, de como ela mesma falou, "botar pra fora", o que a está incomodando.

Na terceira conversação, LM afirma que não consegue poupar nada por mês com o intuito de poder realizar atividades de lazer como ir ao cinema, por exemplo, pois tem gastos que não permitem isto. *"Não, eu to no vermelho(...)Eu não vou ao cinema, não sobra dinheiro"*. Esta fala de LM revela que ela não realiza certas atividades de lazer, que podem trazer momentos de descontração para sua vida em sua rotina no dia-a-dia, porque seus compromissos financeiros, de acordo com ela, são muitos. Isto pode ser devido ao fato de que estes momentos não são tão importantes para ela, ou porque ela prefere gastar algum dinheiro em outras situações, como em viagens, que podem ter mais valor para ela. O importante, que foi ressaltado na conversação, é que ela reconheça o quão importante é reservar momentos de lazer para ela, que atendam às suas necessidades e a tragam realização.

Com relação à técnica de completamento de frases, este forneceu muitas informações novas com relação às conversações desenvolvidas com LM, bem como confirmaram outros dados fornecidos por ela nestes momentos.

LM expressa muitos conteúdos em relação à sua família, quando questionado quais seriam as três maiores alegrias sua vida, relaciona suas três filhas, *“minhas filhas maravilhosas, que me dão força e impulso para crescer”*. O que denota a importância que elas possuem em sua vida. Além deste momento, relaciona outras frases à sua família.

21) Amo: *minhas filhas e minha neta.*

41) Sempre que posso: *fico com minha neta.*

49) O lar: *é o melhor lugar do mundo.*

54) Uma mãe: *consciente deve educar os filhos e não somente criá-los.*

55) Sinto: *enorme prazer em família.*

56) Os filhos: *são uma razão a mais para querermos crescer.*

Para LM, suas filhas e neta são a peça-chave para seu bem-estar. São pessoas muito queridas em seu convívio, trazendo satisfação e alegrias. São pessoas que possuem características diferentes as quais ela tem que administrar, como uma de suas filhas, que é desorganizada, fato que a incomoda, pois moram juntas. Se sente querida em meio às suas filhas, dando a entender que há um sentimento de pertencimento entre elas, de importante apoio emocional. O lar para LM é um lugar que a faz feliz, que traz satisfação, onde ela pode desfrutar da companhia de pessoas que ama.

30) Me custa trabalho: *manter a casa arrumada, minha filha é a desordem em pessoa.*

62) Odeio: *sujeira e bagunça.*

Ao mesmo tempo em que é algo positivo esta relação familiar, pode ser também gerador de tensão, principalmente no que diz respeito à sua filha que não tem os mesmos hábitos de organização que LM, se for um problema diário, constante, pode trazer momentos desgastantes para o convívio familiar e para a relação entre elas. Podendo assim causar aborrecimentos e conseqüente alteração de pressão devido à tensão vivenciada.

68) Meus amigos: *são ótimos.*

69) Meu grupo: *de amigos não é muito grande, mas é de grandes pessoas.*

Seu grupo de amigos se mostra bastante importante para LM, ela faz referência a eles tanto nas conversações (faz viagens na companhia deles, se esforça para organizar seus horários para encontrá-los em seu dia-a dia) quanto no completamento de frases. Este apoio social é de extrema importância para LM, oferecem momentos de prazer e satisfação ao seu cotidiano, bem como são a companhia escolhida para seu descanso, para sair um pouco do contato com problemas que a incomodam, para suas viagens.

52) Os homens: *também são seres humanos, embora às vezes seja difícil de acreditar. Brincadeira!! Os homens têm os mesmos problemas das mulheres, o estereótipo pesa mais que sua verdadeira natureza.*

LM não faz referência específica a seu ex-marido no completamento de frases, apenas na primeira conversação, revelando intensos conflitos. Faz referência em trecho do completamento de frases, à sua imagem da figura masculina e à sua natureza, o que pode ter correlação com a experiência que teve em seu casamento, e com os pontos de conflito desenvolvidos com seu ex-marido.

40) Meu maior tempo dedico: *a prover a família.*

61) Meu maior prazer: *é presentear as pessoas que amo.*

26) Creio que minhas melhores atitudes: *são em relação aos outros. Sou muito crítica comigo*

Fica claro o compromisso sentido por LM com sua família, com suas filhas, de provê-las. Seu sentimento ainda é de responsabilidade para com elas, apesar de elas já serem adultas. O fato de seu maior tempo ser dedicado a prover a família e não a concretizar suas necessidades e desejos é algo muito relevante, denotando a postura comprometida com os outros que LM possui. O fato de seu maior prazer estar relacionado a presentear as pessoas que ama, ainda revela como os outros estão em patamar elevado havendo uma orientação para o externo, onde a satisfação dos outros, a felicidade dos outros são muito importantes para LM. Parece haver uma tendência em assumir a responsabilidade pela felicidade daqueles que estão à sua volta, sem necessariamente relacioná-la, de maneira adequada, à sua própria felicidade.

Quando afirma que suas melhores atitudes são em relação aos outros, e que é muito crítica consigo mesma, revela que ela freqüentemente se coloca em segundo plano frente aos outros, deixando sua vontade e realização postergadas. Suas atitudes podem possuir uma dependência e sensibilidade a uma valorização externa, com conseqüente intuito de obtenção de uma valorização elevada pelos outros, onde se coloca em um papel, em uma posição de apoiar, ajudar ou fazer felizes seus entes queridos. Tal compromisso é uma responsabilidade muito grande que ela se atribui, e nem sempre é fácil e possível agradar aos outros. Muitas vezes os esforços empreendidos por LM podem não receber a valorização pelos outros da forma como ela espera, e isto é um gerador de tensão.

3) Gostaria de saber: *falar fluentemente francês, inglês, espanhol e italiano.*

19) Meu maior problema: *é não ter ânimo para fazer exercício, e eu preciso disso.*

24) Meu principal problema: *é falta de dinheiro. Se eu tivesse dinheiro, poderia morar num sítio com um monte de filhos e ainda fazer uma porção de cursos (de línguas, de artes, artesanato etc...).*

37) Tratarei de conseguir: *um tempinho para fazer o que gosto.*

Um núcleo temático que aparece no complemento de frases de LM se encontra com relação a coisas que ela gostaria de realizar e que por diversos motivos acredita não poder concretizar, pelo menos não neste momento. Algo importante de ressaltar é que LM pode se organizar perfeitamente para realizar tais desejos, como fazer cursos de línguas ou tempo para fazer coisas mais específicas das quais gosta. O que a impede de realizá-los é algo importante de análise, o que pode estar relacionado com o fato de LM se colocar muitas vezes em segundo plano em sua vida, dando grande importância a realização de coisas relacionadas aos que estão à sua volta, à sua família. O fato de não praticar exercícios apareceu no completamento de frases também, o que parece deixá-la inconformada por não poder fazer algo que parece reconhecer como sendo importante para sua saúde, mas que talvez não dê a devida importância, e não empenhe fortemente para concretizar por não gostar de caminhar.

29) Meu esforço diariamente: *para ter calma em todas as situações.*

31) Meu maior desejo: *é tranquilidade.*

32) Sempre quis: *ter uma vida tranqüila.*

60) Necessito: de férias.

LM afirma se esforçar por ter calma para enfrentar as situações em sua vida, o que é coerente com os conteúdos das conversações, nos quais ela relata reagir com indignação, e ficar muito brava e parece reagir também de maneira impulsiva em certas situações. É algo que ela reconhece que deve mudar, pois trás consequências negativas para ela, gerando tensão e alterando sua pressão, sendo de dia ou mesmo à noite, podendo refletir em seu sono e gerando dores de cabeça.

Esta característica personológica de LM foi reconhecida por ela como problemática para si mesma, esta impulsividade e também sensibilidade podem ser um elemento vital no que diz respeito à sua vulnerabilidade ao distresse. É importante ressaltar que, se LM deseja tranqüilidade, é porque ela não possui isto em sua vida, pois ninguém deseja algo que já possua. Seu anseio por tranqüilidade se mostrou bastante presente no completamento de frases, o que é algo bem relevante levando em consideração o que foi dito nas conversações realizadas, e no relato de diversas situações que trazem preocupações, em que LM se vê sobrecarregada por diversas obrigações e responsabilidades por ela assumidas. Mesmo em suas férias não consegue descansar o quanto deseja, pois acaba por ter que resolver diversos problemas e situações principalmente familiares. Ela não precisa simplesmente de férias, mas de um tempo em que possa descansar e relaxar verdadeiramente, sem se ocupar com problemas alheios e apenas consigo mesma.

4) Lamento: *não ter me rebelado contra o tipo de vida atual e carregado minhas filhas para o interior.*

22) Minha principal ambição: *é uma casinha no meio do mato.*

Apesar de não poder tornar realidade certos desejos que possui hoje, não faz com que LM se sinta uma pessoa fracassada, apenas talvez a impulsiona a realizá-los algum dia. Os planos que deseja alcançar, como a busca de tranqüilidade para sua vida e morar numa casinha no mato, podem perfeitamente ser realizados num futuro próximo. Este seu desejo, de morar numa casinha no meio do mato, remete a estar distante de uma vida que para ela pode ser estressante e fonte de preocupações, talvez uma vontade de fugir das tensões provenientes da cida-

de e quem sabe ficar longe de problemas que vivencia, ou pode vir a vivenciar em contato com esta realidade.

Ao mesmo tempo em que afirma que as aspirações que deseja alcançar e seus maiores projetos são “*Me aposentar, ir morar em cidade pequena, levar uma vida tranqüila – são coisas que sempre desejei mas nunca tive condições de fazer, pois preciso estar onde estão as oportunidades profissionais e as escolas para formação de minhas filhas*”, afirma que algo que lamenta é não ter se rebelado contra o tipo de vida atual e ido morar com suas filhas no interior. O importante é que ainda quer realizar isto, mas não pode antes de se aposentar. Até poder concretizar tais aspirações, terá que conviver com sua realidade e administrar da melhor forma possível, da forma menos sofrida para ela mesma, esta realidade.

Com relação à sua auto-imagem, algumas frases se mostraram importantes.

23) Eu prefiro: *sorvete e chocolate que barriga tanquinho.*

25) Gostaria: *de ser mais vaidosa... e talvez mais ambiciosa.*

47) Minha opinião: *às vezes é um pouco dura, contundente demais na visão dos outros.*

48) Penso que os outros: *são como eu acho, que os outros é que estão errados.*

LM expressa a vontade de ser mais vaidosa, mas ao mesmo tempo afirma ser mais importante para ela realizar vontades, como poder comer o que gosta do que estar com o corpo impecável. Vê-se, talvez, como uma pessoa crítica, cuja opinião muitas vezes discorda da de outras, e que para ela talvez sua opinião seja algo muito firme, quando afirma que os outros é que estão errados, e não ela. São indicativos talvez de valores rígidos e absolutos, que, de acordo com ela, muitas vezes causam impacto nos que estão à sua volta. Se LM se mostra tão crítica com relação aos outros, deve ser ainda mais com relação a si mesma.

17) Eu secretamente: *ainda penso em adotar algumas filhinhas (mas é segredo).*

18) Eu: *gostaria de trabalhar com criança.*

Tais desejos de LM revelam o quanto gosta e é prazeroso para ela estar na companhia de crianças. As crianças exigem cuidado intenso, atenção e carinho, mas ao mesmo tempo são afetuosas e transmitem sentimentos de pertencimento. O fato

de LM gostar tanto de crianças pode ser devido à sua experiência boa na criação e educação de suas filhas, os momentos de prazer e realização que passou ao lado delas.

2) O tempo mais feliz: *é hoje, aqui e agora.*

44) O passado: *passou, o que importa é o presente.*

Foi possível perceber também que LM possui uma orientação para o presente nestes complementos de frases, os quais ela fala sobre seu foco no presente, o que demonstra ser muito positivo.

38) Eu frequentemente reflito: *sobre como não complicar as coisas.*

42) Luto: *para simplificar as coisas.*

45) Me esforço: *para fazer tudo da melhor forma possível.*

Outro ponto relevante no completamento de frases e que confirma sua orientação ao perfeccionismo, está no complemento nº 45, onde expressa o quanto se cobra por realizar tudo e, principalmente, da melhor forma possível, o que é coerente com as informações colhidas nas conversações, onde relata o quanto se sente responsável por seus entes queridos e o quanto se esforça por resolver sempre os seus problemas. E também seu esforço, talvez para com situações que não estão de acordo com sua verdadeira vontade, em que ela talvez precise tentar reagir de uma maneira diferente, não complicando como ela mesma disse, e muitas vezes numa tentativa de minimizar os problemas vivenciados. Pode ser algo positivo este esforço de LM, pois ele pode ter o intuito de diminuir a tensão vivida por ela diante de diversas situações, e também seu sofrimento diante de fatos que a incomodam.

V. Considerações finais

O estudo de caso em hipertensão se mostrou muito importante para a compreensão dessa doença que possui uma mortalidade alarmante na atualidade, muito maior que o câncer ou a Aids. Os números divulgados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde alertam para sua seriedade. Mas parece que o fato de a hipertensão não ter uma sintomatologia visível para o portador compromete sua visão real da doença, que fica restrita à possibilidade de, em futuro remoto e incerto, ocorrer algo de mais sério.

A relação de LM com a doença não mostra uma realidade diferente: ela subestima sua gravidade e no fundo não acredita que poderá sofrer maiores consequências. A sua representação da doença é muito influenciada por sua história de vida, pelo vivenciado na própria família, pois seu pai conviveu a vida toda com a hipertensão e não sofreu danos à saúde.

A intenção da conversa terapêutica realizada com LM foi justamente tentar ajudá-la a mudar essa concepção da doença, a enfrentá-la de maneira diferente, assertiva. Ajudá-la a entender o quão séria é a doença, e que, se ela não se propuser a realizar mudanças concretas e de fato em sua vida, poderá comprometer ainda mais sua saúde a cada dia. Mudanças no relacionamento desenvolvido com seus familiares, introdução de hábitos saudáveis de alimentação e prática regular de exercícios físicos adequados, bem como mais momentos de lazer e descanso e que tragam prazer para sua vida, são pontos cruciais (foram os principais pontos abordados) para o desenvolvimento de sua saúde.

A produção de sentidos frente à doença ocorreu de forma escassa com LM, e talvez isso ocorra com a maioria dos hipertensos, por não darem importância para as consequências da doença. A percepção errônea frente à doença não ajuda que LM produza novos sentidos que lhe permitam mudar seu cenário social, sobretudo sua relação com as filhas e familiares. Nesse sentido, sugeriu-se um regular acompanhamento da doença, paralelo ao de um cardiologista, e que LM iniciasse um processo terapêutico para ajudá-la a concretizar certas mudanças em sua vida.

A escassez de literatura que aborde os aspectos psicológicos e subjetivos envolvidos com a hipertensão revela a importância desta pesquisa na psicologia da saúde. A atenção direcionada a essa doença e às pesquisas na área deve ser maior, pois seus resultados e conclusões podem ser muito importantes para mudar na sociedade a imagem da doença.

Esta pesquisa ofereceu oportunidade para que, como estudante de psicologia, pudesse aprimorar meus conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula e aplicá-los em uma pesquisa tão rica e fonte de um aprendizado humano muito grande, além de perceber a capacidade geradora da emocionalidade humana, seus sentidos subjetivos em contínuo desenvolvimento no contato com seus diversos espaços sociais.

VI. Referências bibliográficas

GONZÁLEZ REY, Fernando. Personalidade, saúde e modo de vida. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

_____. Sujeito e Subjetividade, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

_____. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GUIMARÃES, Armênio. “Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21” In: Fatores de Risco vol 5, nº 3, 2002.

JODELET, Denise. (org.) As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra E. GUARESCHI, Pedrinho. (orgs.) Textos em Representações Sociais. 8ª ed. Petrópolis: Vozes. 1995.

Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 1992.

MUNIZ, Manoel Vieira. Tensão Emocional (Stress Cardíaco). Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, “Hipertensão ou pressão alta, O que é”, Cartilha do Hipertenso número 1, 2001.

TORTORA, Gerard J. Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia. 4ª.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

TURATO, Egberto Ribeiro, Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Site oficial da Sociedade Brasileira de Hipertensão:

<http://www.sbh.org.br/imprensa/index.asp>

Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento, Departamento de Psicologia FAFICH – UFMG, artigo: Stress e Coping na Idade Adulta e na Velhice, <http://www.labneuropsi.hpg.ig.com.br/stress.PDF>

Marilda Emmanuel Novaes Lipp em artigo “Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos”, ARTIGO ORIGINAL, Revista Psiquiatria Clínica. 28 (6): 347-349, 2001, http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_6/artigos/art347.htm

ANEXO I - Primeira conversação com LM, realizada no segundo semestre de 2004

Separada há aproximadamente 17 anos e mãe de três filhas, primeiramente LM foi questionada há quanto tempo havia sido diagnosticada como hipertensa. Afirmou que sentia tonturas, e quis explicar com mais detalhes seu histórico. Contou que há mais de 10 anos sofre com intensas dores de cabeça e quando se mudou para Brasília (pois morava em Porto Alegre) um médico do ambulatório de seu trabalho afirmou que estas dores poderiam estar associadas à pressão, que neste dia estava alta. Ela já havia feito exames anteriormente e a pressão alta não foi diagnosticada.

LM foi aconselhada a procurar um cardiologista, que indicou que ela fizesse vários exames. Nestes, a pressão alta num primeiro momento foi detectada, mas apenas eventualmente, o que gerou a dúvida por parte do médico se a pressão alta seria a causa ou a consequência das dores de cabeça. Um mapa de pressão foi feito ao longo de 24 horas, onde os picos de pressão foram identificados apenas durante a noite enquanto dormia, e para ela *“era uma coisa sem nexos nenhum”*. Foi repetido o exame e a pressão alta novamente só foi identificada pela noite e mesmo assim, o médico consentiu em indicar o tratamento para a pressão, pois apesar de nestes exames, durante o dia a pressão estar baixa, nos momentos de pico estava muito alta. E assim houve a indicação médica de acompanhamento e utilização de remédios.

Foi aconselhado que LM a partir deste diagnóstico, retornasse ao consultório em dois meses para acompanhamento. Ela tomou os remédios durante esses dois meses, mas não retornou ao cardiologista como combinado. Após um ano, ao fazer um exame periódico exigido pelo seu trabalho, sua pressão estava novamente muito alta. LM disse *“leve uma bronca do médico, sabe, aquelas coisas de médico”*. Foi aconselhada que retornasse ao cardiologista. Neste retorno sua pressão continuava alta, houve nova indicação de medicamentos e posterior retorno ao especialista. LM afirmou que tomou o remédio de controle da pressão, mas que, a data de retorno ao

médico tinha sido no dia anterior a esta entrevista e que não havia ido, pois tinha se esquecido.

De acordo com LM sua doença é devido à falta de exercícios físicos, pois segundo ela, já possui uma alimentação balanceada. Apresenta também uma taxa de colesterol alta, *“mas não alta o suficiente para ter que tomar remédio”*, o que controla apenas com sua alimentação. O médico afirmou que ela deve fazer exercícios para baixar o colesterol a um nível normal. E como não faz exercícios, não controla desta maneira seu colesterol e conseqüentemente sua pressão se eleva.

LM afirma que não praticava exercícios por causa das intensas dores de cabeça, o que não permitia que freqüentasse academias, pois sempre tocavam músicas *“no último volume”*. Também não conseguia caminhar regularmente, pois durante suas crises sua cabeça latejava. Só depois que começou a fazer massagem toda semana que sua enxaqueca *“reduziu a quase zero”*, e desde fevereiro quando iniciou as massagens, só teve três crises de dor de cabeça. Só que mesmo com a redução das dores de cabeça, não passou a fazer caminhadas por dificuldades em seu horário.

Quando questionada se apresentava alguma preocupação a respeito de sua pressão alta responde *“nem um pouquinho”*. LM diz isto, pois não se qualifica como uma pessoa preocupada, e não se preocupa com a doença nem a longo prazo. Também não se preocupou alguns anos antes, quando precisou fazer uma biópsia em um nódulo na tireóide, e que as pessoas à sua volta questionavam sua despreocupação a respeito. Ela diz que a preocupação *“não vai alterar em nada minha situação”*.

Em relação às conseqüências da hipertensão a curto e a longo prazos, quando questionada LM afirma que *“agora só dor de cabeça, e como eu já tenho há mais de dez anos, não faz muita diferença. E o dia que ela está muito alta, dá tontura, mas é muito raro isso”*. LM associa que esquece de tomar o remédio justamente porque a sintomatologia da doença não é muito evidente, pois sente tonturas raramente, *“não sinto nada, para mim é como se não tivesse problema de pressão alta. (...) Eu sei que com o tempo você tem que cuidar porque você pode ter derrame. Mas isso aí é pressão muito alta, por muito tempo...”*. O especialista consultado por

LM orientou-a a respeito de todos os efeitos no longo prazo, pois ele mesmo afirmou que as conseqüências a curto prazo seriam mínimas, muitas vezes imperceptíveis.

Foi questionado a LM se o médico cardiologista que havia consultado teria perguntado a ela algo de sua vida cotidiana (de aspecto psicológico) que estivesse desencadeando sua pressão alta. Ela falou sobre seu estresse diário, mas respondeu que não pode mudar o fato de estar sempre estressada, *"o que me estressa é trabalhar um monte e não ter dinheiro pra fazer as coisas, eu vou continuar trabalhando um monte e continuar não tendo dinheiro. O que vou mudar nisso, não tem como mudar. (...) Ter uma vida mais calma. Calma como? Se a gente está sempre correndo pra lá e pra cá e fazendo tudo com pressa, a gente não tem tempo pra fazer as coisas com calma. De tudo que ele (o cardiologista) falou, a única coisa que eu poderia fazer para mudar, é fazer o exercício"*.

Logo depois LM admite que não tem força de vontade para fazer os exercícios, e justifica este fato com a falta de tempo, pois tem que realizá-lo para executar suas tarefas domésticas. Mas logo depois atribui à preguiça. *"Lavo roupa, lavo louça, dou banho em cachorro, limpo o banheiro, limpo casa tudo antes de caminhar e se for levantar cinco horas da manhã pra caminhar sempre vou ter coisa pra fazer (...) eu não faço exercício, é preguiça, eu sei que é (...) a gente nunca tem tempo, e o tempinho que eu teria pra deitar numa rede, assistir televisão, ler um livro eu teria que fazer exercício. Eu não gosto de fazer exercício, e eu não teria nem um tempinho pra descansar, fazer o que eu gosto. Então não faço"*.

O diagnóstico da doença, de acordo com LM, não a deixou triste, nem inconformada, nem causou nela nenhum tipo de revolta de sua parte, *"só fiquei pensando: será que eu vou lembrar de tomar esse remédio? (...) o médico diz que eu tenho que ser uma pessoa mais equilibrada, ficar menos brava com as coisas, mas eu não consigo. Eu me considero uma pessoa calma, mas eu fico indignada quando começam a fazer besteira, eu tento me afastar, mas tem coisa que não dá. (...) mas eu estou tentando mudar, me afastar, não me envolver mais nesse processo"*.

Quando questionada sobre a relação entre sua dor de cabeça e suas reações diante das situações, que a deixavam brava, LM informou que sempre que ficava brava demais, ficava também com muita dor de cabeça. Mas afirma também que a

pressão não aumentava nestes momentos (isso pode ser visto quando feito o mapa de pressão). Também informa que quando tinha uma dor de cabeça muito forte, não conseguia fazer nada, nem dormir, tinha que ficar fechada num lugar sozinha, de preferência sem barulho e sem ninguém por perto.

Ao longo da entrevista LM conta que tinha enxaquecas há muito mais tempo, há aproximadamente vinte e três anos, só que eram espaçadas. Só ficaram mais intensas há dez, doze anos como havia dito antes, e tinha dores de cabeça quase todos os dias. Ela afirma que *“se acostuma com tudo, até com dor (...) e remédio nenhum faz efeito”*.

Quando questionada se poderia haver algum fato em sua vida que poderia desencadear estas dores de cabeça, ela diz que até associa com algumas coisas, como por exemplo o excesso de responsabilidade. *“Você acaba ficando muito tensa, aquela coisa das pessoas que carregam o mundo nas costas, eu acho que é por aí, sabe (...)”*.

LM tem três filhas, cuja criação e educação, de acordo com ela, foi de inteira responsabilidade sua. Tinha problemas com seu ex-marido justamente por ele não assumir responsabilidades principalmente com as crianças e as delegava a ela. LM trabalhava de noite em um banco e durante o dia cuidava de suas filhas e da casa. E além dessas responsabilidades, LM afirma que *“tinha que responder aos outros, porque a culpa sempre é da mãe, de qualquer coisa (...) a tensão era muito grande”*. LM demonstra que vivia em um conflito muito grande, porque de um lado seu ex-marido não assumia responsabilidades com suas filhas, criticando seus esforços em realizá-las, por outro lado na frente de terceiros ele atribuía os esforços e atitudes de LM como se fossem seus também. Isto causou em LM intenso conflito, acompanhado de revolta e indignação, pois tinha que suportar as reclamações de seu ex-marido ao mesmo tempo em que via que suas atitudes com terceiros não eram condizentes com as que ele mantinha com a sua família. Ela afirma que *“era massacrante”*.

LM afirma que suas dores de cabeça eram muito mais ligadas à tensão do que a qualquer outra coisa. Outro fator que para ela também pode ser desencadeante de suas dores de cabeça é o problema de D.O.R.T (ou L.E.R. Lesão por Esforço Repetitivo) que possui em seu braço direito e que também gera muitas dores locais.

Este fato também pode ser caracterizado como intenso gerador de tensão, pois todas as atividades realizadas por LM com seu braço direito eram acompanhadas de muitas dores. Mas como seu trabalho dependia por completo da atividade de sua mão, LM foi obrigada a desenvolver habilidades com sua mão esquerda para realizar as tarefas que fazia com a direita (escrever, usar calculadora, usar o mouse do computador), mas não deixava de fazer coisas de que gosta, como atividades artísticas e de artesanato. Ela diz que se ela trabalhava no banco mesmo sentindo dores, podia também fazer o que gosta suportando as dores no braço.

LM afirma que sempre foi muito responsável, quando criança ajudou a cuidar de seus irmãos menores, e ao longo do tempo foi assumindo mais e mais responsabilidades dentro de casa. *“Sempre fui muito certinha, a responsável da casa (...) eu não sei até que ponto isso era natural e continuou, ou era uma coisa natural e foi forçada a aumentar ao longo da vida”.*

De acordo com LM, um dos motivos que a trouxe para Brasília foi a pressão à qual era submetida com a intensa dependência emocional que sofria por parte de sua mãe e uma de suas irmãs. As duas recorriam à LM a todo o momento, demonstrando uma insegurança na tomada de decisões simples no dia-a-dia em que sempre pediam opinião de LM que afirma *“não agüento mais, preciso desligar um pouco. (...) Vim pra cá pra pensar em mim, chega de pensar nos outros, deixa eu pensar em mim.*

Quando LM fala a respeito de suas férias, informa que desde que chegou a Brasília, com a intenção de cuidar de si mesma, tirou dois períodos em que dedicou seu tempo inteiramente ao cuidado de sua mãe que não estava bem de saúde. *“Minhas férias sempre são pra ficar no hospital com alguém”.*

Ao final da conversa, LM fala sobre depressão. Ela conta que é um problema muito presente em sua família *“minha família toda tem depressão, é uma coisa hereditária, uma coisa horrorosa”.* Ela mesma já teve várias crises, mas somente duas foram fortes. *“Uma delas consegui resolver logo, mas a outra foi muito complicada”.* Nesta crise LM revela que ficou internada 15 dias em um hospital, e define este período de internação como *“uma maravilha, que saudade que eu tenho do hospital, não recebia ligação, não podia receber visita a não ser de minhas filhas*

que escolhi para poderem me visitar. Telefonema era um por dia, e escolhia de quem queria receber. (...) Não tinha problema, pra começar que não tem que fazer nada, o máximo que eu tinha que fazer era arrumar a minha cama, conversava com o pessoal, porque tinha um pessoal legal, de repente eu dei sorte. Dormia legal, depois ia almoçar, jogava um pouquinho de carta com o pessoal, depois dormia um pouco depois do almoço ... umas férias, ótimo. Tomava remédio, fazia terapia ocupacional, que era ótimo, pintava, desenhava, fazia uma hora de sessão com o psiquiatra. Foi um descanso, uma maravilha. E eu dizia para o psiquiatra "ai que saudade que eu tenho do hospital" e ele respondia "é, mas você não pode voltar", mas que dava vontade dava". LM deixa claro que esta internação foi de comum acordo entre ela e o psiquiatra, não foi forçada e sim combinada.

LM diz que tem depressão desde os doze anos de idade, "eu conseguia ficar nesse vai e vêm, até que eu tive essa crise forte e percebi o perigo que é uma crise de depressão. Porque até então eu conseguia me virar sozinha, não tinha muito problema. (...) Perigo porque você não sabe o que é certo e errado, não vê saída pra nada, é uma coisa tenebrosa. Aí que eu comecei a tomar mais cuidado".

Foi questionado se LM era uma pessoa ansiosa em seu dia-a-dia e ela responde: "não, eu controlo tudo, sabe o que é a pessoa saber controlar as coisas? Não digo tudo, mas quase tudo. Eu noto quando estou começando a ficar afobada, aí eu controlo, quando fico irritada no trânsito, eu consigo controlar (...)eu sempre fui muito rápida, muito apressada, tudo cronometrado (...) um dia eu me decidi que ia mudar, simplesmente parei de usar relógio". LM diz que sempre tirava as melhores notas, estudava "feito louca". Quando decidiu mudar, começou a olhar as qualidades das pessoas com quem convivia e tentava se espelhar nestas atitudes.

LM se qualifica como uma pessoa muito brava, muito briguenta, com "sangue italiano" como ela mesma diz.

ANEXO II - Entrevista realizada com LM em 27 de setembro de 2006

Ana Carolina: O que mudou com relação à sua hipertensão, desde a última vez que conversamos, em que seus picos de pressão estavam sendo à noite? Você foi ao médico depois, para alguma consulta?

Fui, ele disse que tenho que continuar a tomar remédio de pressão, só que eu esqueço todo dia. Às vezes eu lembro, tomo uns dias seguidos e aí esqueço de novo. É um problema isso, porque a gente não sente nada e aí esquece de tomar o remédio. Mas continuo com problemas de pressão, os picos são à noite e eu tenho que tomar remédio. Mas não mudei nada.

A.C: E você chegou a repetir os exames que você tinha feito, como o Router, que mede sua pressão por 24 horas?

Não.

A.C: Você sente alguma diferença a noite, quando vai dormir mais cansada, por acaso durante à noite não consegue descansar direito?

Não, não noto nada. Já não notava antes. Mas acho que minha família tem algum problema, porque minha irmã está com problema de diabetes, e tem que medir a insulina. E a medição mais alta dela é de manhã quando ela acorda, depois ela passa o dia comendo, e a mais baixa é no final do dia, depois que ela já comeu o dia inteiro. Devia ser ao contrário. Também, eu acho que minha família é “do avesso”.
(risos)

A.C: Você está fazendo alguma coisa de diferente na sua rotina?

Estou fazendo alongamento 3 vezes por semana. E voltei pra massagem também uma vez por semana.

A.C: E as suas dores de cabeça, elas têm continuado? Como estão as suas enxaquecas?

Olha, crise forte eu não tive mais não, até a questão da massagem ajuda muito. Mas crise forte eu não tive mais. Mas dor de cabeça eu tenho seguido. Mas nem uma crise forte daquelas que de ficar com o rosto inchado, dessas eu não tive mais não.

Dor de cabeça normal, muito também reflexo da nuca, né, que ela fica toda... acho que eu estou com algum nervo pinçado aqui. Isso tem acontecido, durmo e acordo de madrugada com dor de cabeça. Isso acontece freqüente. Essa noite mesmo acordei com dor de cabeça 5 horas da manhã, com uma dor de cabeça insuportável tenho que levantar e tomar remédio pra dor de cabeça, pra aliviar e poder voltar à dormir. Tem vezes que consigo dormir de novo, mas tem vezes que não consigo. Mas é uma coisa estranha, dormindo dá dor de cabeça. E quando fiz aquele router, não tinha a ver a dor de cabeça com os picos de pressão alta. Não é por causa da pressão alta que me dá dor de cabeça.

A.C: Você não chegou a ter novas crises daquelas que você falou, mais sérias, por que você não chegou a fazer o router.

Não. Mas quando eu fui fazer o exame periódico agora eu estava com pressão acho que 16 por 12, uma coisa assim, não me lembro direito. E o médico disse que eu tenho que tomar remédio pra pressão. Perguntou se eu estava sentindo algo, e eu disse que não, não estava sentindo nada. E disse que eu tenho que continuar tomando remédio, e inclusive disse que ajudaria pra melhorar a dor de cabeça. Por isso que agora, ultimamente eu tenho me lembrado de tomar o remédio, pela questão da dor de cabeça. Por que ele disse que mesmo que a minha pressão volte ao normal, fique normal, que esse remédio pra pressão ajuda a questão da dor de cabeça.

A.C: Então ele está associando a pressão com a dor de cabeça?

Não. Ele disse que o remédio de pressão ajuda a diminuir a dor de cabeça porque é um vaso dilatador, acho que é uma coisa assim. E assim você pode usar pra dor de cabeça. Aí eu falei pra ele que eu não tomava porque eu não tenho sempre, e ele disse não, que eu devia tomar igual por que evitaria de ter, e mesmo pra dor de cabeça seria bom. Aí eu tento lembrar, mas o problema é que eu tenho que tomar às duas horas da tarde, e não é um horário que eu vou fazer alguma coisa, e aí eu esqueço mesmo. Está em cima do meu micro, bem na minha frente, embaixo da tela, mas mesmo assim eu esqueço de tomar.

A.C: Mas desde a nossa conversa, que foi há dois anos atrás, você continua tendo que tomar esse remédio. Tirando os esquecimentos você não ficou nem um período sem tomar esse remédio?

Você não ficou nem um período com a medicação suspensa, não?

É não cem por cento, mas é.

A.C: O que você acha sobre a sua visão sobre a hipertensão, mudou alguma coisa? Você chegou a ler alguma coisa a respeito, ou a partir das conversas com alguns médicos, você mudou?

Não. O problema é que, como eu não sinto nada, pra mim não é problema ainda. O dia que realmente, me der algum... não sei o que pode dar, tiver um AVC, ou qualquer coisa, aí é capaz de me preocupar. Mas como não dá nada, aí eu não levo à sério. É uma coisa muito chata. Você sabe que é sério, sabe que tem que cuidar, mas não sinto nada, não tenho nada... É difícil, ainda mais que eu tenho outras coisas, outras dores pra me preocupar. Uma coisa que dói mesmo, que me incomoda, essa dor no braço, essa dor de cabeça, nem me lembro que tenho pressão alta.

A.C: A dor no braço é só quando você faz uma atividade motora muito forte?

Eu tenho essa DORT desde 83, então assim ó, tem época que ela ataca mais, aí eu evito usar o braço direito, paro de fazer o tricô, essas coisas que eu gosto de fazer, não faço. Não uso o braço, lógico que só para trabalhar, que a gente é obrigado a usar. E essas coisas que eu gosto de fazer, que eu faço nas horas livres eu não faço. E mesmo no banco eu uso muito o braço esquerdo, coloco o mouse no braço esquerdo. Mas tem época que ela ataca, fica pior. Agora eu não sei em relação a que. Que o pessoal diz que quando faz frio ela ataca mais, mas não tem relação com o tempo não.

A.C: Mas tem alguma circunstância, quando você fica muito chateada, que você sente mais?

Certamente quando se fica muito tensa, a dor é maior, o que eu acho que automaticamente você fica muito tensa e retrai tudo, aí a dor é pior. Por isso que tenho feito relaxamento duas vezes por semana. Alongamento e relaxamento, primeiro eu faço alongamento, depois eu faço relaxamento.

A.C: Então você sentiu que te ajudou bastante isso?

Até eu não senti muita diferença, assim de dizer “aí que diferença!”. Mas a minha massagista notou, “você ta fazendo alongamento?”, e eu disse “eu to”. E ela disse “como ta diferente as suas costas”, ela notou. Eu não tinha notado que tinha feito diferença, fui fazendo porque é aconselhável fazer.

A.C: Mas você disse que diminuíram as dores de cabeça.

É, mas eu não sei se está ligado a isso. Nunca sei o que que é.

A.C: Mas foi uma coisa legal...

É, realmente. Porque quando a minha massagista me perguntou, falei “nossa faz diferença mesmo!”. A gente acha que não faz diferença, porque não é uma coisa que doa, que dê trabalho, a gente perde quinze minutinhos, meia hora. E ela notou.

A.C: E o que mais mudou na sua vida, além dessas sessões de relaxamento, alongamento?

Nem sei, faz tanto tempo que a gente conversou que nem me lembro mais.

A.C: Eu me lembro com relação aos exercícios, que o seu médico disse que você tinha que fazer.

É meu médico disse que eu tinha que fazer caminhada. Mas eu continuo não fazendo. A minha idéia era que quando eu voltasse de férias, começaria a fazer yoga.

A.C: E você vai fazer?

Eu pretendo, né. Ontem começou a greve, e essa semana ta enrolada. Acredito que eu não comecei antes das férias, porque quando você pára, e tem que retomar é mais difícil que quando você tem que começar. Porque eu ia começar antes de entrar de férias, pensei “vou fazer um mês, daí eu paro e depois tenho que voltar”. Acho que é mais complicado do que esperar e começar depois. E eu estava combinando com a Inês de fazer junto, porque ela também tem que fazer ginástica de baixo impacto. Não sei se ela vai, mas eu vou fazer. Eu falei, eu tenho que fazer. É uma coisa que eu gosto, é super legal né? Acho que semana que vem devo estar fazendo.

do, vou começar com duas vezes por semana, e depois passar pra três. E não posso passar pra três semanas direto por que senão vou me separar do pessoal lá do andar de cima, e eu acho muito chato. Sabe, a gente já tem pouco contato. Por que o horário que a gente tem é o almoço, e eu paro, eu acho muito chato.

É eu também acho, porque é uma coisa que te faz bem.

A.C: E o seu cardápio? Você na nossa conversa anterior, disse que tinha que fazer um controle. Porque a alimentação ajudava a fazer um controle, e você tinha que evitar comer algumas coisas.

Continuo não comendo gorduras, essas coisas. Não tem problema mesmo. Na verdade não mudou, porque tudo que o médico falou que eu tenho que evitar, eu já normalmente não como. Mas eu sei que se eu comer, não altera. Mas eu sei que é. Por exemplo, agora quando eu estava de férias, e a gente foi pro Rio. Eu comia coisa engordurada, como a empadinha que quando a gente está no Rio come muita empadinha, que a massa é cheia de gordura. Eu como e não faz diferença nenhuma. Não piora as minhas dores, não me dá crise de nada. Comi coisa engordurada, comi doce, que normalmente eu não posso.

A.C: E como é o seu colesterol?

O meu colesterol é alto. Mas assim ó, pra eu notar, não tem diferença nenhuma. E tem pessoas que não podem comer gordura à noite, que passa mal, tem dor de cabeça, eu não tenho problema nenhum, posso comer qualquer coisa em qualquer hora que não me dá problema.

A.C: E quando você fez o exame e o médico viu que seu colesterol estava alto, ele disse que você tinha que tomar algum remédio?

Não ele disse que não precisa, ele sugeriu que eu faça caminhada. Que meia hora de caminhada por dia seria suficiente pra baixar meu colesterol. Não é muito alto, mas ... Já tem muitos anos que ele está um pouquinho acima.

A.C: E com relação à parte emocional, ultimamente você tem passado por alguma situação que tenha te chateado muito, acontecendo alguma coisa que tenha te preocupado muito?

Vou mostrar meu braço pra te responder, tá vendo? Cada vez que eu fico nervosa, preocupada com alguma coisa, fico toda cheia de marcas (como se fosse picadas de mosquito). Aí...Esse ano eu tive um monte de problemas, Carol. Minha mãe morreu no começo do ano, e eu fico preocupada com a minha irmã que fez transplante em maio. Aí a minha outra irmã fica preocupada e fica me ligando, porque a irmã que fez o transplante não se cuida. Ela começou a beber de novo. Quem fez transplante não pode tomar álcool, porque ela fez transplante de fígado. Mas já tá tomando sabe, fim de semana ela toma uma cervejinha. Aí eu já fui ao médico aqui pra saber quais são as conseqüências, fui consultar um médico daqui me acalmou. E ele disse que ela pode voltar a beber certamente, mas se ela beber uma cervejinha ou outra não tem problema. Tá, “mas se tomar uma cerveja por dia?”, e o médico respondeu que mesmo se for uma cerveja por dia não vai ter problema, não diga pra ela, mas não tem problema. Agora, ele disse, que se ela começar a beber mais, o problema que dá, não é através de outra cirrose, rejeita o fígado novo. É uma coisa assim complicada, ela tá com esses problemas. E tem que mexer com esse negócio de inventário. Ninguém lá em Porto Alegre fez nada, aí eu tive que ir nas férias pra fazer isso. Já saí daqui com advogado marcado, tudo, porque nem advogado olharam.

A.C: O momento que você tinha pra relaxar, descansar e você foi resolver problemas.

Por isso que eu fui marquei essa uma semana no Rio, porque eu sabia que o tempo que eu ficasse em Porto alegre seria resolvendo problema, tá. E ainda cheguei lá e essa minha irmã que fez o transplante tá com o braço quebrado. E enquanto eu estava lá ela caiu, torceu o pé, e eu tive que levar no ortopedista um dia. E aí eu tive que ficar de babá, porque ela não podia caminhar. Eu sabia que lá ia ser assim. Por isso que eu marquei essa uma semana no Rio, senão eu não descansava. Aí fui, marquei advogado. Mas você acredita que eu saí de lá sem conseguir resolver, porque o meu irmão e essa minha irmã que fez o transplante, não providenciaram a documentação, que eu daqui já estava avisando, pra providenciar. Mandeí um e-mail com tudo o que precisava. Dessa minha irmã eu fui no cartório, peguei segunda via

das certidões de casamento, tirei cópia, tudo. A identidade dela, já tem mais de três anos que perdeu a validade, porque abriu e ela nem se preocupou em fazer outra. Sabe, então assim, me irrita muito. Porque você sabe, tem que fazer, e não é porque tem que fazer porque tem que dividir bens. Lá em Porto Alegre, pensionista a aposentado, que tem um único imóvel, é isento de pagar IPTU. Minha mãe tem uma casa enorme e não pagas IPTU. Ele morreu em janeiro, então a partir de fevereiro a gente já tinha que pagar IPTU, tá. Ninguém tá se preocupando com isso. O que vai acontecer vai acumular uma dívida, mais juros, mais não sei o que, e no final a gente vai ter que pagar sabe? Tem que resolver logo pra gente já começar a pagar essas dívidas. Não é questão de dividir. Por mim nem venderia a casa, mas vai ter que vender porque não tem como ficar. Na verdade tá todo mundo morando na mesma casa. Tá a maior confusão, a minha irmã não pode voltar pra casa dela por que está morando em Porto Alegre por causa do acompanhamento do transplante. Meu irmão tinha se separado, foi morar com a minha mãe enquanto não arranjasse um lugar, já levou a namorada pra morar junto lá. E a minha irmã que mora no mesmo terreno da casa, nos fundos, não se dá com meu irmão. Sabe aquelas coisas assim. O clima tá horrível, vai ter que vender. Só que ninguém faz nada. Aí eu fui, mandei tudo antes. Aí minha irmã e meu irmão não fizeram a documentação. Aí chega na hora de pagar advogado, ninguém tem dinheiro. Daqui a um mês tem que pagar as taxas municipais e estaduais sei lá, cinco mil e quatrocentos reais, e ninguém vai ter dinheiro. Eu entendo assim que, a minha irmã ganha pouco e tem dois filhos. Mas o meu irmão não tem dependente, não paga nada. Mora na casa da casa da minha mãe e nem a parte dele de água e luz ele paga. Minha outra irmã ganha bem também, é aposentada, se aposentou por causa da doença, e ganha bem. Mas ninguém tem dinheiro. E eu que tenho que dar um jeito de arranjar, e eles que estão com pressa. E são esses dois, meu irmão e minha irmã que não mexeram na documentação, que estão com pressa de vender. Porque eles querem comprar, tipo meu irmão quer comprar um sítio pra ele morar e a minha irmã quer resolver a vida dela, não sabe o que vai fazer ainda, mas está com pressa.

A.C: Isso deve tirar você do sério mesmo...

Por isso que eu tirei uma semaninha no Rio pra relaxar. Viu como eu cuido de mim?

A.C: Os seus irmãos sabem da sua hipertensão, da sua pressão alta? Você nunca comentou com eles sobre isso?

Acho que não, meu problema é tão pequeno perto dos deles, né? A minha irmã, essa que fez o transplante, que teve câncer no fígado antes de fazer o transplante, teve que fazer um procedimento lá, não sei como é que é, pra congelar pra não poder crescer, porque não podia abrir pra tirar, tinha que esperar o transplante. Aí por causa disso ela ficou, por causa disso não, por causa desse problema ela ficou também com diabetes. Então assim ó, meu problema perto dos deles não é nada. E o meu pai, eu tenho certeza, ele nunca fez exame, meu pai não ia a médico. Que tinha hipertensão, e tinha colesterol. Porque esses negocinhos que eu tenho no olho, que a minha médica disse que só tem quem tem colesterol alto, meu pai tinha. Meu pai teve isso e viveu a vida toda sem fazer tratamento, sem cuidar de nada.

A.C: E a sua mãe tinha hipertensão, tinha colesterol alto?

Minha mãe não tinha colesterol alto e hipertensão... não, ela tinha problema cardíaco.

A.C: E as suas filhas, sabem da sua hipertensão? Sabem que você tem acompanhamento médico, que você toma remédio?

Não sei.

A.C: Você comenta com elas quando você vai ao médico? Quando elas falam alguma coisa, você fala pra elas?

Se fosse uma coisa que eu considerasse séria, eu falaria. Mas eu não considero que é uma coisa séria, sabe? Eu sei que é uma coisa que tem que cuidar. Uma coisa complicada isso, né. Mas é uma coisa que a gente não leva a sério, a gente não leva isso como uma doença. Não sei se é todo mundo assim, mas a gente não encara isso como uma doença. Eu comento com elas das minhas dores de cabeça, dessa minha dor no braço, essas coisas elas sabem.

A.C: Dessas marquinhas na pele, que você falou que é emocional, que elas vêem?

Ah, claro. Não, às vezes eu chego pra Fernanda e falo, “essa aqui é culpa tua”, isso eu falo direto “Fernanda é culpa tua”, quando ela apronta alguma. Mas acho que ela

sabe, não tem o que fazer, né. Na verdade não é culpa dela. A culpa é minha, de botar tudo na pele, né?

A.C: Não é “culpa” sua...

Claro que é! Se é uma coisa psicossomática, a culpa é minha!

A.C: Não é bem “culpa”...

Pois é, mas sou eu que faço... eu que provoco, pronto, eu que provoco.

A.C: É, em termos...

Eu podia ter uma outra forma de botar isso pra fora, sem ser...

A.C: É eu acho que seria interessante, seria melhor..

Você tem vontade assim, você já pensou em algum momento quando você vive essa carga toda com seus irmãos, que é uma situação bem delicada. Quando você passa por essas situações que vão te deixando assim, chateada, angustiada. Você tem vontade de procurar alguém pra conversar, você conversa com alguém sobre isso?

Não, você sabe que não são coisas assim que eu acho que sejam problemas muito grandes, sabe. Olha, não tenho problema nenhum com psicólogo, psiquiatra. Eu já fiz terapia com psiquiatra muito tempo, gostei muito. Mais do psiquiatra do que do psicólogo, eu tive muito azar com o psicólogo que eu consegui... Mas esses problemas eu não acho que sejam problemas que me afetam, que eu precise ir procurar. Eu quando procurei psicólogo e psiquiatra, né, eram problemas meus mesmo, coisas internas, coisas minhas, mesmo. Não eram coisas de fora que me incomodavam, eram coisas minhas que me incomodavam. Quando é coisa de fora eu acho que é muito mais fácil de resolver. Acho que não precisa, não sinto necessidade.

A.C: E pra desabafar, pra conversar, você acha que de alguma maneira te ajuda, te alivia? Você tem alguma amiga com quem você converse, alguém que pode te dar um caminho diferente, uma solução diferente?

Não tem solução diferente. Se eu te disser que o meu irmão apronta um monte, qual é a solução que você vai me dar? Ninguém vai ter solução, só ele pode dar solução. Eu na verdade funciono como psicóloga da minha irmã que mora lá e não se dá com

ele. Eu funciono como psicóloga dela, ela quando ta muito que vem falar comigo. Não adianta, o problema é dele, você tem que ver que é ele que é o problema, o problema é dele. Não se envolva, fazer o que? Deixa ele, ele ta aprontando, o problema é dele. Ah, mas ligam aqui atrás dele, ele ta? Não ta, então nem atende o telefone. Mas realmente, quando é um problema de outras pessoas, a gente tem que aprender a separar, o que que a gente faz e o que que não. Acho que eu faço bem isso, sabe. Dou aquela ajeitada nas coisas, mas no que me compete. Mas esse problema da minha irmã está bebendo, eu conversei com ela, porque eu entendo que ela tem problema, álcool faz falta. Ela ainda me disse “não, não faz falta, é que eu gosto de cerveja”. Mas se é só gostar, então pára, toma cerveja sem álcool. Aí ela fala “ah não, ela é salgada”, é um problema. Parei aí ó, ela ta bebendo, não me incomoda, é um problema dela. Se ela quiser beber todo dia, um monte, se ela morrer por causa disso, eu não me sinto responsável por ela, sabe? Eu não sinto que é responsabilidade minha fazer mais nada. A minha irmã de lá, não, ela diz que ela sempre tem que continuar sendo. Eu acho que não, o meu irmão é a mesma coisa. Chamei, comecei a conversar com ele e ele já começa a desviar as coisas, quer fazer, ele não ta entendendo o que está acontecendo, “Não tem mais a sua mãe e seu pai pra passar a mão em cima da sua cabeça. Se você aprontar, você vai arcar com as conseqüências, só assim. “Porque antes, a mamãe, o papai passava a mão, e depois a mamãe. Sempre dando um jeito de te livrar das tuas enrascadas. Mas se acontecer agora, não tem mais”. Falei. Se ele quiser aprontar... e avisei também, até tipo assim ó, as lojas que tinham ali perto, que tinham conta no nome da minha mãe, quando a minha mãe morreu, eu fui nas lojas, eu com a minha irmã mais nova, fomos e todas, pagamos as contas, algumas até que já eram pra estar pagas, ela dava o dinheiro pro meu irmão pagar, ele não pagava. Pagamos e falamos assim ó: “a partir de hoje não tem mais conta no nome da minha mãe, e se o meu irmão vier aqui comprar na conta, responsabilidade de vocês se venderem. Porque nós não temos mais a responsabilidade. Nós estamos pagando o que estava no nome da minha mãe”. E agora eu fui pra lá e fui na ferragem, comprar alguma coisa pra arrumar lá pra minha irmã e o cara falou: “Ó, seu irmão tem uma continha aqui com a gente”, eu falei “como assim?”, e ele disse, “Ah ele ta devendo uma”. Eu falei assim ó “eu vim aqui em janeiro paguei o que minha mãe devia e disse pra vocês não fazerem mais contas aqui pra ele”, ele disse “Ah, eu sei que nós fomos avisados,

mas alguém se passou e vendeu e a gente precisa falar com ele”. E a gente falou assim com ele : “olha isso é com ele, comigo não adianta nem mandar recado”. Eu separo bem. Acho que isso não, realmente não me incomoda. E quando eu procurei psiquiatra, psicólogo era problema que eu tinha interno, sabe, se eu não sabia se eu tava fazendo o certo ou se tava fazendo errado, se é problema, ou não é problema. E como é problema de fora, eu acho mais fácil. Eu separo bem.

A.C: Então tá, qualquer novidade que você tiver com relação à sua hipertensão, você me fala.

Eu prometo que vou levar à sério que isso é uma doença. Realmente eu tenho que levar encarar que isso é um problema, que tem que ser cuidado.

A.C: Essa é uma visão que não é só sua, mas que é compartilhada por muitas pessoas. Eu não sei se é um problema de instrução do Ministério da Saúde.

Não é, não é. Aí é que tá Carol, eu sei que é problema, eu sei que tem que cuidar, mas como no meu dia-a dia, você tem outras coisas pra se preocupar, que você sente direto, você vai deixando isso pra depois, só que pra depois pode ser quando dê alguma coisa, dê coisa grave. Só que como tem outras coisas que tem que cuidar, você acaba deixando pra depois isso. Mas não é falta de informação não. Acho que as pessoas têm isso, tem informação, sabe que é perigoso, sabe que é doença, que tem que cuidar, mas não encaram como tal. Porque tem outras coisas que no momento tá atacando mais, no caso tá sentindo mais. Mas eu acho que não é falta de informação não, eu acho que é falta de vergonha na cara.

ANEXO III - Conversação realizada em 09 de novembro de 2006, juntamente com o professor Fernando Rey

Fernando Rey (F.R.): A Senhora tem tratamento para hipertensão regular? Toma algum medicamento?

LM: Deveria tomar, mas eu esqueço a maior parte das vezes.

F.R.: Uma das coisas que eu percebi nas entrevistas foi que você tem uma despreocupação muito grande com relação à hipertensão. Você acha que a hipertensão é uma doença simples, que na verdade ela é, mas ela é simples quando a gente se cuida muito, o que não é o seu caso.

É, não é.

F.R.: Você se cuida pouco, etc. Então eu queria ouvir um pouco sobre o que você está sentindo, narre para nós, como é uma semana típica sua. Na semana, me fale de três coisas que você faz que você se sente bem, que você gosta.

Eu brinco com a Júlia, brinco com a Júlia e brinco com a Júlia. Júlia é minha netinha. Eu brinco com a Júlia, brinco com a Júlia e brinco com a Júlia (risos).

F.R.: É a única coisa que você faz que você gosta?

A coisa que eu mais gosto é ficar com a Júlia. Mas eu acho que durante a semana é difícil, fim de semana eu ainda cuido das minhas plantinhas, brinco com os cachorros, mas durante a semana não dá tempo.

F.R.: Sabe de uma coisa que me surpreendeu muito na sua entrevista, foi que, não lembro qual foi a pergunta de Ana Carolina, que você falou “o melhor tempo que eu passei nesses últimos meses foi quando me internaram no hospital”.

Quando eu fiquei com depressão, é verdade.

F.R.: E uma coisa que chamou muito a minha atenção é que você falou que esse era um tempo muito bom porque você falava com quem você queria falar, porque você não precisava atender ao telefone, porque você tinha tempo para ler, fazer coisas que nunca tinha tempo.

É verdade, eu podia ficar sem fazer nada... Podia ficar só pintando, desenhando.

F.R: É, mas essas coisas que você falava que podia fazer no hospital, ao menos três delas que você pode fazer quando você quiser: que não te chamem pessoas que você não quer falar com elas, não receber pessoas que você não tem interesse em conversar com elas e ler. São três coisas que você pode fazer no seu dia-a-dia. A minha pergunta é: porque você não faz?

Até agora, eu acho que as coisas vão mudar um pouquinho, mas eu sou muito de resolver problemas da família inteira. Então o que acontece, eu fico sobrecarregada, os problemas das minhas irmãs, os problemas da minha mãe eu resolvia, os problemas do meu irmão, tanto que eu vim pra Brasília pra fugir disso. Porque além de resolver os meus problemas e os das minhas três filhas, todos que eram problemas de família, eu tinha que resolver. Eu vim pra Brasília pra fugir disso. Mas mesmo eu estando aqui em Brasília... minha mãe teve que contratar uma empregada, eu tive que ir lá e contratar pra ela. Porque as minhas irmãs que moram lá, não podiam fazer.

F.R: E porque?

Porque na verdade não querem mesmo. Na verdade eu acho que elas têm uma idéia que eu sou super bem preparada, sou responsável. O que não é verdade. Nós devemos saber as mesmas coisas, as responsabilidades são as mesmas. Mas eu tenho essa... Desde pequena, isso aí é realmente, desde pequena meus pais saíam, eu que tinha que ficar cuidando dos meus irmãos. Eu não sou a irmã mais velha, eu tenho uma irmã mais velha. Essa coisa foi criando, foi crescendo, que chegou um ponto em que qualquer problema sério eu tenho que resolver. E a minha mãe faleceu agora em Janeiro, e a minha irmã mais velha estava esperando pra fazer um transplante de fígado. Então eu falei pra não mexermos com esse negócio de inventário, vamos esperar minha irmã fazer o transplante pra ela ficar tranqüila. Tudo bem. Aí ela fez o transplante, aí eu fui lá pra na época do transplante pra dar o apoio e tudo e voltei. E aí quando foi em Setembro, quando eu tirei férias, eu tive que ir lá pra mexer com a coisa de inventário porque ninguém faz nada. Se eu não faço, ninguém faz nada. Ficam sempre esperando que eu faça. Se eu não fizer, ninguém vai

fazer? Não, ninguém vai fazer. E a minha preocupação é, porque que você faz? A princípio eu deveria deixar, e que se estoure. Mas se eles não fizerem, a partir do ano que vem a gente vai ter que pagar IPTU, multa, assim coisas de atraso, que a gente não está pagando este ano. Porque como minha mãe era isente de IPTU, a partir de que ela morreu, acabou essa isenção. O que vai acontecer: essa dívida vai crescer, crescer, crescer, e no final alguém vai ter que pagar. E quem que vai ser? Tanto que o dinheiro do advogado pra fazer essa questão do inventário, era cinco mil e poucos reais. Ninguém tinha dinheiro... Tudo bem, eu tiro o empréstimo no meu nome e cada um paga a sua parte. A minha parte eu paguei em dinheiro e tirei o empréstimo para os outros três e cada um paga mensalmente. Senão ninguém vai lá. Sabe, se acostumaram a depender de mim. É fácil, que outras pessoas resolvam o problema. Só que eu cheguei numa hora que, se eu não fizer, ninguém faz. Até fui lá e resolvi isso e falei com meu irmão, cabo oh, depois disso é cada um por si. Eu to lá, vai ser um prazer vocês me visitarem, eu venho visitar, mas...

F.R: Mas a senhora culpa os outros por essa situação. E a sua parte?

Não, não, eu não culpo os outros. O erro foi meu, eu não devia ter assumido isso. Quando começaram a falar que eu era. Quando eu era criança eu gostava. Eu achava o máximo a minha mãe me deixar de responsável e não a minha irmã mais velha. E ela morria de raiva disso, e eu achava melhor ainda! Sabe, ah eu sou mais responsável do que a minha irmã mais velha! Só que chegou num ponto que eu deveria ter mudado isso quando eu cresci, e eu não consegui mudar.

F.R: Isso virou uma necessidade sua. Não virou, eu pergunto. Você pode me corrigir, mas eu lembro, numa entrevista sua, que você é assim também com suas filhas.

Ah com minhas filhas eu sou mesmo. Mas eu acho que com minhas filhas eu tenho responsabilidade. Com meus irmãos eu não tenho nenhuma.

F.R: Que idade tem suas filhas?

(Risos) Eu tenho uma filha de 23, uma de 26, e outra de 28.

F.R: É interessante essa frase que você usou: “eu tenho uma responsabilidade com minhas filhas”.

É mais eu tenho...

F.R: Eu acho que você tem quando elas têm três, cinco e sete anos. Hoje você tem na mesma medida que elas têm com você. Suas filhas têm responsabilidades com você. Você está consciente disso?

Tô. Mas eu me sinto, não adianta. Isso eu até mesmo encaro como um grande defeito que eu tenho. O que eu mais gosto de ser é mãe, o que eu mais gosto de fazer é coisa de mãe, o que eu sou em primeiro lugar eu sou mãe. É um defeito? Porque eu não superei isso. Eu sei que minhas filhas cresceram, eu encaro elas diferente, trato de forma diferente. Mas eu continuo me sentindo responsável.

F.R: Você é uma pessoa jovem, que idade você tem?

Quarenta e oito. Eu nunca sei, mais é quarenta e oito. Mas assim, eu adoro criança também. Queria ter tido mais filhos, não tive. Porque meu ex-marido não quis, ele fez vasectomia. Queria ter tido e não tive. E de repente eu fiquei me agarrando nas minhas filhas, e agora eu já to com netinha.

F.R: É, mas isso não é uma profissão, é uma coisa pra desfrutar, não pra escravizar. Também não pra que os outros joguem o netinho, vivam a vida e você fique apenas com o netinho, tomando conta do netinho. Na vida tudo é gostoso enquanto não vira uma escravidão. É a coisa mais agradável do mundo vira escravidão. Eu sinto que você entra em mecanismos de responder, de atender, de peitar, que mesmo que você não se sinta mal com isso, isso pode vir a fazer mal.

É eu acho que faz. Inclusive eu acho que esse problema de pressão alta, essas dores que eu tenho muita dor no braço, que eu tenho LER, e freqüentemente que nem agora eu estou fazendo fisioterapia, por causa dessas dores. Eu tenho certeza que isso é, não só por causa do serviço que eu faço, é pela questão de estar sempre preocupada com os outros. Esse ano pra mim foi um ano terrível.

F.R: Mas o que você tem feito para mudar isto? Se você tem consciência que isso faz danos?

O relaxamento e o alongamento são coisas paleativas que eu faço. Faço o alongamento por causa das minhas dores, e o relaxamento porque eu tava come-

çando a ter insônia de novo. Porque eu tive bons anos com insônia de dormir duas horas por noite. Nessa época eu era muito... foi em seguida disso que eu fui pro hospital, que eu achei ótimo, inclusive eu tomava remédio pra dormir. Ah gente, é muito bom dormir, como é gostoso dormir! Nessa época eu sei, foi depois da separação, como eu cuidei muito durante a separação, pra minhas filhas não sofrerem com isso, porque meu ex-marido queria usar , até chegou a usar as meninas pra fazer joguinho, eu queria evitar ao máximo assim, eu realmente não tinha um minuto que eu não tivesse alguma preocupação. Então eu não dormia, não comia. Foi um horror. Depois que passou, que o negócio aliviou, que eu fui pro hospital. Daí eu tive uma crise de depressão horrível. Mas pra mim foi bom, porque, foram quinze dias, eu não lembro, que deu tempo de eu me recuperar pra voltar... realmente eu gostei. Depois disso eu tive umas recaídas que eu pensava em voltar pro hospital. Mas eu pensava, que isso aí é fuga, gente eu não vou falar isso que quero voltar pro hospital, porque isso aí é fuga. Eu to com um problema que ao invés de resolver eu vou voltar pro hospital pra não ter que resolver nada.

F.R: Tenho que fazer de meu cotidiano e de minha casa um lugar tão agradável quanto o hospital.

Na verdade o hospital não é agradável, a vantagem é que você não tem que fazer nada.

F.R: É agradável porque te elimina visitas indesejadas, pessoas que não telefonam para você.

Você não precisa fazer nada, você não arruma cama, não faz comida, você não faz nada né! Era ótimo.

F.R: Suas filhas moram com você?

A mais nova mora, a que eu tenho o netinho mora.

F.R: E ela tem parceiro?

Tem sim.

F.R: O pai da menina mora junto?

Mora. Na verdade ela engravidou quando namorava ainda, quando tavam juntos. Mas ele acompanhou toda a gravidez, foi um amor. Depois que a menina nasceu o que acontecia, ele dormia um, dois dias lá em casa e ela dormia um, dois dias lá na casa dos pais dele. Aí eu achei que, pra criança, o negócio tava ruim, porque ela não tinha a casa dela, o lugar dela, as coisas dela, tava tudo muito dividido. Pra não criar problemas pras crianças, eu ainda falei pra minha filha, que eu ia fazer uma coisa que eu sempre fui contra a minha vida toda, mas a gente tem que ir mudando né? Eu te proponho: convida seu namorado pra morar com você, vocês assumem a responsabilidade de casal com a criança e de vocês, porque eu não vou sustentar nem tua filha e nem você, ajudo a criança no que for preciso. Mas não vou sustentar nem tua filha e nem você, e eu proponho, se ele topa, que ele venha morar aqui. Mas se ele aceitar, a gente vai ter uma conversa séria. Aí ela conversou com ele, ele aceitou e a gente está morando junto, eles estão morando comigo. A responsabilidade, eu não sustento a ele, claro que não. Agora ela tá trabalhando, ela não trabalhava.

F.R: E ele tá trabalhando aonde?

Ele hoje tá desempregado (risos).

F.R: E a sua filha?

A minha filha trabalha. Então assim, eu ajudo com a creche. No começo a creche era muito cara e eu pagava a metade da creche e o outro avô pagava a outra metade. Mas é claro que a gente ajuda indiretamente, a gente compra uma fralda, compra uma coisa ou outra. Mas assim, a responsabilidade é deles, eu não sustento nenhum dos dois, porque ela trabalha. Ajudo com a minha neta, se eu vou no mercado, compro fralda, compro leite, essas coisas sabe. Mas também não é minha responsabilidade. Eu compro quando eu lembro, quando eu vejo.

F.R: Você consegue poupar algo por mês?

Nada, nada, nada.

F.R: Você está com “zero” no banco? Tem dinheiro no banco?

Não, eu to no vermelho (risos). Tem, menos alguma coisa, sempre. Mas assim aí também tem outro problema. Quando eu me separei do meu ex-marido, eu ganhava bem no banco, recebia adicional noturno. Depois que a gente se separou, me obrigaram a trabalhar de dia, eu perdi adicional noturno e a gente ficou oito anos sem receber aumento no banco. Ele não dava pensão pras meninas no começo, aí depois eu pedi pra ele que desse. Porque no começo eu conseguia pagar tudo e sobrava dinheiro, sobrava não, mas dava tranqüilo. Depois começou a faltar, aí ele começou a dar pensão pras meninas, mas como tudo aumentou e nosso salário não, no final a pensão que ele pagava pras três só dava pra pagar o colégio de uma. Então desde há muito tempo atrás.

F.R: As três filhas estavam em escola privada, nenhuma fez escola pública?

Não.

F.R: Porque?

Porque elas começaram a estudar nessa escola na pré-escola, e aí elas já estavam nessa escola. Em Porto Alegre tinha muito problema de greve e o ensino não funcionava direito em escola pública. Aí, quando as coisas começaram a ficar difíceis, elas já estavam no último ano, as outras já estavam no segundo grau. Eu não podia tirar quem estava no final, e também não podia tirar a que entrou por último, porque ela iria pensar porque as irmãs têm direito a tudo e ela não teria direito a nada? Entendeu? Aí eu fiquei assim. Mas não foi problema, quer dizer, foi. Eu entrei num buraco, eu ia fazendo empréstimo, fazia um empréstimo pra fechar o outro. Tudo bem, agora eu to saindo do buraco, depois de nossa, cinco anos e agora que eu to saindo.

F.R: Você ainda trabalha no banco? O salário no banco é bom.

Não é não.

F.R: Pensa nisso, mas hoje você não vai poder falar. Quais são seus gastos? Por exemplo, transporte 15 por cento, cinema 20 por cento...

Eu não vou ao cinema, não sobra dinheiro. Eu não vou ao cinema.

F.R: Não sobra dinheiro pra ir ao cinema?

Não. Desde que eu vim pra Brasília, tem cinco anos, eu só fui quatro vezes ao cinema.

F.R: E qual é um gasto grande que você faz, que não te permite isso?

O que você gasta muito aqui em Brasília, gasolina. Todo o lugar que você tem que ir tem que ser de carro. Agora eu to morando numa chácara, eu gasta muito com luz, porque tudo é à luz, telefone, água é à luz, tudo é à luz. Gasto muito em luz. E eventualmente eu tenho que contratar uma pessoa pra cortar o mato. E eu to com empregada, que é uma coisa que eu nunca tive, que é um ótimo investimento, é uma maravilha e eu posso dizer que é uma coisa de luxo. Tem uma menina trabalhando lá em casa e é um gasto que eu nunca tive. Porque essa minha filha que mora comigo, é muito, muito, muito desorganizada, bagunceira demais, ela não consegue se organizar. E aí quando eles foram morar comigo e a gente foi pra essa casa, essa menina já trabalhava na casa, e a nossa colega que se mudou pro Rio e a gente ficou na casa dela. Aí eu fiquei com a empregada no pacote. Mas eu acho o melhor investimento. Esse dinheiro poderia de repente, nem pode ser, talvez se eu não tivesse, poderia estaria guardando, mas certamente eu teria arranjado outra coisa pra fazer com esse dinheiro. Eu pago a faculdade da minha filha em São Paulo, que ela ta se formando agora também.

F.R: Ela não trabalha?

Não trabalha.

F.R: E não poderia trabalhar e estudar?

Essa minha filha é um caso especial. É uma pessoa que tem problema de comportamento, tem problema de relacionamento. Fez terapia quando era criança e quando era adolescente, teve problemas sérios durante a terapia. E eu tenho muito medo do que ela pudesse fazer. Quando ela resolveu estudar em São Paulo, eu achei que seria bom, porque achei que iria ajudar ela a crescer. Realmente quando ela foi pra São Paulo, nos primeiros meses ela foi bem, mas depois ela andou pra trás. Hoje ela não saí de casa, ela não tem amigos, ela mora com o namorado. Então ela só saí de casa quando o namorado insiste, vai pra festas com ele. Ela tem

duas amigas que são colegas de faculdade. Ela tem problemas que precisariam de terapia. Só que ela nunca aceitou fazer. Eu não sei o que eu faço com ela. Não posso trazer ela pra Brasília, pra morar comigo.

F.R: Você sabe qual foi o erro com ela, esse erro passou, mas para que não se repita, penso eu. Eu tenho um filho estudando em Barcelona, que eu paguei completo o primeiro ano dele, e nós fizemos um contrato: Eu te pago seus estudos, sua alimentação, e tudo preciso, até que você comece a trabalhar e você tem que começar antes que termine o primeiro ano na Espanha. Porque senão você fecha o contrato. Então veja, ele não tem tempo pra ficar triste, tem que trabalhar, e estudar á noite. Você compreende? Você tem tempo pra estar triste no meio do trabalho?

É, não dá tempo. Mas foi o que achei que aconteceria com ela. ela conseguiu um emprego logo que chegou em São Paulo, mas em questão de duas semanas ela não agüentou.

F.R: E tem a mamãe que está por trás, pra que ela vai manter um emprego se tem um dinheiro que está garantido todo o mês?

Se eu não der dinheiro pra ela, ela não reclama.

F.R: Não reclama, porque esse mês você não dá, mas no outro mês você vai dar. Ela te conhece, você pensa que os filhos não conhecem os pais?

É... Na verdade eu acho que em parte ela é muito imatura. Tanto emocionalmente, quanto...Ela não consegue viver em sociedade. Desde pequena, ela detesta festa. Festa de colega, ela nunca me entregou um convite de festa de amigo dela. Ela sempre foi anti-social. Sempre foi não, desde que a irmã dela ficou doente. E a gente começa a pensar, que ela sofreu tanto naquele período, que a gente tenta compensar... Eu sei que a gente erra muito.

F.R: Este tema, isso que a gente está conversando, não é uma conversa para mudar o mundo, não se pode consertar em uma conversa. Agora, você precisa de um acompanhamento. (...) A vida é como se fosse um quebra-cabeça, a gente está aqui envolvido, mas se a gente consegue arrumar o problema simultâneo que a gente tem, disso depende a saúde da gente, e o futuro da gente. Não que você não te

nha consciência, mas tem várias coisas na sua vida, hoje nós vamos tocar em algumas. Essa é a primeira: Você tem que reorganizar a sua relação com seus filhos. Você falou uma coisa muito interessante pelo sentido que ela tem, você falou “eu não tenho nada, eu não tenho problema nenhum, “se eu tivesse o problema de fígado da minha irmã”, como você falou na entrevista que ela fez com você, “aí eu estaria preocupada”. E isto que se destaca, é uma atitude muito positiva por uma parte, que você nunca está preocupada com suas limitações e com seus problemas. Você é uma pessoa que tem garra pra ir á frente na vida. Agora, qual é o problema, que isto se vá a um extremo, sem que a gente perceba, e que a gente tenha que se empregar demais para sempre estar apoiando a todos. Por exemplo, você me colocou quando estávamos começando a conversa, o exemplo de sua família, e você não tem uma clareza, que este mesmo esquema que você tem com o resto de sua família você tem com suas filhas. Olha como é a sua fala: “ a minha filha que mora comigo é muito desorganizada, pobrezinha, e porque ela é desorganizada ela não pode me ajudar”, “a outra tem problema de comportamento, portanto eu tenho que bancar tudo, porque, pobrezinha ela na pode...”, Então você tem a estima de todas as pessoas que convivem com você.

Mas se elas são assim hoje, é um problema da educação que eu dei, a culpa continua sendo minha.

F.R: Não, não. (...) essas coisas se tem que conversar, analisar, e ao menos gerar uma inquietação, pra pelo menos você pensar a respeito, OK? Porque quarenta e oito anos é uma idade boa, agora, não é uma idade pra se ter tantos compromissos, com “aliados” que na verdade não te ajudam. A reação de você com toda a sua família é assimétrica. Em que sentido: você dá muito mais do que recebe, com todos. Este é um problema. Então, não é o que se vai resolver amanhã. Mas você tem que começar a pensar, fazer uma estratégia para trabalhar isso. Não porque você não acredita que isto te gera tensão, isto gera tensão. E tem um tema que agente não conversou no começo, mas que a gente vai conversar agora. A hipertensão pode ser extremamente grave, de morte. Morre mais gente por hipertensão, que por câncer e Aids. Só que o diagnóstico nunca diz “hipertensão”, diz “danos cerebrais encefálicos”, “derrame cerebral”, “enfarto do micárdio”, “neuropatias”, “insuficiência renal”, porque os rins sofrem tremendamente. Então você tem que tomar consciência que

você pode viver cem anos, se você realmente muda determinadas coisas essenciais para garantir sua saúde. Vou falar a primeira: você está acima do peso.

Ah, eu sei, este ano eu engordei dez quilos. Mas por problemas. Morreu minha mãe, minha irmã fez a cirurgia. Morreu meu ex-genro nesse acidente de avião, e tem que segurar as três filhas, porque as três consideravam ele um irmão. Eu senti muito, porque ele era como se fosse um filho, e eu tive que segurar as três filhas. Aí você segura e aí o que acontece.

F.R: Você faz os exames do colesterol?

Colesterol alto e triglicérido alto, mas nada que precise de remédio.

F.R: E o LDL?

Normal.

F.R: Quanto está o colesterol?

Um pouquinho alto. Mas não precisa de remédio.

F.R: Mas não chega a trezentos?

Não sei, não me lembro.

F.R: Atualiza este dado para mim.

Eu sei que é um pouco alto, porque até o médico disse que na parte da pressão, fazendo caminhada todo dia ou tomando remédio. Eu poderia te dizer que eu preferia fazer exercício, mas eu sei que eu não vou fazer.

F.R: É um problema grave, porque você não faz exercício e não toma o remédio.

É verdade, eu me esqueço. Fica no meu computador no Banco, pra eu não esquecer. E eu esqueço de tomar.

F.R: E qual o remédio que você toma?

Angipress. Deixo ele grudadinho no computador pra eu ver.

F.R: Se você toma o remédio, você está controlando o sintoma, mas você não está resolvendo as causas que te levam a esta resposta hipertensiva. Por isso é importante não apenas o exercício, pois tão importante quanto o exercício eu diria que é a alimentação. Uma mudança radical na alimentação. Esta é outra coisa que se poderia acompanhar num tratamento regular, acompanhar, não tem que ser num nutricionista. A própria psicóloga pode ir acompanhando isto. Pode começar substituindo, não é eliminar, a carne por soja. Com o tempo, você vai ver que vai começar a gostar. Tomar chá verde, não comer gordura. Comer muita fruta e muito vegetal. Você vai ver que vai começar a se sentir melhor, vai se sentir melhor quando caminha. E aí se vai estabelecendo uma outra forma de viver, vai mudando os hábitos. Eu tenho uma filosofia que é pessoal, não está em livro: depois dos cinquenta anos, cada cinco anos a gente tem introduzir mudanças sérias na vida da gente. Por exemplo quando eu completei cinquenta anos, eu sempre nadei, sou um bom nadador, mas quando eu completei cinquenta anos, eu não deixo de nadar três vezes por semana. São nove anos nadando três vezes por semana. Então, não subo de peso. O meu colesterol abaixou que você não imagina. Está melhor do que quando eu tinha trinta e cinco. Minha pressão é regular, eu sou uma pessoa que trabalha cerca de dezesseis horas diárias, intelectualmente, de maneira viva, ativa. Viajo muito, sou professor da PUC de Campinas, aqui. Toda semana vou lá. Minha vida é agitada. Eu sei que vivo no limite. Agora, você tem que se cuidar, tem que cuidar, tem que mudar. Você não fuma?

E não bebo também.

F.R: Isso é importantíssimo.

Eu não bebo porque eu não gosto, não gosto.

F.R: A bebida em geral faz danos. Mas a gente tem que viver tem que ter seu próprio espaço. Você é uma pessoa jovem. Você poderia ter um outro parceiro na vida.

Isto não está nos meus planos.

F.R: É se não está nos planos, não aparece. Compreende? Tem quanto tempo que você se separou?

Sabe que é bom a gente viver sozinho? Não precisa conciliar o horário, não precisa conciliar idéias, você faz o que você quer, a hora que você quer.

F.R: Mas também é muito bom viver com uma pessoa bacana.

É verdade, é verdade.

F.R: O problema é que às vezes a gente tem uma experiência num relacionamento...

Não, meu casamento foi bom. Fiquei dezoito anos casada, foi bom. Eu não me separei porque eu deixei de gostar do meu ex-marido. Eu me separei porque eu achei que o relacionamento não era suficiente, não era o que eu queria, queria que mudasse. E uma pessoa não muda assim porque o outro quer. Se ele não quer mudar, ele não quer mudar. Não é porque eu falo que vou me separar, que ele vai mudar. Aí ele finge que muda, eu finjo que acredito, que a gente volta junto e volta a ser como tudo era antes. Por isso a gente separou, mas foi bom o meu casamento, foram dezoito anos, mas foi bom o meu casamento.

F.R: Poderia ter tido outro casamento.

Poderia, mas por enquanto eu não penso nisso.

F.R: Por exemplo, você já se afiliou a ser vovó de carteirinha.

Eu adoro criança.

F.R: Claro, isso é importante, mas isso não é tudo.

Por isso eu tinha a idéia de adotar filhos, adotar crianças. Mas como as meninas já estão na idade de dar netos. As pessoas perguntam “você vai adotar?” “sim”, mas qual é o problema?

F.R: Você sabe o interessante que é você ter um dia, cinco dias. Para, não sei, ir ao Sul, à Fortaleza, na Argentina.

Isto eu estou fazendo agora, é uma coisa que eu nunca fiz.

F.R: Eu sei, mas aí, é melhor com um parceiro. Parceiro como tudo na vida, se é bom, não qualquer coisa. Você está num momento da vida que você deve analisar

sua vida e fazer novos planos. Talvez o engano seja meu, mas você não deve cometer o erro de pensar que você está pré-destinada a cuidar dos netos.

Não, eu não penso nisso.

F.R: Porque às vezes a gente pensa em fazer algo que a gente gosta, mas a vida dá uma volta tal que termina que essa é sua vida: em casa, com os netos.

Eu não penso nisso, realmente não é meus planos cuidar. Meus planos é mudar pra um lugar em que meus netos tenham prazer de passar férias comigo. Mesmo porque eu acho que a gente não pode se apegar aos netos, porque acompanham os pais. E certamente eles vão se mudar vão ter outras propostas de emprego, e vão pra longe. Eu não vivo em função da minha neta, mas adoro estar com ela. não vivo em função porque eu sei que se minha filha resolver se mudar ela vai mudar, pra onde for minha neta vai junto. Por isso meus planos é morar num lugar que eles tenham prazer em passar férias comigo. Isso já está nos planos.

F.R: É isso é importante, isso é um bom plano.

Eu não me sinto responsável pela minha neta.

F.R: Que tempo faz que voe não toma sua pressão?

Eu medi a pressão... eu fui ao médico antes de ontem. E estava normal. Estava 14 por 8.

F.R: Quatorze por oito não, poderia estar 12, 13 no máximo embora os livros falem que até 14 está normal. Já 14 não ta legal, vou te explicar porque. Você chega agora aqui e eu sou o médico, que tem ar condicionado, onde você está relaxada, você tem agora aqui 14 por 8. Quando você vai para o trabalho, aparece um problema, uma discussão, algo que te molesta, sua pressão que é 14 se converte em questão de minutos em 17.

Mas também, de repente, por eu estar na frente do médico, que vai medir minha pressão e pode dizer que está pior, ela pode ter ido a 14, e antes ela poderia estar 13. Ahhh.

F.R: Mas porque você vai pensar que vai ter esse efeito, necessariamente?

Mas de repente o médico vai medir e eu penso “só falta estar alta e eu vou ter que deixar de fazer as coisas”, aí aumenta a pressão.

F.R: Qual é a pressão mais alta que você já teve?

Dezoito por qualquer coisa, não sei. Mas foi uma vez só.

F.R: Isso você não sabe...

Que eu medi assim.

F.R: Por exemplo, uma coisa que me chamou a atenção é que você tem umas dores de cabeça fortes.

Muito fortes. E não te a ver com os picos de pressão alta, que eu fiz aquele mapa.

F.R: Você tem certeza?

Eu fiz aquele mapa de pressão que a gente fica 24 horas, e não coincidiram os picos de pressão alta com as dores de cabeça, as crises mais agudas.

F.R: É um cardiologista que te trata?

É, era, mas ele se aposentou... tenho que arrumar outro cardiologista.

F.R: Acho importante, ter essa atenção com o cardiologista.

Por isso eu tenho cardiologista pra me acompanhar e... minha memória é fraca, á péssima. Acho que eu tenho coisas demais pra pensar. Ah, endocrinologista, porque eu tenho hipotireoidismo. Então tem o endocrinologista que eu vou duas vezes por ano e o cardiologista.

F.R: A tireóide é um problema sério feminino. Depois dos 45 anos.

Eu tenho isso desde que a minha filha mais velha foi hospitalizada aos 8 anos de idade, agora ela tem 28. Ela teve que ficar internada quarenta e tantos dias na UTI e foi desenganada pelos médicos. Daí eu fiquei careca, minha tireóide parou de funcionar, e eu perdi a memória completamente. O médico disse que com o tempo as coisas voltavam. O cabelo voltou, cai muito até hoje, mas voltou. A memória vol-

tou um pouco. Mas a tireóide não voltou a funcionar. Mas nessa época foi um estresse muito forte. Perder um filho sempre achei que era uma dor que eu nunca agüentaria seria a dor de perder um filho. Não, mas até um ano atrás eu me arrependo disso porque eu cheguei a conclusão que eu já estava pronta se tivesse que acontecer. E aí morreu o meu... mas eu agüentei bem, foi difícil porque era como se fosse filho.

F.R: Você é uma pessoa inteligente, pessoa que reage rápido, que pensa, tem opções, tem a emoção à flor da pele, que tem uma emocionalidade fácil. Que é uma virtude para algumas coisas mas para a questão da hipertensão a gente tem que acompanhar. Mas essa mesma emocionalidade sim, você começa mudar um pouco a vida que tem hoje, que mora em uma chácara, um lugar bom para às seis horas da manhã caminhar três, quatro quilômetros. Claro não vai começar com quatro quilômetros, começa com um quilômetro, vê como está o pulso, a pulsação. Isso que deve acompanhar. Outra coisa que precisa monitorar, e por isso eu perguntaria se você topa e tem a possibilidade de ter uma pessoa que faça um encontro e trabalhe algum dos problemas centrais, penso que é competência de um psicólogo.

Quando eu me resolvi me separar, e meu casamento não tinha problemas concretos e eu gostava muito do meu marido, eu fiz um ano com um psicólogo e depois com um psiquiatra, porque eu tive uns problemas com o psicólogo.

F.R: Mas a terapia que eu estou te propondo é quase socialista, sem pagar, sem problemas. É um atendimento que está centrado em sua saúde. Tem coisas aqui que precisam de um acompanhamento pra você ir refletindo, que te ajude a pensar alternativas que melhorem seu dia-a-dia. Não só com a hipertensão, mas com qualquer tipo de doença, o primeiro que você tem a fazer é ver que mudanças na vida podem ajudar a regular os mecanismos alterados, essa é a primeira coisa. Não se consegue totalmente com isso sem ter um apoio do medicamento. Mas o medicamento pode ser em uma dose mínima, que é o recomendado. Porque na medida que você entra no caminho do medicamento, chega um momento que você vai ter que aumentar a dose, e isso é complicado. Quando eu completei cinqüenta e seis anos, percebi que não podia estar sem tomar 2.5 de inalapril, que é um medicamento muito bom para a hipertensão. Para manter minha pressão em 12 por 8. pode ser

que quando eu me aposente, e faça o que eu quero, ficar em casa, possa deixar de usar o medicamento. Só que nunca precisei subir a dose, porque faço exercícios, minha alimentação, caminho, jogo com minhas emoções.

F.R: Porque você não compra um aparelhinho de medir a pressão?

Eu comprei, mas como a minha irmã fez o transplante e ficou com a pressão muito alta e precisava fazer um acompanhamento eu emprestei o meu aparelhinho para ela. O pior não é isso, é que ela ganha melhor que eu.

F.R: Porque você mora com uma de suas filhas. Ensina tua filha tomar a pressão. Então toma a pressão de manhã e à noite. Ao contrário do que muita gente pensa, segundo alguns cardiologistas que lêem pouco, porque os cardiologistas como todos, tem bons maus e regulares. Tem cardiologistas que dizem que à noite você dorme e aí desce a pressão. Falso. A pressão tem um pico que mais ou menos chega ao topo, por volta das quatro e meia da madrugada.

É as minhas são de madrugada.

F.R: Um índice importante de infarto é no primeiro horário da manhã. Por isso é importante tomar bastante líquido, e monitorar isso, dormir e tomar líquido. E, não sei sobre o medicamento que te mandaram porque eu não conheço, mas vou pesquisar. Mas o Inalapril é muito bom, mas é um regulador de pressão que não tem consequências secundárias nenhuma. Tem pessoas que reagem a 2 mg, tem pessoas que reagem a 5 e tem pessoas que reagem a 10. por isso tem que fazer um acompanhamento com um cardiologista porque a doseificação do medicamento se deve estudar. A coisa mais grave que o cardiologista pode fazer é que ele te manda um medicamento sem fazer um estudo de como você responde à substância. Então esta aluna minha, que não é aluna minha, é um Doutora, professora daqui. Muito boa e ela pode te acompanhar perfeitamente nesta questão do medicamento também.

Ana Carolina: Uma coisa que eu acho que seria também muito importante, que é um pequeno detalhe, é que na última conversa que a gente teve, eu te perguntei se suas filhas sabiam da sua pressão alta. E você me falou que não que você nunca tinha comentado, porque não achava que era um problema sério. Eu acredito que

seria um primeiro passo você conversar com elas, é uma sugestão até. Conversar com elas, contar o seu histórico, quando que começou a pressão alta, o que o médico indicou você fazer, a questão da caminhada. A mudança de alguns pontos da sua vida, que é um quebra-cabeça como o professor estava falando. Seria muito interessante comentar com elas e fazer com que elas participem realmente as meninas medirem sua pressão, estarem comprometidas. Já que elas estão tão interligadas na sua vida, estão tão unidas em tantos aspectos. Quem sabe não fosse um momento importante para elas estarem participando? Para elas mudarem também, e perceberem o impacto da atitude delas, do relacionamento delas na sua vida.

O problema é que eu acho que eu tenho muito mais dependência de achar que eu sou responsável por elas do que elas se acharem responsáveis por mim. Isso é um problema meu, de achar que eu sou mais responsável...

F.R: Isso tem que quando você se acha responsável pelo seu filho, seu filho não percebe. Ele vai gerando uma incapacidade para sentir e ver o que você faz por ele. Por que chega a se naturalizar, porque é o que sempre tiveram. Então não apreciam. Eu também sou pai, eu percebo isso com meus filhos. Compreende? Filho chega um momento que espera do pai, igual o filho pensa que seus pais são imortais. Então a gente tem que ir mostrando, que a gente vai tomando mais idade e na medida que a gente vai tomando mais idade aparecem as coisas. Por exemplo, você não tinha hipertensão com vinte e dois anos, agora tem. E achei o que Ana Carolina pediu, importantíssimo. O fato de suas filhas medirem sua pressão faz com que elas vão tomando consciência que sua mãe está com um problema. E esse problema tem que levar a mudar algumas coisas. E vai facilitar que quando você, que eu te asseguro que vai ser um momento da terapia, se sente com elas e fale: olha é um problema que a minha pressão não está respondendo e vou ter que fazer mudanças na minha forma de vida, que vai ter que precisar tempo para mudar, meu cardápio, vou ter que descansar um pouco mais, ter tempo livre e isso sem vocês eu não vou conseguir fazer. É certo o que eu te falei, que você pode controlar sua pressão, mas você tem que mudar, mudar a forma que a sua vida está organizada no momento atual, nas diferentes frentes que você atende simultaneamente e se dedicar mais tempo, um bom tempo, um tempo adequado. E isso também vai implicar ter uma economia para dispor de determinados benefícios, você vai ter que fazer. Uma reor-

ganização. Eu diria que este é o centro do trabalho com você. E aí a gente estará em contato em qualquer momento um pouco mais para frente teremos outra conversa. Gostei de conversar com você. eu falava para Ana Carolina, esta é uma pessoa cheia de vida, mas o que eu li, porque eu não te conhecia, me preocupou.

Eu acho até que hoje eu consigo me controlar muito mais do que eu era. Eu li um livro que chama A síndrome da super mulher, que me fez pensar muito a minha vida, porque eu não fazia nada sem ser para os outros. Eu só fazia as coisas pros outros, não fazia nada pra mim. E foi uma coisa que já mudou e que melhorei bastante.

F.R: É, mas ainda tem que melhorar. O nível que você fazia as coisas para os outros era num nível extremo. Para mim que estou observando, conversando pela primeira vez, a forma e que você tem organizado seu sistema de relacionamento, é muito mais você para os outros do que os outros pra você. E é isso que você tem que corrigir. E ainda mais porque você vai ajudar as suas filhas, a longo prazo ajuda elas. Porque a vida é uma negociação que a gente tem dar muita atenção. Que bom que a gente conseguiu se encontrar.

ANEXO IV - Complementamento de frases de LM

1. Expresse, na ordem que melhor lhe convêm, as três maiores alegrias e as três maiores frustrações da sua vida. Sobre cada uma delas explique suas causas e conseqüências para você.

As três maiores alegrias: Mariana, Cláudia e Fernanda (nomes fictícios) – minhas filhas maravilhosas, que me dão força e impulso para crescer.

Frustrações: Morar em cidade grande; não ter condições econômicas de ter mais filhos; não entender filmes e letras de músicas estrangeiras sem legenda.

2. Toda pessoa tem projetos de vida, ou seja, aspirações que deseja alcançar, com vista nas quais se elaboram distintas estratégias concretas. Defina seus três maiores projetos e explique o valor que cada um tem para você.

Me aposentar, ir morar em cidade pequena, levar uma vida tranqüila – são coisas que sempre desejei mas nunca tive condições de fazer, pois preciso estar onde estão as oportunidades profissionais e as escolas para formação de minhas filhas.

3. Técnica de Complementamento de frases:

1) Eu gosto: *de praia, de mar, de ficar sozinha, sem horário e sem compromisso à beira mar.*

2) O tempo mais feliz: *é hoje, aqui e agora.*

3) Gostaria de saber: *falar fluentemente francês, inglês, espanhol e italiano.*

4) Lamento: *não ter me rebelado contra o tipo de vida atual e carregado minhas filhas para o interior.*

5) Meu maior medo: *(deixou em branco).*

6) Na escola: *eu adorava matemática, mas acabei fazendo artes plásticas.*

7) Não posso: *perder tempo.*

8) Sofro: *somente com fatos reais, nunca com coisas que podem ou não acontecer.*

9) Fracasso: *não faz parte do meu dicionário.*

10) A Leitura: *me relaxa e me abre fronteiras.*

- 11) Meu futuro: *será tranquilo.*
- 12) O casamento: *deve ser regado com muito diálogo e mantido na honestidade.*
- 13) Algumas vezes: *tenho a impressão que remo, remo, e não saio do lugar, depois isso passa.*
- 14) Este lugar: *é o meu lugar. Um dia o meu lugar será aquele lugar.*
- 15) A preocupação principal: *é não parar de remar.*
- 16) Desejo: *uma vida tranquila para mim e para todos – e que as pessoas parem para pensar.*
- 17) Eu secretamente: *ainda penso em adotar algumas filhinhas (mas é segredo).*
- 18) Eu: *gostaria de trabalhar com criança.*
- 19) Meu maior problema: *é não ter ânimo para fazer exercício, e eu preciso disso.*
- 20) O trabalho: *é uma necessidade, nem sempre prazerosa, mas... trabalhar é preciso.*
- 21) Amo: *minhas filhas e minha neta.*
- 22) Minha principal ambição: *é uma casinha no meio do mato.*
- 23) Eu prefiro: *sorvete e chocolate que barriga tanquinho.*
- 24) Meu principal problema: *é falta de dinheiro. Se eu tivesse dinheiro, poderia morar num sítio com um monte de filhos e ainda fazer uma porção de cursos (de línguas, de artes, artesanato etc...).*
- 25) Gostaria: *de ser mais vaidosa... e talvez mais ambiciosa.*
- 26) Creio que minhas melhores atitudes: *são em relação aos outros. Sou muito crítica comigo.*
- 27) A felicidade: *está e tudo que fazemos.*
- 28) Considero que posso: *tudo, desde que queira e priorize.*
- 29) Me esforço diariamente: *para ter calma em todas as situações.*
- 30) Me custa trabalho: *manter a casa arrumada, minha filha é a desordem em pessoa.*
- 31) Meu maior desejo: *é tranquilidade.*
- 32) Sempre quis: *ter uma vida tranquila.*
- 33) Eu gosto muito: *de tanta coisa, como ler por exemplo.*
- 34) Minhas aspirações: *são simples.*
- 35) Meus estudos: *estão parados. Às vezes penso em fazer outra faculdade, depois penso em não fazer mais nada acadêmico e sim cursos de artes.*

- 36) Minha vida futura: *a Deus pertence.*
- 37) Tratarei de conseguir: *um tempinho para fazer o que eu gosto.*
- 38) Eu freqüentemente reflito: *sobre como não complicar as coisas.*
- 39) Me é proposto: *ser feliz.*
- 40) Meu maior tempo dedico: *a prover a família.*
- 41) Sempre que posso: *fico com minha neta.*
- 42) Luto: *para simplificar as coisas.*
- 43) Freqüentemente sinto: *que as pessoas estão perdendo a noção de tudo.*
- 44) O passado: *passou, o que importa é o presente.*
- 45) Me esforço: *para fazer tudo da melhor forma possível.*
- 46) As contradições: *são normais na vida, precisamos aprender trabalhar com elas.*
- 47) Minha opinião: *às vezes é um pouco dura, contundente demais na visão dos outros.*
- 48) Penso que os outros: *são como eu acho, que os outros é que estão errados.*
- 49) O lar: *é o melhor lugar do mundo.*
- 50) Me importunam: *pedindo doações porque eu escolho o que e para quem doar.*
- 51) Ao me deitar: *sempre leio um pouco.*
- 52) Os homens: *também são seres humanos, embora às vezes seja difícil de acreditar. Brincadeira!! Os homens têm os mesmos problemas das mulheres, o estereotipo pesa mais que sua verdadeira natureza.*
- 53) As pessoas: *querem o bem e a paz, mas não sabem muito bem como conquistá-los.*
- 54) Uma mãe: *consciente deve educar os filhos e não somente criá-los.*
- 55) Sinto: *enorme prazer em família.*
- 56) Os filhos: *são uma razão a mais para querermos crescer.*
- 57) Quando era criança: *adorava brincadeiras de rua. Infelizmente hoje em dia as crianças são muito mais castradas.*
- 58) Quando tenho dúvidas: *procuro elucidá-las, pesquiso, procuro e acho respostas.*
- 59) No futuro: *as pessoas não terão muitas opções a não ser voltar a valorizar o indivíduo.*
- 60) Necessito: *de férias.*

- 61) Meu maior prazer: *é presentear as pessoas que amo.*
- 62) Odeio: *sujeira e bagunça.*
- 63) Quando estou sozinho: *leio, pinto e bordo – literalmente.*
- 64) Meu maior medo: *(deixou em branco).*
- 65) Meu trabalho: *é meu ganha pão. O que salva são meus colegas, verdadeiros amigos.*
- 66) Me deprimos quando: *assisto muito jornal – as notícias boas parecem não interessar muita gente.*
- 67) A profissão: *deveria ser o ideal, mas acaba sendo o necessário.*
- 68) Meus amigos: *são ótimos.*
- 69) Meu grupo: *de amigos não é muito grande, mas é de grandes pessoas.*

4. Enumere, sobre seu trabalho atual, as seguintes questões:

As coisas que me agradam:

- *Meus colegas;*
- Flexibilidade de horário;*
- Existência de normas;*
- Localização geográfica.*

As coisas que não gosto:

- Indefinição;*
- Politicagem*
- Injustiça;*
- Processos mal conduzidos;*
- Os pseudo chefes e seus pupilos;*
- Os puxa-sacos.*

5. Pense como será daqui a dez anos. Elabore suas representações e escreva tão detalhadamente quanto puder.

Quero estar aposentada, morando numa pequena cidade de praia, casa com jardim e quintal com horta (com meus chás e temperos). Provavelmente terei cachorro, mas certamente terei paz. Os netos poderão passar férias comigo, será um grande prazer.

6. Meus maiores temores na vida são:

Não são mais. Tinha medo de perder minhas filhas e de não conseguir chegar ao final. Não tenho mais.

7. Meus maiores desejos são:

Família unida, paz e tranquilidade.
