



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

MARIANA VON DER HAYDE RUPP

PADRÃO DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR E DOENÇA HIPERTENSIVA

Palhoça

2012

MARIANA VON DER HAYDE RUPP

PADRÃO DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR E DOENÇA HIPERTENSIVA

Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso - II, do curso de Psicologia, como requisito parcial para a obtenção do título de Psicólogo.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Núcleo Orientado: Psicologia da Saúde

Profa. Orientadora: Ana Maria Pereira Lopes, Dra.

Palhoça

2012

MARIANA VON DER HAYDE RUPP

PADRÃO DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR E DOENÇA HIPERTENSIVA

Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso - II, do curso de Psicologia, como requisito parcial para a obtenção do título de Psicólogo.

Profa. Orientadora Ana Maria Pereira Lopes, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profa. Ana Maria Lima da Luz, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profa. Ilse Lisiane Viertel Vieira, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

A presente pesquisa versa sobre o padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva. A doença hipertensiva é nesse começo de século XXI, um dos tipos de adoecimentos mais comuns em pessoas adultas e relacionado a outros tipos de adoecimentos. Utilizando-se da teoria sistêmica, o trabalho teve como objetivo caracterizar o padrão de funcionamento familiar na percepção do paciente com doença hipertensiva que vivenciou a internação hospitalar. Para que este objetivo fosse alcançado, a metodologia contou com a coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada junto a dois pacientes hipertensos internados em um hospital geral. O trabalho é classificado como pesquisa exploratória e qualitativa por meio de estudo de caso. Os dados coletados foram organizados, em um primeiro momento, em categorias e subcategorias que visavam atender aos objetivos desta pesquisa, e que depois foram analisados e articulados ao referencial teórico sistêmico, disposto para o estudo. Para chegar à caracterização do padrão de funcionamento familiar na percepção do paciente hipertenso identificou-se as possíveis relações entre o funcionamento familiar e a doença hipertensiva. Os resultados obtidos demonstraram uma relação entre a forma de funcionar das famílias dos pacientes e as reações hipertensivas dos mesmos, que no tocante à comunicação, esta quase sempre se dá por meio da condição de adoecimento. A preocupação em solucionar os problemas dos familiares, o foco dos pacientes no sintoma entre os familiares revelou um padrão em comum acerca do modo como estes estabelecem relações sociais e afetivas. A atenção a esses padrões de comunicação podem contribuir muito para o processo terapêutico de pacientes hipertensos e suas famílias e para novos estudos com base na teoria familiar sistêmica e psicossomática.

Palavras-chave: Padrão de funcionamento familiar. Hipertensão. Psicossomática.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	07
1.1 PROBLEMÁTICA	08
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivo Específico	11
1.3 JUSTIFICATIVA	12
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
2.1 FAMÍLIA.....	15
2.2 DESORGANIZAÇÃO NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR.....	17
2.3 TERAPIA RELACIONAL SISTÊMICA	19
2.4 PSICOSSOMÁTICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	22
3. MÉTODO	26
3.1 TIPO DE PESQUISA	26
3.2 PARTICIPANTES	27
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	28
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE	28
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.6 PROCEDIMENTOS	29
3.6.1 De seleção e contato com os participantes	29
3.6.2 Procedimentos de registro e coleta de dados	29
3.6.3 Organização, Tratamento e Análise de dados	30
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	32

4.1 Perfil dos participantes	32
4.2 Maria	32
4.3 João	33
4.4 Compreensões do hipertenso sobre o adoecimento	33
4.5 Padrão de comunicação da família do hipertenso.....	37
4.6 Sociabilidade do paciente hipertenso.....	41
4.7 O hipertenso e suas relações afetivas	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÊNDICES	53
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	54
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa se refere a um Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, e tem como objetivo caracterizar a relação entre o padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva, a partir da percepção da pessoa acometida com hipertensão. A escolha do tema surgiu por meio da participação da pesquisadora no Estágio Específico obrigatório do Núcleo Orientado da Psicologia e Saúde, realizado pelo Programa de Psicologia da Saúde no Ambiente Hospitalar.

Por meio da presente pesquisa, busca-se a possibilidade de se visualizar as relações entre o padrão de funcionamento de uma família e a doença hipertensiva. Existem muitos estudos sobre a doença hipertensiva, mas pouco se tem estudado a respeito da dinâmica familiar e esta doença. Por isso, a importância desta pesquisa acerca do presente tema.

A pesquisa foi dividida na seguinte estruturação: O primeiro capítulo aborda a problemática, seguido dos objetivos que norteiam esta pesquisa e a justificativa. O segundo capítulo diz respeito ao referencial teórico, que contempla aspectos sobre a família, a terapia relacional sistêmica, finalizando com conceitos referentes à psicossomática. No terceiro capítulo será apresentada a metodologia, que descreverá o caminho utilizado a fim de alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, assim como responder o problema de pesquisa. O quinto capítulo refere-se à apresentação e análise dos dados.

1.1 PROBLEMÁTICA

O conceito de padrão de funcionamento de um sistema teve seu surgimento na Terapia Relacional Sistêmica através da prática de terapeutas de família. De acordo com Rosset (2008), o padrão de funcionamento de um sistema, consiste na forma repetitiva na qual este sistema utiliza para lidar e responder às situações tanto relacionais quanto cotidianas, sendo que, em sua maioria, esse padrão é automático e inconsciente (ROSSET, 2008).

O padrão de funcionamento de um sistema pode ser visto em todos os aspectos do sistema ou da pessoa envolvido nele. Este pode ser percebido no corpo, no pensamento, no sentimento, na ação, e principalmente nas relações (ROSSET, 2008). Nesse último aspecto, avalia-se o padrão de funcionamento na comunicação, ou seja, no que é dito e no que é não dito, na forma como são ditas e feitas as coisas. O padrão de funcionamento também pode ser percebido no corpo, nas doenças que cada um tem, nos sintomas físicos que são mais comuns no sistema familiar e também, na forma como os familiares lidam com o adoecimento de um membro da família (ROSSET, 2008).

A partir do entendimento do conceito de padrão de funcionamento, é possível que o surgimento de uma doença psicossomática em um familiar, seja resultado da forma como o sistema e seus membros se relacionam, ou seja, de um padrão de funcionamento disfuncional em algum aspecto. Para Lima (2010), o surgimento de uma doença pode ser considerado como uma forma de defesa do organismo, como um componente do seu padrão de funcionamento, portanto uma doença psicossomática.

Para Andolfi (1989), a família é considerada um sistema ativo em constante transformação, um organismo complexo que se modifica com o passar do tempo, no sentido de proporcionar continuidade e crescimento psicossocial aos seus integrantes. O processo de continuidade e crescimento, além de permitir o desenvolvimento da família como um todo, permite também a individuação e diferenciação de seus integrantes (ANDOLFI, 1989).

O conceito de psicossomática, para Lipowiski (apud Mello, 1992), busca abranger uma visão da integralidade do homem, em sua totalidade, como sendo um complexo mente-corpo em interação com um contexto social. Ao encontro disto, Campos (1992), ao falar em psicossomática, explica que a ação da *psique* sobre o corpo sempre expressará algo singular do sujeito, que diz respeito a sua história de vida e também aos aspectos emocionais. Mello (1992), ao tratar da relação entre os aspectos emocionais e o corpo, diz que as emoções são uma classe de fenômenos que, ao serem entendidos como internos, também trazem manifestações externas, sendo elas somáticas e comportamentais, como ocorre nas emoções de raiva, medo e amor.

A hipertensão tem sido apontada como uma doença multifatorial, ou seja, para que ela ocorra, vários fatores precisam estar agindo simultaneamente. Neste sentido, os aspectos do padrão de funcionamento de uma família podem ser considerados fatores desencadeantes da doença hipertensiva. Mello (1992), refere-se a doença hipertensiva como o resultado de hipersensibilidade orgânica, núcleo e tensão intrapsíquica e fatores estressantes ambientais.

Para Malachias (2010), a hipertensão é considerada o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardíacas e vasculares no Brasil e no mundo. Aproximadamente 25% a 30% dos adultos do mundo apresentam elevação da pressão arterial e a estimativa é a de que menos de 10% de pessoas em risco esteja em tratamento correto e contínuo e preventivo. O autor aponta ainda que no Brasil há mais de 30 milhões de hipertensos, e que a primeira causa de morte é o acidente vascular cerebral. Em segundo, vem o infarto do miocárdio, ou seja, doenças cuja principal causa é a hipertensão não controlada.

Diante desta realidade, a família pode assumir uma parcela importante de responsabilidade sobre o desencadeamento da doença hipertensiva, enquanto espaço de tensão intrapsíquica e ambiental. Campos (1992) destaca um fator ambiental importante para o desenvolvimento da doença hipertensiva que é o estresse. No entanto, afirma que o estresse pode ser proveniente não só de situações ambientais, mas também decorrente da estrutura e dos conflitos intrapsíquicos do indivíduo, resultantes de seu histórico de vida e também de sua personalidade e contexto de relações. Dessa forma, a relação entre o padrão de funcionamento e a doença hipertensiva pode ser estabelecida, pois a forma

como o indivíduo se estrutura a fim de se adaptar aos estímulos estressores, caracterizam seus padrões de funcionamento.

Neste sentido, a família tem um papel fundamental na estruturação do padrão de funcionamento de um indivíduo, que é moldado pelo padrão de interação familiar. Esse padrão, quando é funcional, pode realizar mudanças necessárias em sua dinâmica, mas quando é disfuncional, pode contribuir para a cronificação da doença. Para Mello (1992), os indivíduos hipertensos possuem um conflito básico que estaria relacionado a uma hostilidade reprimida e também a uma dependência que os fazem reagir hipertensivamente. O excesso de pressão da vida cotidiana somado a um excesso de pressão na dinâmica familiar, sem possibilidades de momentos de descontração, relaxamento e prazer podem contribuir para o aumento da pressão arterial? E, se atualmente a hipertensão é considerada uma doença tão grave, como é possível uma transformação no sistema familiar do indivíduo hipertenso para que ocorram as aprendizagens necessárias para outra forma de interação familiar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos?

Portanto, devido aos dados atuais sobre a doença hipertensiva, esta pesquisa visa responder a seguinte pergunta: **Quais as características do padrão de funcionamento familiar na visão de pacientes hipertensos que vivenciaram a internação hospitalar?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o padrão de funcionamento familiar na percepção do paciente com doença hipertensiva que vivenciou a internação hospitalar.

1.2.1 Objetivos Específicos

- Identificar a concepção de adoecimento de pacientes hipertensos;
- Identificar o padrão de comunicação da família do hipertenso na percepção do paciente;
- Identificar como o hipertenso lida com a sociabilidade em geral;
- Identificar como a pessoa com hipertensão estabelece relações afetivas.

1.3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa buscou compreender conceitos relacionados à família e a doença hipertensiva. Pretendeu-se investigar as características do padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva, com o objetivo de se pensar qual o papel da família em relação ao familiar hipertenso, colaborando para a perspectiva da intervenção psicológica diante da família.

Foram encontrados, na base de dados on-line BVS saúde, por meio de palavras chaves Hipertensão – família, Hipertensão – psicologia, Hipertensão – Psicossomática, 68 artigos que abordavam a hipertensão. Esta pesquisa foi realizada em setembro de 2011, com o intuito de saber o que está sendo produzido acerca do tema. Esses artigos foram lidos e foram identificados 8 artigos que contribuem para esta pesquisa. Tais artigos foram selecionados sob o critério de que trouxeram contribuições para a compreensão dos aspectos comportamentais dos pacientes hipertensos e aspectos emocionais e também aspectos familiares como o apoio da família no tratamento do familiar hipertenso.

A partir de tal pesquisa, pôde-se constatar que há um significativo conhecimento produzido a respeito da hipertensão, no entanto não há conhecimento produzido acerca do padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva. Portanto, torna-se necessário tal conhecimento ser produzido, com o intuito de melhorar a qualidade da relação entre os familiares e das pessoas que sofrem com essa doença.

Costa e Nogueira (2008) analisam de que forma a família do hipertenso contribui positivamente para o controle de sua pressão arterial. Nas famílias estudadas, as autoras verificaram que para que o paciente consiga controlar a doença, o apoio da família é muito importante. O estudo mostrou dificuldades no relacionamento familiar, preocupação do hipertenso em relação a seus descendentes e pouco envolvimento da família no plano de cuidado do doente. Lipp et al (1998), em um estudo sobre a eficácia de um treino de controle do estresse para hipertensos gerada pelos contatos interpessoais, concluíram que a maioria dos participantes da pesquisa tinham muita dificuldade de expressar tantos sentimentos negativos quanto positivos.

Araújo et al (1998), em um estudo sobre o reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar identificaram que os pacientes que apresentavam dificuldades para acompanhar o tratamento, tinham dificuldades de relacionamento e apoio dentro do grupo familiar. Através de entrevistas, as pesquisadoras verificaram que havia incapacidade da família para adaptar-se às mudanças ou para lidar construtivamente com experiência traumática; os integrantes da família eram rígidos nas funções e nos papéis; o processo de decisão na família era insatisfatório; e havia inabilidade para aceitar ou receber ajuda. Com os resultados obtidos, as pesquisadoras sugerem uma elaboração de propostas educativas no sentido de diminuir o impacto da hipertensão sobre o sistema familiar e tornar os membros desse sistema mais participantes nas ações desenvolvidas pelos profissionais.

Mac Fadden e Ribeiro (1998), em um estudo sobre os aspectos psicológicos e a hipertensão essencial, concluíram que o bloqueio da expressão das emoções, como mecanismo de defesa, pode atuar no sistema nervoso autônomo, favorecendo crises hipertensivas, que ao longo do tempo podem se tornar crônicas. Wottrich et al. (2011), ao estudarem gênero e manifestação de estresse em hipertensos, verificaram a existência de uma diferença significativa em relação aos sintomas psicológicos do estresse entre mulheres e homens, sendo maior nas mulheres.

Contribuindo para esses estudos, Castro e Scatena (2004), estudaram a manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso, e chegaram a conclusão que 52% dos pacientes que apresentaram grande manifestação emocional tinham sintomas de estresse. Lipp et al (2009), em um estudo de caso sobre o treino cognitivo de controle de raiva em paciente com hipertensão leve, obtiveram resultados significativos na diminuição do estresse e da pressão arterial durante as sessões experimentais realizadas.

Com base nestas considerações, não havia nenhuma pesquisa que abordasse especificamente padrão de funcionamento familiar e doença hipertensiva. Desta forma, esta pesquisa justifica-se, no sentido de se pensar no papel da família diante da pessoa com hipertensão, bem como no papel da psicologia ao tratamento da hipertensão. A presente pesquisa poderá contribuir ainda, para uma prática de prevenção da doença intervindo no sentido de promover reflexões pessoais, para que os sistemas familiares possam ter consciência de sua responsabilidade no desencadeamento de uma doença na

família. E ainda, ampliando a noção de que o padrão de interação familiar, seja na comunicação entre seus membros bem como na expressão das emoções pode contribuir para agravar ou diminuir os efeitos da hipertensão.

Esse estudo pretende também ampliar a discussão sobre uma banalização da hipertensão e da psicossomática no meio profissional e acadêmico servindo de reflexão para os profissionais da saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2011, as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morte na população brasileira. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. Esta doença, afeta 25% da população brasileira, chegando a atingir 50% das pessoas que estão na terceira idade e ainda 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2011). Diante desses dados tem sido comum profissionais, em nome de uma interdisciplinaridade, relacionar doença hipertensiva com aspectos psicológicos, familiares e relacionais de maneira geral, contudo a intervenção acaba sendo restringida a perspectiva médica. Nesse sentido há de se avançar nesses conhecimentos de modo que a doença hipertensiva não seja compreendida no tocante aos seus aspectos psicológicos de modo banalizado.

Por último, a presente pesquisa poderá contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas com hipertensão arterial, proporcionando reflexões acerca da responsabilidade do indivíduo em cuidar de suas relações e das suas emoções, buscando maneiras mais saudáveis de viver com menos estresse e mais qualidade de vida e ainda, poderá contribuir para fomentar mais pesquisas sobre o tema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FAMÍLIA

É inerente ao ser humano, seu pertencimento aos grupos sociais que se diferenciam de acordo com distintas culturas. Para Minuchin (1982), a família tem passado por mudanças que acompanham as mudanças sociais. Além disso, a família, em resposta às pressões culturais, mostra-se abrindo mão ou tomado para si a função de proteção e socialização de seus componentes. Neste sentido, o autor afirma que as funções da família atendem a dois diferentes objetivos. Um é interno, a proteção psicossocial de seus membros; outro é externo, a acomodação a uma cultura e a transmissão dessa cultura (MINUCHIN, 1982, p. 52).

A família é tida como a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus integrantes, que também se adapta a uma sociedade e segue mantendo essa cultura presente. Ao encontro disso, Ariès (1981), aponta que há quatrocentos anos, a família não era considerada como uma unidade de criação da criança, e até pouco tempo as crianças sequer eram reconhecidas como indivíduos que possuíam direitos próprios. Ariès (1981), no que diz respeito a história da família, destaca que a família medieval, mais especificamente na Inglaterra, desconsiderava afetivamente as crianças, que eram consideradas aprendizes. Essas crianças, com seus sete ou nove anos de idade iam para a casa de outras pessoas para serem educadas. Não havia, portanto, um sentimento profundo na relação parental, pois dificilmente as crianças retornavam às suas famílias, já adultos (ARIÈS, 1981).

Somente a partir do século XV, os sentimentos familiares começaram a mudar a partir do surgimento das escolas, que passam a assumir a responsabilidade pela educação das crianças. Dessa forma, os pais passam a ficar mais próximos dos filhos e começam a criar vínculos afetivos mais significativos com eles. Na segunda metade do

século XVII, a família já está organizada ao redor da criança que passa a figurar como o centro da família (ARIÈS, 1981).

Ariès (1981), ao falar de sociedade e família, aponta que nos séculos XV e XVII o espaço familiar era mais social. Esse cenário mudou a partir do século XVIII, quando a casa passou a ser algo mais privado e íntimo, um refúgio do mundo centralmente em função de reorganizações da estrutura social que ganhou maior complexidade. As camas eram separadas em quartos e os criados não saíam mais dos locais que eram destinados a eles. Essa reorganização da casa foi responsável pela redução da família que antes incluía os criados, amigos, e clientes, para somente pais e filhos, criando um espaço de maior intimidade, configurando desta forma, a família nuclear (ARIÈS, 1981). Roudinesco (2003) destaca também a evolução da família desde o século XVI, até chegar ao modelo de família nuclear, constituída pelo núcleo pai-mãe-filhos que passa a ser predominante.

Com a Revolução Industrial tem-se o nascimento da família moderna, que perdurou desde o século XIX até o Século XX. Nesta, tem-se a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos que viviam em uma mesma casa e que correspondia as exigências daquela época. Uma época na qual a sociedade alcançou grande desenvolvimento na sua estrutura e a complexidade aludida antes tem acréscimos das novas estruturas econômicas e ampliação/ estabelecimento de um papel de Estado governando a estrutura familiar. Para Brun (2010), os conceitos de família que existiam no passado estavam de acordo com os valores predominantes na sociedade e cultura daquele determinado momento histórico. A autora destaca que, ao longo do tempo, e mais recentemente, a família vem sofrendo influências de um tempo que reflete avanços tecnológicos, emancipação feminina, entre tantas outras mudanças de contexto de um novo milênio (BRUN, 2010).

Roudinesco (2003) destaca três fases importantes no processo de evolução da família. Na primeira fase, tem-se o modelo da família tradicional, na qual o papel primordial da família era o de garantir e repassar seu patrimônio. Visando a manutenção do patrimônio, os casamentos eram planejados para esse fim sendo que não havia portanto relações conjugais com laços afetivos. Na segunda fase, entre o fim do século XVIII até metade do século XX, esse cenário se modifica e as relações afetivas baseadas no amor romântico passam a predominar. É na terceira fase que surge a família

contemporânea ou pós-moderna, a partir dos anos 1960. Configura-se o modelo de família contemporâneo, baseado na união de dois indivíduos em busca de realização íntima por uma duração relativa (ROUDINESCO, 2003).

A partir dessa união mais ou menos duradoura, o casamento perde sua força simbólica, o número de divórcios aumenta e surge a noção de família recomposta, com filhos de outros casamentos. Meios-irmãos e meias-irmãs passam a integrar a configuração familiar contemporânea (ROUDINESCO, 2003). A autora afirma que:

Em lugar de ser divinizada ou naturalizada, a família contemporânea se pretendeu frágil, neurótica, consciente de sua desordem, mas preocupada em recriar entre homens e mulheres um equilíbrio que não podia ser proporcionado pela vida social. Assim, fez brotar de seu próprio enfraquecimento um vigor inesperado (Roudinesco, 2003, p. 153).

Ao encontro dessa idéia, Brun (2010), aponta que a família, no início desse novo milênio, séc XXI, apresenta uma configuração multiforme que revela uma diversidade de paradigmas e que é construída por uma complexidade de relações que busca construir valores ainda não bem sedimentados. O olhar para a família, passa a ser portanto ampliado, levando em conta as mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas na qual a família sofre influências (BRUN, 2010).

O olhar sistêmico para a família permite compreender e acompanhar as transformações que ocorrem com ela. Nesse sentido, Andolfi (1989), indica que a família é considerada um sistema ativo em constante transformação, um organismo complexo que se modifica com o passar do tempo, no sentido de proporcionar continuidade e crescimento psicossocial aos seus integrantes. Esse processo de continuidade e crescimento, além de permitir o desenvolvimento da família como um todo, permite também a individuação e diferenciação de seus integrantes (ANDOLFI, 1989).

2.2 DESORGANIZAÇÃO NO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

Para Satir (1993), o sistema familiar é considerado como o principal contexto para que o aprendizado dos integrantes da família aconteça, para seus comportamentos individuais, seus pensamentos e sentimentos. Quando esse sistema está disfuncional,

ocorre uma tensão que se manifesta em um dos membros da família como sintoma, e no qual outros membros da família também reagirão a essa tensão. O conceito que contribui para esse entendimento é o conceito de homeostase familiar, que consiste no processo por meio do qual a família busca equilibrar as forças que existem em seu seio, com o intuito de alcançar um bom funcionamento (SATIR, 1993).

Minuchin (1982) destaca que a família é sujeita a pressões internas, que são decorrentes das mudanças evolutivas de seus integrantes e também às pressões externas, que também produzem importante impacto nos membros da família sendo provenientes das exigências das instituições sociais. Neste sentido o autor afirma que

Responder a estas exigências, tanto dentro como de fora, requer uma transformação constante da posição dos membros da família, em relação um com o outro, de maneira que possam crescer, enquanto o sistema familiar mantém a continuidade (Minuchin, 1982, p. 64).

O estresse dentro do sistema familiar pode ser proveniente de quatro fontes. Ele pode ser proveniente de um contato estressante de um membro da família com forças extra-familiares; bem como pode ser decorrente do contato estressante de toda a família com forças extra-familiares; o estresse pode ocorrer em pontos de transição da família e por último, o estresse pode ser proveniente de problemas idiossincráticos. No caso de uma família que funciona eficazmente, esta vai responder ao estresse de maneira a dar continuidade ao seu funcionamento, se transformando e se adaptando ao longo do tempo. Por outro lado, uma família que responde ao estresse de forma rígida, revela padrões disfuncionais que eventualmente pode ser desencadeadores de sintomas (MINUCHIN, 1982).

A perspectiva sistêmica de compreensão da família fornece a possibilidade aos seus membros se responsabilizarem pelos seus papéis dentro do sistema, ou consistirem seus subsistemas, pois nessa visão, não existe vítimas nem bandidos, nem certo e errado, ou algo pré-definido; desta forma os membros da família podem estar contribuindo para a funcionalidade ou disfuncionalidade desta família (ROSSET, 2008). A noção de subsistemas familiares considera a família, com seus subgrupos, a possuírem funções determinadas para dar continuidade e desenvolvimento à mesma. Dentre os subsistemas o sistema conjugal possui a função básica de ser a matriz para contatos com outros sistemas conjugais, preservando suas fronteiras; o subsistema parental, se constitui

quando os membros do casal tornam-se pais; o subsistema fraternal, que são os irmãos, no qual a função é a de ser o laboratório social (ROSSET, 2008).

Para Rosset (2008), além das funções dos subsistemas, existem as funções básicas da família que são a função materna, a função paterna, a função de aprendizagem e a função de historiador, sendo que em uma família funcional todas essas funções estarão sempre circulando entre os membros da família. Por outro lado, em uma família disfuncional, ocorre uma rigidez nesses papéis, ou seja, as funções e as pessoas não variam. Para a teoria relacional sistêmica, um padrão disfuncional leva aos chamados “jogos relacionais” com a utilização de elementos tais como: deposições, defesas e ataques entre os membros da família; engloba também o que não é dito, os assuntos que são evitados, o que se vê e o que se ouve e como se faz uso das diferenças. Tomar consciência dos pontos disfuncionais e ir flexibilizando esses aspectos e realizar as mudanças necessárias (ROSSET, 2008).

2.3 TERAPIA RELACIONAL SISTÊMICA

A Terapia Relacional Sistêmica se estruturou na década de 1980, recebendo este nome para diferenciar-se das demais linhas sistêmicas. É denominada sistêmica pois a proposta terapêutica e o enquadramento estão fundamentados no enfoque sistêmico; é relacional pois o foco está na compreensão do homem como um ser em relação (ROSSET, 2008).

As influências mais significativas para a estruturação da Terapia Relacional Sistêmica vieram da Teoria Psicodramática, da Teoria Corporal e da Terapia Sistêmica. De acordo com Rosset (2008), foram incorporados do psicodrama: a teoria de desenvolvimento, o arsenal técnico, a compreensão da relação terapêutica como meio para a terapia; da Terapia Corporal foi adotada a teoria de desenvolvimento, as estruturas de caráter e o arsenal técnico e inclusão do corpo na terapia; da Terapia de Sistemas familiares foi adotada a leitura dos fenômenos, o enquadre terapêutico, a proposta de

trabalho e a estruturação do processo terapêutico sendo que, os teóricos mais influentes foram Maurizio Andolfi, Carl Whitaker, Salvador Minuchin e Virginia Satir.

A partir disto, na terapia relacional sistêmica, o trabalho terapêutico é focado no padrão de funcionamento dos sistemas, sendo que são atendidos quaisquer sistemas humanos, o foco da terapia é na consciência, aprendizagem e mudança no qual o terapeuta é um recurso integrante e atuante do sistema terapêutico (ROSSET, 2008). Os pressupostos da Terapia Relacional Sistêmica trazem consigo o pensamento sistêmico e na concepção de que a vida e as relações são complexas e multi-causais, sendo que o indivíduo está sempre referido em um sistema e que a família ou o grupo é considerado um organismo, ou seja, um todo em movimento.

O pensamento sistêmico traz consigo a importância de como ocorrem as relações entre as pessoas que fazem parte de um sistema. O foco de observação passa a ser circular e não linear, no caso de uma família, tem-se que cada membro desse sistema familiar é responsável pelo funcionamento do sistema (VASCONCELLOS, 2003).

Para Vasconcellos (2002), é importante o observador visualizar um fenômeno dentro de um contexto, no qual permite que o funcionamento desse sistema fique mais evidente, pois com a ampliação do foco o observador poderá perceber a complexidade do sistema que se auto-organiza e está em constante mudança. A autora traz ainda, as três dimensões da epistemologia sistêmica que incluem o paradigma da complexidade: sistemas amplos, redes, ecossistemas, causalidade circular, recursividade, contradições, pensamento complexo; paradigma da instabilidade: desordem, evolução, imprevisibilidade, saltos qualitativos, auto-organização, incontrolabilidade; paradigma da intersubjetividade: inclusão do observador, auto-referência, significação da experiência na conservação, co-construção (VASCONCELLOS, 2003).

Esses três paradigmas demonstram que cada membro tem sua responsabilidade dentro de um sistema. A esse respeito, Rosset (2008), afirma que os acontecimentos dentro de um sistema são circulares e co-desencadeadores e que o comportamento de um membro dentro do sistema desencadeia e mantém o comportamento do outro vice-versa.

Na Terapia Relacional sistêmica trabalha-se com padrão de relação colocando o foco nos padrões de funcionamento. De acordo com Rosset (2008), padrão

de funcionamento, é uma forma repetitiva que um determinado sistema apresenta para lidar com diversos aspectos da vida e das relações. Esse padrão é na maioria das vezes, automático e inconsciente. Nesse sentido Rosset (2008, p. 21), afirma que “o padrão de funcionamento aparece em todos os aspectos da pessoa ou do sistema. Pode ser visto no corpo, no pensamento, no sentimento, na ação, e especialmente nas relações”.

Todo indivíduo e todo sistema tem um padrão, ou seja, uma forma específica de agir, sentir e se comportar diante de determinadas situações. A estruturação de um padrão de funcionamento familiar sofre influências do padrão de cada um dos cônjuges que também influenciam o padrão de funcionamento de seus filhos. Quando a criança entra no sistema familiar, começa então a estruturar seu padrão de funcionamento a partir da forma como a família atua o seu padrão básico (ROSSET, 2008).

A partir disso, alguns aspectos propostos pela terapia relacional sistêmica auxiliam a identificar os padrões de funcionamento de um sistema, como por exemplo a comunicação, verificando quais palavras são utilizadas, a forma como falam entre si. Outro aspecto importante do padrão de funcionamento familiar diz respeito à saúde, ou seja, quais são os sintomas físicos e doenças que são comuns no sistema familiar, a forma como lidam com o adoecimento de um familiar e como se sentem nessas ocasiões (ROSSET, 2008). A autora, Rosset (2008), aponta que não existe padrão de funcionamento bom ou ruim, nem melhor ou pior. Como é algo que existe, o importante é que o sistema enxergue-o e o aceite como algo seu e que possa a partir desse entendimento, fortalecer os pontos funcionais e ter controle sobre os aspectos disfuncionais para então realizar as aprendizagens necessárias, que podem ser aquelas que ficaram por fazer no processo de desenvolvimento ou que se fazem necessárias na fase pela qual o sistema atravessa e a partir disso desencadear as mudanças pertinentes (ROSSET, 2008).

2.4 PSICOSSOMÁTICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ao considerar que existem padrões de funcionamento disfuncionais e funcionais, a doença dentro do contexto familiar pode ser um exemplo de uma família com padrão de funcionamento disfuncional. Para o olhar sistêmico não existe doença que ocorra em uma pessoa sem ser considerada como fruto das relações com os sistemas e seus integrantes e como forma de defesa de um dos organismos mais sensíveis deste sistema, no caso, o sistema familiar.

Neste sentido, estudiosos da psicossomática como Hans Selye afirmam que as doenças seriam fruto de uma reação de defesa e de adaptação do organismo, sendo que certas doenças poderiam ser causadas pelo excesso de defesa a agentes estressores definindo estresse como sendo um somatório de fatores diversos que podem agir sobre o corpo e também como sendo resultado de uma luta pela auto-preservação de partes dentro de um todo (RAMOS, 2006).

Um dos estudiosos da psicossomática, Franz Alexander, baseava seus estudos na teoria psicanalítica, teoria mais abrangente, principalmente até o final dos anos de 1940. Considerava também que todas as doenças podem ser consideradas psicossomáticas e afirma que os processos corporais são influenciados pelas emoções, por meio das vias nervosas e humorais. Mello (2002) concorda com a idéia de que toda doença é psicossomática, pois não considera a separação entre soma e psique.

Rodrigues e Gasparine (1992) contribuem com essa idéia destacando que indivíduo está sempre em movimento, em busca soluções e satisfações para suas necessidades, que muitas vezes são colocadas a ele pela cultura e outras vezes por necessidades inconscientes dele mesmo. Essas necessidades são permeadas pelas emoções, que buscam uma forma de expressão, que quando não podem ser expressadas, geralmente por meio da linguagem, a emoção que fica contida e manifesta-se de forma indireta, aproximando-se do conceito de somatização.

Mello (1992) considera que a psicossomática desenvolveu-se em três momentos, primeiramente com a influência psicanalítica, com o desenvolvimento de teorias como os fatores inconscientes das doenças, seus benefícios secundários entre

outros; em um segundo momento, houve a contribuição da teoria behaviorista, com estudos sobre os estresse, e um terceiro momento considerada multidisciplinar, relacionando-se estudos entre profissionais diversos. Na visão do autor, a relação entre mente e corpo tem sido estudada com mais afinco por profissionais da saúde, estudo este que atualmente tem possibilitado a estes profissionais uma visão mais ampla das doenças.

Com a evolução da psicossomática, a compreensão do adoecimento passou a ser compreendida como sendo a resposta de um sistema, neste caso de um indivíduo inserido em uma sociedade e que está em interação com outros sistemas incluindo as pessoas da família. Mello (1992) destaca que a partir dos estudos da biografia de um indivíduo vê-se que não existe uma causalidade para os fenômenos humanos, que estes sempre têm uma motivação. A doença, portanto, passa a fazer parte da biografia do sujeito, que constrói a partir de sua história uma forma de ser e estar no mundo, um funcionamento que lhe permite reagir a estímulos de forma a manter a homeostase de seu sistema (MELLO, 1992). O termo psicossomática inicialmente era utilizado em doenças nas quais as relações psicofísicas eram bastante evidentes, dentre elas a hipertensão arterial. A partir da psicossomática adveio o conceito de somatização, considerado como sendo a indução de um processo somático a partir também de influências mentais (MELLO, 2002).

Para Campos (1992), a hipertensão arterial é conceituada como um desequilíbrio nas estruturas orgânicas que são consideradas responsáveis em manter um fluxo sanguíneo estável e adequado às necessidades do funcionamento dos tecidos do organismo de um indivíduo. A hipertensão arterial é responsável por 65% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo considerado o fator de risco mais significativo para a doença cerebrovascular (PEREZ, 2000).

De acordo com Campos (1992), o sistema límbico foi identificado como a sede das emoções, sendo que o hipotálamo é considerado responsável pela regulação do sistema simpático e parassimpático. Situações de estresse são responsáveis por desencadear no indivíduo por meio do hipotálamo, substâncias como catecolaminas e corticosteróides que podem afetar alguns órgãos dentre eles o aparelho cardiovascular. Quando as situações de estresse são recorrentes, a liberação dessas substâncias passa a ser constantes, desencadeando doenças como a hipertensão arterial (CAMPOS, 1992).

Para Campos (1992), a forma como cada pessoa reage ao estresse está relacionada a fatores como a história de vida, e também de características herdadas e adquiridas. O indivíduo recebe um estímulo, que é recebido pelo sistema nervoso central este por sua vez, por meio do sistema de avaliação e enfrentamento dá uma resposta ao meio. As respostas são singulares para cada indivíduo fruto dos critérios do sistema de avaliação, influenciadas pela predisposição constitucional, pelas primeiras experiências de vida, pelas normas e valores introjetados e pelas circunstâncias atuais e passadas (CAMPOS, 1992).

A hipertensão arterial é considerada uma doença de adaptação, pois a função da pressão arterial é a de contribuir para a manutenção de um fluxo sanguíneo compatível com as demandas dos órgãos e tecidos. Quando o indivíduo vive uma situação de estresse e precisa dar uma resposta adaptativa, a elevação da pressão arterial é uma dessas respostas (CAMPOS, 1992). Ocorre que, no indivíduo hipertenso, essa resposta adaptativa tem uma intensidade maior do que na de outras pessoas.

Alguns estudos psicanalíticos feitos com pacientes hipertensos definiram uma personalidade hipertensiva. As características dessa personalidade seriam presentes em indivíduos que teriam uma hostilidade reprimida além de hipóteses de características psicológicas como depressão, passividade, expectativas negativas diante das situações e dependência (CAMPOS, 1992). O autor ressalta a importância de poder indentificar o núcleo reprimido do hipertenso com o intuito de reduzir seu estresse refletindo sobre a possibilidade de outras respostas adaptativas que não a hipertensiva (CAMPOS, 1992).

Pérez-Riera (2000) conceitua a pressão arterial como a força na qual o coração bombeia o sangue através dos vasos sendo que ela é determinada pelo volume de sangue que sai do coração, e a resistência que ele encontra para circular no corpo (PÉREZ-RIERA, 2000). Julian e Cowan (1996) consideram que a pressão arterial é considerada elevada quando ela ultrapassa o limite de 140/90 mmHg na pessoa que está em repouso.

A elevação da pressão arterial é resultado do aumento da resistência dos vasos periféricos, por conta de uma constrição generalizada das pequenas artérias (PÉREZ-RIERA, 2000). O autor ainda aponta para a chamada crise hipertensiva conceituando-a como situação clínica caracterizada por uma súbita elevação da pressão

arterial com ou sem comprometimento do órgão alvo (cérebro, coração, rim e /ou fundo do olho).

Com base em pesquisas epidemiológicas, a etiologia da hipertensão é considerada multifatorial. Pérez-Riera (2000) considera os seguintes fatores desencadeadores da hipertensão arterial: fatores genéticos, no qual se identifica que a hipertensão é muito mais frequente entre os familiares de pessoas com hipertensão. Fatores alimentares também são levados em conta no sentido de que existe uma relação direta entre o excesso de peso e a hipertensão. O consumo excessivo de sal, e álcool também tem sido identificado como fatores de risco para a hipertensão (JULIAN E COWAN, 1996).

De acordo com Pérez-Riera (2000), os maiores fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão são o tabagismo, diabetes mellitus, idade acima de 60 anos, história familiar para doença cardiovascular em mulheres menores de 65 anos e homens menores de 55. Outro fator para a hipertensão são as alterações endócrinas (PÉREZ-RIERA, 2000).

Pérez-Riera (2000) considera a hipertensão arterial como o mais importante fator de risco para a doença cerebrovascular, sendo responsável por 65% das mortes por AVC sendo que a prevalência na raça negra é maior do que a raça branca. O autor também aponta para as queixas mais frequentes do hipertenso como cefaléia, tontura, sudoreses, tremores entre outros sintomas (PÉREZ-RIERA, 2000).

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa foi uma pesquisa qualitativa, pois se propôs estudar a relação entre o padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva. Neste sentido, buscou-se um melhor entendimento dessa questão, investigando portanto as crenças, motivos e atitudes em relação ao fenômeno em estudo.

Em relação aos objetivos, o estudo ocorreu de forma exploratória. Para Gil, a pesquisa exploratória possibilita uma maior familiaridade com o tema em estudo, com a intenção de torná-lo mais visível e possibilitando novas descobertas a respeito de problema (GIL, 2002). Com esse estudo pretendeu-se obter mais informações sobre o fenômeno doença hipertensiva e padrão de funcionamento familiar. Neste sentido, a pesquisa descritiva objetivou a obtenção dessas informações por meio da descrição de determinado fenômeno e também estabelecendo relação entre as variáveis do problema (GIL, 2002).

Em relação ao delineamento da pesquisa foi utilizado o estudo de campo. Nesse estudo, foi estudado um grupo único, que foram pacientes com diagnóstico de hipertensão que vivenciaram internação em um Hospital Geral. De acordo com Gil, (2002), o estudo de campo buscou aprofundar questões relacionadas ao problema proposto e ainda ressaltou a interação entre e a presença do pesquisador no local onde será realizado o estudo.

3.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa dois pacientes adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial que já passaram por um período de hospitalização em um Hospital Geral da Grande Florianópolis. Os nomes apresentados pelos participante são fictícios, a fim de manter o anonimato dos entrevistados e preservar o sigilo das informações. Suas principais características são descritas no quadro a seguir:

ENTREVISTADO 1	
Nome	Maria
Sexo	Feminino
Idade	60 anos
Estado Civil	Casada
Profissão/ocupação	Do lar
Tempo de diagnóstico	3 anos

ENTREVISTADO 2	
Nome	João
Sexo	Masculino
Idade	60 anos
Estado Civil	Casado
Profissão/ocupação	Pescador/ Aposentado
Tempo de diagnóstico	4 anos

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização da coleta de dados foi utilizado gravador de voz e roteiro de entrevista. Para a gravação de voz foi utilizado um aparelho *MP3 Player*. A pesquisadora transferiu o arquivo do gravador de voz para o computador no qual foi feita a transcrição do material obtido nas entrevistas.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A pesquisadora realizou as entrevistas em dois momentos distintos. A primeira participante foi entrevistada no Hospital de Caridade, local no qual a mesma estava internada para realizar exames. O segundo foi entrevistado em sua residência imediatamente após a alta hospitalar. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para ambos participantes. O ambiente onde foi realizada a entrevista foi fechado e silencioso e a duração da mesma foi de 30 a 40 minutos, aproximadamente.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coletar os dados foi utilizada na pesquisa uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), com a finalidade de descobrir a relação entre o padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva. De um modo geral, as perguntas realizadas foram abertas e respondidas informalmente.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 De seleção e contato com os participantes

Para a realização da entrevista a pesquisadora foi presencialmente ao Hospital de Caridade, local no qual realizou o estágio obrigatório em psicologia e saúde e explicou os objetivos da pesquisa para a coordenação de enfermagem da enfermaria. Após esta primeira etapa, a pesquisadora agendou um dia e horário e foi até a Instituição e obteve acesso aos prontuários e selecionou os participantes que foram selecionados. Adotou-se como critérios de escolha por pacientes que já haviam passado por uma internação e que estavam em processo de alta.

Buscou-se também aqueles pacientes sem comorbidades graves, de modo a garantir condição física para a realização da entrevista. O primeiro contato foi com pacientes que já estavam de alta do Hospital. Este contato foi feito pessoalmente e neste momento foram descritos os objetivos gerais da pesquisa, esclarecidos os procedimentos, o sigilo dos dados, tipo de instrumento, procedimentos de coleta e de análise dos mesmos.

Após os participantes aceitarem a participar da pesquisa, a pesquisadora marcou o dia e o horário, sendo que, uma entrevista foi realizada no próprio hospital e a outra na residência do entrevistado.

3.6.2 Procedimentos de registro e coleta de dados

As entrevistas foram realizadas na residência de um dos pacientes que estava de alta do hospital e a outra foi realizada no Hospital de Caridade. As entrevistas ocorreram individualmente com os pacientes. Depois da apresentação inicial da pesquisadora foi apresentada a pesquisa, estrutura e objetivos. Anteriormente ao

procedimento da entrevista foi explicada a pesquisa, e solicitada a adesão dos participantes a participarem da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Foi expresso aos participantes que a gravação poderia permitir melhores possibilidades de aproveitamento dos dados para posteriormente analisá-los com mais fidedignidade, garantindo o sigilo das informações.

3.6.3 Organização, Tratamento e Análise de dados

Num primeiro momento foi efetuada uma transcrição integral das entrevistas feitas com os pacientes. De acordo com o material que foi obtido pela gravação de voz foram estabelecidas categorias de análise. As categorias foram elaboradas a partir das respostas obtidas nas entrevistas. As informações referentes a cada categoria foram agrupadas e analisadas individualmente de acordo com os objetivos da pesquisa, o tipo de informação apresentada pelos participantes da pesquisa.

A partir dessa organização os dados foram analisados de acordo com os fundamentos teóricos da teoria sistêmica e sua articulação com a psicossomática. A seguir, podem ser verificadas as categorias que conduziram tal análise. De acordo com Gomes (1994) a análise do conteúdo de uma pesquisa consiste em encontrar respostas para as questões formuladas, bem como confirmar ou não as hipóteses pré estabelecidas.

TABELA 1 – CATEGORIAZAÇÃO DE ANÁLISE

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
IDENTIFICAR A CONCEPÇÃO DE ADOECIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS	Concepção do adoecimento	Focada no corpo
	Possíveis causas do adoecimento	Grande perda
IDENTIFICAR O PADRÃO DE COMUNICAÇÃO DA FAMÍLIA DO HIPERTENSO NA PERCEPÇÃO DO PACIENTE	Comunicação pela aglutinação	Localização geográfica
	Comunicação circunscrita a temáticas	Tematizada pela doença Focada na solução de problemas familiares
IDENTIFICAR COMO O HIPERTENSO LIDA COM A SOCIABILIDADE EM GERAL	Meios de Sociabilidade	Eventos da Terceira idade
		Eventos familiares
IDENTIFICAR COMO O HIPERTENSO ESTABELECE RELAÇÕES AFETIVAS	Comportamentos de dependência	Apego
		Abnegação
Altruísmo		
Sofrimento pelo outro		
A partir do envolvimento familiar no tratamento	Apoio	

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, serão expostos os dados coletados e analisados, baseando-se nos objetivos propostos para a realização do estudo, por meio do referencial teórico utilizado. Os subcapítulos serão apresentados em quatro eixos temáticos, condizendo com os objetivos específicos da presente pesquisa. Neste sentido, os subcapítulos se referem às concepções do hipertenso acerca do adoecimento, a comunicação familiar do paciente hipertenso, a sociabilidade e por último, os vínculos afetivos do paciente hipertenso, articulando sempre com a fundamentação teórica. Contudo, antes são apresentados alguns dados que buscam mais bem caracterizar os participantes:

4.1 Perfil dos participantes

Os participantes deste estudo são pacientes hipertensos que residem no Município de Florianópolis. Com o intuito de manter os dados dos participantes em sigilo, os mesmos serão chamados de Maria¹ e João.

4.2 Maria

Maria é uma mulher de 60 anos, é casada e tem 2 filhas. Reside em Município da Grande Florianópolis, e não exerce atividade profissional. A entrevistada descobriu a doença em 2009, quando ficou por 30 dias internada em um Hospital.

¹ Cabe salientar que os nomes dos entrevistados e todos os demais nomes são fictícios a fim de preservar o anonimato dos mesmos.

4.3 João

João é um homem de 60 anos, é casado e tem dois filhos. O entrevistado nasceu em Florianópolis, local onde reside, trabalhou como pescador até se aposentar devido sua doença. O participante descobriu a doença em 2008 e desde então esteve internado por 15 vezes em decorrência da hipertensão.

4.4 Compreensões do hipertenso sobre o adoecimento

A fim de se entender as compreensões do hipertenso sobre seu adoecimento foi criada uma categoria denominada **concepção do adoecimento**. Essa categoria divide-se em duas subcategorias denominadas focada no corpo e grande perda.

A concepção de adoecimento focada no corpo é relatada pela entrevistada Maria da seguinte forma:

Em 2009 eu tive um AVC e fui parar no Celso Ramos, e lá eu fiquei internada por 30 dias”. (sic) Maria.

Nesse sentido, pode-se perceber que a concepção que a entrevistada Maria tem sobre o adoecimento está relacionado aos sintomas manifestados no corpo. Segundo Campos (1992), as manifestações somáticas em uma pessoa pode ser resultado de uma forma primitiva de expressão e de defesa do indivíduo. É como se a pessoa falasse com o corpo e com ele se defendesse (CAMPOS, 1992).

Na mesma direção da primeira entrevistada, João, também apresenta a compreensão de que a concepção da doença está focada no corpo, conforme a seguir.

Eu estava bem e de repente me senti com muita falta de ar, eu fui me internar, o médico descobriu que eu tinha problema de coração, problema de tireóide e hipertensão, aí eu continuei o tratamento. Isso aconteceu no dia 2 de janeiro de 2008 e de lá para cá, eu já internei 15 vezes para exame e ainda tomo uma faixa de 20 comprimidos por dia. É muito. Sic (João)

Pode-se perceber na fala de João, que o mesmo compreende a doença como proveniente dos sintomas físicos. Nesse sentido, Rosset (2008), aponta para algumas características de funcionamento das pessoas que podem ser identificadas por meio de três áreas: a área mente, que é responsável pela lógica e engloba o que a pessoa pensa, fantasia e imagina. A área corpo, que engloba as questões ligadas às sensações e emoções do indivíduo. Por último, a área ambiente, que está relacionada com as ações do indivíduo e as suas relações. Rosset (2008).

De acordo com Rosset (2008), as pessoas, de acordo com seus padrões, possuem maior ou menor facilidade de atuação, integração e consciências dessas áreas. Percebe-se, nas falas de Maria e João, que há pouca integração entre as áreas mente, corpo e ambiente no que diz respeito às suas concepções acerca do adoecimento, haja vista que quando perguntadas sobre como se dera seu adoecimento entendem o mesmo primeiramente relacionada ao corpo.

A subcategoria denominada grande perda observa-se que a entrevistada Maria percebe seu adoecimento como perdas. No trecho extraído da entrevista, a mesma relata:

Eu perdi minha visão, fiquei com visão dupla, e depois fiquei muito tempo sem caminhar, perdi a coordenação motora. Eu fiquei quase um mês sem caminhar, e daí eu tive um fisioterapeuta e quando fiquei no fundo da cama esse fisioterapeuta disse que eu ia sair dessa. Eu fiquei sem força nos braços, a minha cabeça não me ajudava. E através dele, pelo esforço dele, pela dedicação daquele moço, um moço chamado José. Eu olhava para o morro da cruz e as lâmpadas eram duplas. Era horrível. Foi uma época bem difícil para mim. Eu jamais esquecerei desse moço chamado José, o fisioterapeuta. Hoje eu estou mal outra vez, mas eu já estive pior, tenho hipertensão e diabetes e quando eu me senti mal, eu corri para o posto de saúde. A pressão estava muito alta e começou todo o processo, continuei sempre com hipertensão, e de lá para cá eu meço a pressão diariamente, tomo meus remédios diariamente, e continuo hipertensa. sic (Maria)

Mello (1992) destaca que a partir dos estudos da biografia de um indivíduo vê-se que não existe uma causalidade para os fenômenos humanos, que estes sempre têm uma motivação. A doença, portanto, passa a fazer parte da biografia do sujeito, que

constrói a partir de sua história uma forma de ser e estar no mundo, um funcionamento que lhe permite reagir a estímulos de forma a manter a homeostase de seu sistema (MELLO, 1992). Observa-se aqui que parece fazer parte das “histórias” de Maria, circunstâncias relativas a seu adoecimento.

De acordo com Rosset (2008), o uso que a pessoa faz dos traumas e de suas doenças pode ter dois caminhos: ou a pessoa usa as suas dificuldades, seus sofrimentos e sintomas como uma desculpa para explicar suas dificuldades e seus defeitos e impossibilidades, ou ela faz “bom uso” das dificuldades e sintomas, como se eles fossem um mapa sinalizadores de quais áreas da vida a pessoa precisa prestar mais atenção, percebendo o que pode ser melhorado e mudado para obter uma maior consciência de si e do seu jeito de ser e estar no mundo (ROSSET, 2008). No caso da entrevistada Maria, perceber seu adoecimento como perdas no corpo, revela algo de uma limitação, que de certa forma protege e a defende de checar as origens relacionais de seu adoecimento.

Outra categoria de análise, referente às compreensões do hipertenso sobre o adoecimento, pode ser vista nas **possíveis causas do adoecimento**. Foi possível a organização dessa categoria em apenas uma subcategoria denominada hereditariedade.

No que diz respeito a hereditariedade, fica bem explicitado na fala da entrevistada Maria:

Eu sou de família hipertensa, já vem da minha família. Faz 16 anos amanhã que eu recebi o diagnóstico. Foi difícil, eu tive dois tios que enfartaram, morreram, tive uma irmã que infartou, fez mamaria, safena e todos tinham hipertensão. Meu pai era assim como eu, de vez em quando tinha um AVC e ele foi se consumindo até que morreu. Morreu bem triste, bem doente também. Pela manhã quando eu levanto, meu marido já mede minha pressão. Pois me dá a noite e eu não sinto, não vejo nada e quando eu levanto, já estou com problema, a pressão já está alta e assim eu vou lutando pela vida, sou uma lutadora, uma batalhadora, uma guerreira”.

Já o entrevistado João diz que:

Minha família tinha problema de coração, meus pais, dois tios meus também morreram de problema de coração. As minhas irmãs também são cardíacas.

Na fala dos entrevistados, a causa do adoecimento é proveniente dos pais e avós. Na linha de compreensão da concepção de adoecimento analisada antes, focada no corpo, é curioso que o foco no adoecimento é relacionado à família de forma circunscrita ao biológico. Os entrevistados não mencionam outras causas possíveis para o adoecimento, quando se sabe que a doença hipertensiva é decorrente de inúmeros fatores e não se resume apenas a hereditariedade. Ao encontro disso, Campos (1992), aponta para as causas multifatoriais da hipertensão, e ainda ressalta que a regulação da pressão arterial é uma tarefa adaptativa. O autor, ainda afirma, que no indivíduo hipertenso a tarefa ou resposta adaptativa é mais intensa do que em outros indivíduos levando em conta também os fatores ambientais, a estrutura psíquica do hipertenso e seus conflitos intrapsíquicos, resultados de sua personalidade e história de vida (CAMPOS, 1992).

Diante disso, percebe-se no discurso dos entrevistados a impressão de um padrão repetitivo sintomático familiar, mas sem levar em conta outras possíveis causas relacionais e desencadeadoras da doença que também podem se encontrar na própria família. É diante disso que para a teoria sistêmica, as doenças que cada pessoa da família tem são aspectos a serem levados em conta para identificar o padrão de funcionamento de uma família (ROSSET, 2008), mas isto não aparece de modo espontâneo na fala dos entrevistados.

A hipertensão arterial, de acordo com Campos (1992) é decorrente de três fatores: hipersensibilidade orgânica, núcleo de tensão intrapsíquica e fatores estressantes ambientais. Sendo que, o primeiro é pré-disponente, o segundo é potencializador e o terceiro desencadeante (CAMPOS, 1992). No caso dos entrevistados, a predisposição genética que possuem para reagir hipertensivamente fica em primeiro plano sendo que a forma individual de enfrentamento com o ambiente com situações estressantes não é apontado pelos mesmos como causadores da doença.

De acordo com Minuchin (1982), a forma como uma família lida com estresse revela muito sobre o funcionamento dessa família. Quando uma família responde ao estresse de forma rígida, padrões disfuncionais aparecem e desencadeiam os sintomas. É apenas na medida em que o paciente hipertenso amplia seu entendimento sobre a doença, falando e refletindo sobre si mesmo, que poderá buscar outras alternativas de enfrentamento, que não somente a hipertensão. Neste sentido, Campos (1992) aponta

para a existência de um núcleo de tensão no paciente hipertenso que na medida em que vai sendo identificado pelo mesmo, auxilia para o controle tensional.

Ao encontro disso, Rosset (2008) afirma que na terapia sistêmica é possível identificar o padrão de funcionamento de um sistema, por meio do corpo, do sentimento, do pensamento e da ação e principalmente nas relações. No caso dos dois entrevistados, a doença é comum ao sistema familiar, mas os aspectos relacionais e desencadeantes ficam escondidos na fala dos entrevistados.

4.5 Padrão de comunicação da família do hipertenso

Neste subcapítulo dedicar-se-á a demonstrar como se dá o padrão de comunicação familiar do hipertenso. Para responder tal questionamento, foram criadas as categorias **comunicação pela aglutinação**, com a subcategoria localização geográfica e a categoria **comunicação circunscrita a temáticas** contendo duas subcategorias: tematizada pela doença e focada na solução de problemas familiares.

Em relação à primeira categoria, denominada **comunicação pela aglutinação**, observa-se que tanto na família de Maria quanto na família de João os limites interpessoais são difusos, são voltadas mais para si, e dificultam de certa forma a individuação de cada integrante da família. No presente estudo, a subcategoria denominada localização geográfica aparece na fala dos dois entrevistados da seguinte forma:

Nós somos muito amigos. Eu tenho duas filhas, uma que é economista e uma com 35 anos, meu bebê. Ela é mãe de um menino de 16 anos. Minha mais velha tem uma filha com 10 anos. Nós moramos em (...), em um condomínio fechado. Moramos todos no mesmo condomínio. É um lugarejo em que tudo é fechado, tudo murado. Almoçamos juntos, jantamos juntos, jantamos juntos, conversamos muito. Nos fins de semana estamos sempre juntos. Quando saímos para almoçar vai todo mundo também. Nós somos bem unidos. A sacada da minha filha dá na frente da minha casa. sic (Maria)

[...]. Minha família é tudo. Tenho duas irmãs que são muito especiais para mim. Meus cunhados também são muito bons comigo. Minhas irmãs me adoram e eu também gosto muito delas. É uma família muito unida. Nos falamos sempre (...). Aqui na frente mora um irmão, ali mora outra irmã. O outro também é vizinha. Estamos sempre juntos. Em relação a isso estou bem tranquilo. sic (João)

Nesse sentido, pode-se identificar que a localização geográfica contribui para a que as fronteiras entre as famílias sejam permeáveis, de modo que os limites que definem quem é, e quem não é parte daquele sistema fique difuso, tornando os locais de relações e troca bem próximos, o que em última instância não possibilita a individualização dessas pessoas.

De acordo com Minuchin (1982), a família aglutinada responde a qualquer variação com intensidade e velocidade excessivas, e nesse tipo de sistema, a diferenciação de seus membros e de seus subsistemas é bastante precário. Os membros da família intrometem-se constantemente nos sentimentos e pensamentos dos outros, dificultando a individuação de seus membros (MINUCHIN, 1982). A família dos entrevistados possuem as características de uma família aglutinada, onde aparece nas falas dos entrevistados essa dificuldade de individuação, nos dois casos possivelmente pela localização geográfica.

Em relação à categoria **comunicação circunscrita a temáticas**, na subcategoria tematizada pela doença fica evidente na fala dos entrevistados da seguinte forma:

Eu converso mais e me dou melhor com a minha irmã. Ela é também diabética e hipertensa. Acho que é por isso que nos damos bem. Nós somos em cinco irmãos. Essa minha irmã mora na praia, perto da gente. Nós estamos sempre conversando, sempre dialogando. Nós somos muito assim de repartir os nossos problemas e tentar solucionar sic (Maria).

Tenho mais contato e converso mais com meu filho Jairo. Se eu estou internado, ele vai cinco, seis vezes por dia me visitar. É que o Jairo está por dentro da minha doença. Tem coisa que eu sinto que eu não sei o que é e ele não me fala. Ele sabe de tudo, sabe que eu não posso operar. Ele nunca chegou assim e disse: olha pai, o caso do pai é grave e o pai não pode operar. Ele nunca falou. Ele

acha que se falar vai me preocupar. Acha que eu posso ficar chateado, sismado. O que eu sinto ele sabe tudo, eu não sei. sic. (João)

É possível perceber que o padrão de comunicação familiar dos entrevistados é tematizado pela doença. Para Rosset (2008) os aspectos que auxiliam a identificação do padrão de comunicação de um sistema são: as palavras que o sistema usa, a forma como fala, a forma como se apresenta, a intensidade, os lapsos, o tom, as desqualificações e todos os outros ângulos que se repetem quando se comunica.

De acordo com Watzlawick (2002), a comunicação é um todo integrado, um processo social permanente que integra inúmeros modelos de comportamentos. Dessa forma, verifica-se aspectos do padrão de comunicação do sistema familiar de Maria e João em suas falas. Ao encontro disto, Rosset (2008), aponta para que a qualidade de vida de um indivíduo depende do nível de consciência que ele tem sobre as suas escolhas e da responsabilidade que possui com as mudanças.

Segundo Cerveny (2004), a comunicação é a matriz de onde estão colocadas todas as atividades humanas e é por meio dela que é possível relacionar os objetos com as pessoas e as pessoas entre si formando os sistemas de comunicação. Parece que nas duas famílias, a matriz de comunicação demonstra uma identidade familiar, que por meio do que foi vivenciado por Maria e José faz com que a doença seja um elemento de aproximação e comunicação mais intenso entre alguns familiares, contudo é notável na fala de João o que pode ser considerada uma “pseudo comunicação”, quando se observa que o mesmo não tem na temática da doença o diálogo franco sobre sua necessidade de cirurgia. A isso pode ser relacionado que a aglutinação que não possibilita diferenciação é um limitador de franca expressão.

A subcategoria focada na solução de problemas familiares também aparece na fala dos entrevistados, trazendo mais compreensão para o tipo de comunicação entre as famílias dos entrevistados. Vejamos a fala de ambos os entrevistados:

Moramos em uma colônia de pescadores e a nossa educação sempre foi para ajudar. Se eu posso ajudar em alguma coisa eu ajudo, se não eu fico na minha. E foi assim que eu também eduquei minhas filhas. sic (Maria)

Eu me preocupo com tudo, se o Pedro chegou. Eu tenho muita preocupação. até demais da conta, e isso me causa tudo isso. Eu não queria ser assim, eu queria ser diferente e não me preocupar tanto com as pessoas. A minha vida é um barco sem rumo, não tem porto seguro ainda. Qualquer coisa eu me abalo. Todo mundo resolve sua vida, mas eu me preocupo muito, meu marido é que diz tu morre e teus irmãos vão rir de ti. Tu precisa é cuidar da tua vida. Teus irmãos estão estruturados na vida Eu tenho que aprender muito, Toda família tem problema, mas eles demonstram que me amam, meu neto, minhas filhas demonstram afeto por mim tudo. sic (Maria)

Na fala da entrevistada Maria, percebe-se que a comunicação entre os familiares se dá também focada na solução dos problemas familiares. Aparece então, mais um aspecto do padrão de funcionamento, de os membros dessa família não assumirem a responsabilidade pelas suas próprias questões. Nesse sentido, Rosset, (2008) aponta para que na convivência familiar existem as chamadas “funções de vida”, e são elas: ser cuidado, cuidar de, e cuidar de si. Tais funções fazem parte do processo de desenvolvimento e diferenciação psicológica de um indivíduo. No caso de Maria, a função cuidar de si parece comprometida, levando-a a um desequilíbrio funcional, no sentido de que passa somente a cuidar do outro. No entanto, a partir da consciência desse padrão é possível iniciar uma retomada do auto-cuidado.

A família, de acordo com Rosset (2008), tem funções básicas que são a função materna, que é aquela que possibilita as relações afetivas na família, de cuidados com seus integrantes; a função paterna, que diz respeito a lei, organização estrutura e planejamento; a função de aprendizagem relacionada à aquisição de conhecimento e a função historiadora, relacionada com os fatos familiares do presente e do passado. A função maternal fica explicitada na seguinte fala de João:

O que um precisar o outro está ali para ajudar. Então a gente tem uma família que um ajuda o outro. sic (João)

Quanto mais funcional a família, mais as funções básicas vão circular entre as pessoas, gerando crescimento contínuo ao sistema familiar. A questão que se faz aqui é o quanto pode não haver uma plasticidade ou revezamento dessas funções entre as famílias de hipertensos.

4.6 Sociabilidade do paciente hipertenso

A fim de identificar como o hipertenso lida com a sociabilidade em geral foi criada a categoria **meios de sociabilidade**. Esta categoria divide-se em duas subcategorias, eventos da terceira idade e eventos familiares.

No que concerne à subcategoria eventos da terceira idade, percebe-se na fala da entrevista Maria até certa autonomia na seguinte fala:

Eu sempre saio. Eu vou com minhas amigas jogar bingo. Nós temos um grupo de idosas e nos fins de semana nós pagamos uma topic e saímos para jogar bingo. Nesse domingo eu quero ir de novo. Ficamos até duas, três horas da manhã. E meu marido deixa, ele também tem o grupo de amigos dele. No bingo nós temos um convívio sadio, não tem bebida, não tem nada de droga, não tem nada disso que prejudique a gente, é um jeito da gente se encontrar e se divertir sic (Maria)

O espaço que Maria possui para sociabilidade, revela um aspecto de autonomia e individualidade. Nesse sentido, Rosset (2008) afirma que é importante o indivíduo, ao longo da sua vida, aprender a lidar com dois aspectos importantes das relações que é pertencer e separar-se nos diversos aspectos familiares. No entanto, ainda que sejam os grupos de terceira idade um espaço importante para desenvolvimento de autonomia, muitas vezes eles não consistem em espaço de individualidade, pois se vê nos grupos um local para reedição de problemas, muitos deles familiares, e podem ser espaços onde a individualidade não tem vez. Neste sentido, percebe-se a necessidade de pesquisas acerca de grupos de terceira idade e as especificidades dessa fase da vida, principalmente no que diz respeito as doenças comuns e seus desdobramentos.

Na fala do entrevistado João, a dinâmica pertencer e separar aparece de forma menos circular. Percebe-se isso na seguinte fala de João, que esta sociabilidade é relativa a eventos familiares, a segunda subcategoria.

É todo mundo muito unido e vivemos sempre juntos. Fazemos churrasco na praia, na casa de um e de outro. Mas eu não gosto muito de sair não, gosto

mesmo é de ficar em casa com minha mulher. A gente vai ficando mais velho e vai ficando mais preguiçoso. sic (João)

A sociabilidade, neste caso fica restrita a eventos familiares. Ao encontro disso, para Rosset (2008) o grupo, nesse caso, o grupo familiar, é um espaço para experimentar e preparar-se para os os outros grupos que a pessoa virá a ter o que no caso de João, esse grupo restringe-se ao próprio núcleo familiar.

4.7 Identificar como o hipertenso estabelece relações afetivas

Neste subcapítulo, foram criadas categorias e subcategorias com a finalidade de identificar como o paciente hipertenso estabelece relações afetivas. A primeira categoria criada se refere a mostrar que tais relações afetivas são envoltas em **comportamentos de dependência**, com as seguintes subcategorias: apego, abnegação, altruísmo e sofrimento pelo outro. A segunda categoria criada faz referência às relações afetivas estabelecidas **a partir do envolvimento familiar no tratamento**. Divide-se essa categoria em duas subcategorias: apoio e incentivo.

O comportamento de dependência aparece na fala da entrevistada Maria no seguinte trecho, por meio do apego:

Quando eu vejo meu neto eu beijo e abraço ele e digo: a vovó te ama muito. Eu sou bem assim, bem apegada ao meu neto, eu mostro pra ele assim o lado ruim. sic (Maria)

Percebe-se que as relações afetivas baseadas no apego dificultam ao indivíduo aprender a lidar de forma funcional com a incerteza, a solidão, a liberdade e a rejeição. Rosset (2008).

Na mesma direção da primeira entrevistada, João também demonstra um comportamento de dependência baseada no apego, conforme a seguir.

O meu neto é tudo para mim. Ele tem 12 anos e é muito carinhoso comigo. Ele é meu único neto. e posso dizer que ele é tudo na minha vida. sic (João)

Percebe-se nas falas de ambos os entrevistados, que o apego excessivo aos netos, revela algo de um padrão que pode estar se repetindo no sentido de projetos pessoais que não aparecem na fala dos entrevistados. Na sequência ao que fora entendido como apego os afetos podem ser vistos também como um tipo de negação de si mesmos. Em relação à subcategoria abnegação, observa-se na fala de Maria, que a mesma renuncia de seu próprio interesse em função do outro. Conforme trecho extraído da entrevista:

Falo para meu neto: filho, tu tens tudo. Tens uma mãe que estuda. Ela fala inglês e francês. Eu dou tudo para o meu neto, quando eu vejo um tênis bonito, mesmo que eu não tenha eu faço uma prestação. Eu sou muito emotiva, muito chorona, meu neto diz, não fica chorando vó, resolve as coisas mas não fica chorando, não fica triste. sic (Maria)

Campos (1992) aponta para algumas características psicológicas do paciente hipertenso, como depressão, passividade, expectativas negativas diante das situações e dependência. Na fala da entrevistada Maria, esse tipo de comportamento fica evidente, quando a mesma parece se ver provida de pouco, mas se coloca a ofertar coisas a seu neto. Ou seja, sua auto-percepção negativa apenas tem resposta na existência do outro que passa a ser alvo de sua preocupação, mas o que parece não alcançar resultados.

A subcategoria altruísmo fica evidenciada na fala dos entrevistados como uma das formas dos pacientes estabelecerem relações afetivas. Tanto Maria como João apresentam uma inclinação para fazer do bem estar para o próximo, como motor de seus projetos.

(...) Eu tenho um grande defeito. Eu quero resolver o problemas dos meus irmãos, quando tem alguém com problema eu quero resolver sabe. sic (Maria)

(...) A minha mãe, antes de morrer ficou aqui em casa, eu convivia com ela direto, cuidava dela, dava café para ela. Ela ficou em cadeira de rodas até o dia em que faleceu. As minhas irmãs iam trabalhar e eu ficava com ela. Eu adorava minha mãe. Fazia tudo por ela. sic (João)

De acordo com Rosset (2008), as famílias passam por ciclos nos quais buscam manter o equilíbrio. Cada ciclo traz uma aprendizagem específica para a família, e cada família vai ter sua forma específica em passar pelos ciclos vitais. Isto, no presente estudo, pode ser ausente nos relatos dos entrevistados. Os mesmos relatam momentos onde parece que precisaram buscar esse equilíbrio, mas eles não são referidos como aprendizagem, o apoio ao outro é mais o *continuum*, uma forma de relação afetiva, que não é circunstancial.

Para Schutz (1989), no processo de desenvolvimento, o indivíduo passa por fases que estruturam formas de relações e relacionamentos. A primeira fase é a de desejo de contato ou inclusão que será responsável pela forma como o indivíduo lida com inclusão, exclusão, proximidade. A segunda fase é a fase de socialização, ligada a distribuição de poder e responsabilidade. A terceira fase é a fase da complexidade do amor que define o padrão das relações de afeto. Essas fases podem ter déficits de seu alcance em famílias de hipertensos, o que pode ser alvo de outras pesquisas, pois na fala dos entrevistados as relações de afeto aparecem implicadas no cuidado com o outro.

Outra subcategoria de análise criada para identificar como o paciente hipertenso estabelece relações afetivas está relacionada ao que pode ser um ápice do altruísmo, da abnegação e do apego antes aludidos, podendo-se fazer relações com a doença que enfrentam o sofrimento pelo outro. Na fala da entrevistada Maria aparece da seguinte forma:

Eu sofro muito pelos meus irmãos. Eu sofro pelas minhas filhas, sofro pelo divórcio da minha filha. Eu amava o meu genro, eu amo ainda, mas ele não liga para a filha. Eu queria que ele procurasse a filha dele. Eu tenho pena dela, ela é tão linda, não é porque é minha neta, mas ela é muito linda. Ele deixou tudo para ela, mas eu queria que ele desse amor. Mas agora, ela não quer mais saber dele. Ela diz para mim: vó, o meu pai me abandonou para que eu vou amar ele? Eu sofro mais que ela. Faz treze anos que minha filha casou, foi no dia do meu aniversário, na Igreja, ela estava linda. Eu sofro muito, ele me magoou muito, falou coisas ruins para mim, eu perdoei ele, mas ainda sofro. sic (Maria)

Já na fala de João este diz:

Eu sofro por qualquer coisa que me contam. Na hora eu aguento firme, mas depois eu desabo. sic (João)

De acordo com Campos (1992), quanto mais durador e intenso for o estresse e a ação de agentes estressantes no organismo, mais significativo será o impacto sobre o sistema cardiovascular. No caso dos entrevistados, a avaliação que os mesmos fazem das situações pode contribuir para o desencadeamento de sua doença. Atuar no agente ameaçador, ou no sintoma de avaliação do indivíduo, pode ajudar a deter os efeitos decorrentes dessa avaliação (CAMPOS, 1992). É possível que na medida em que a pessoa fica exposta aos agentes estressores sua pressão aumente, e, portanto pode ser feita uma relação entre a pressão arterial e a pressão emocional sobre essas pessoas.

Em relação à segunda categoria que visa à identificação de relações afetivas do paciente hipertenso, tais relações puderam ser vistas **a partir do envolvimento familiar no tratamento**. A subcategoria apoio aparece no seguinte trecho da entrevista:

Meus irmãos me apoiam. Eles conversam comigo, eles me ajudam, eles dizem que eu vou tirar de letra. Eles me incentivam a vida. Minhas filhas também, meu genro, meu marido. Meu genro é meu filho, ele me beija e me abraça, ele faz massagem nos meus braços. Ele diz que a minha comida não tem igual. É marido da minha filha mas é filho meu, que Deus me deu criado já. sic (Maria)

Já na fala de João este diz que:

Minha família fica muito preocupada, muito mesmo. Todas as minhas irmãs ficam preocupadas. Meus filhos e minha esposa também. Quando eu me internei em 2008 não me deixavam sozinho, ficavam comigo, um dia minha filha e outro minha esposa. Meu filho ia me visitar muitas vezes por dia. sic (João)

O envolvimento familiar no tratamento dos entrevistados está relacionado ao apoio que recebem dos familiares. Para Campos (1992), algumas situações são desencadeadoras das crises onde pode se intalar a doença do coração: fatores como doença ou morte de familiares, insatisfação pessoal são, habitualmente, desencadeantes de problemas cardíacos (CAMPOS, 1992).

Ainda de acordo com Campos (1992), nesses tipos de pacientes a família é o centro da vida. O recebimento do apoio familiar é, portanto considerado como um suporte fundamental para esses pacientes que apresentam um sentimento básico de ameaça de perder. Perder a vida, os familiares, o que gera nesses indivíduos, ansiedade, medo, culpa ou raiva (CAMPOS, 1992).

Percebe-se na fala dos entrevistados o quanto é importante para eles receberem o apoio dos familiares. Ao encontro disso, Campos (1992) aponta para a importância de oferecer ao paciente suporte que o faça se sentir cuidado e protegido como elemento de proteção e prevenção da doença. Parece, no entanto, que o apoio é limitado para um tipo de apoio que vise enfrentar o adoecimento. O apoio não aparece como algo que inclua mudanças no padrão de funcionamento familiar, mas sim para as coisas continuarem com estão, sem movimentos para a mudança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como tema central o padrão de funcionamento familiar e a doença hipertensiva. Seu objetivo foi o de caracterizar o padrão de funcionamento familiar na percepção do paciente com doença hipertensiva que vivenciou a internação hospitalar. Para que o objetivo geral deste estudo pudesse ser respondido, buscou-se alcançar os objetivos específicos da pesquisa por meio de entrevistas semi-estruturadas com uma participante do sexo feminino e um participante do sexo masculino, no qual fosse possível identificar a concepção de adoecimento de pacientes hipertensos, além de identificar o padrão de comunicação da família do hipertenso na percepção do paciente, bem como identificar como o hipertenso estabelece relações afetivas, e por último, identificar como a pessoa com hipertensão estabelece relações afetivas na família.

Dessa forma, no que se refere à compreensão dos entrevistados sobre a causa do adoecimento, fica evidente que estas estão relacionadas aos sintomas que tais pacientes apresentaram. Os mesmos também relacionam o adoecimento com perdas significativas. Pode-se perceber que essas compreensões demonstram limitações ou até mesmo defesas dos entrevistados em buscarem causas relacionais para sua doença. A hereditariedade foi a resposta apresentada pelos pacientes quando perguntados sobre as possíveis causas de seu adoecimento, confirmando portanto uma limitação na relações entre outros fatores causadores da hipertensão.

Verificou-se ainda, ao identificar o padrão de comunicação padrão de comunicação da família do hipertenso, que há uma comunicação pela aglutinação por meio da localização geográfica e que a comunicação também se dá por duas temáticas, sendo elas permeadas pela doença ou focadas na solução de problemas familiares. Ocorre que o padrão de comunicação, talvez pela aglutinação, impede que os integrantes da família se comuniquem de forma franca e espontânea.

No que consiste nas relações sociais desenvolvidas na família do hipertenso, foi possível identificar que os meios de sociabilidade se dão em eventos da terceira idade e de eventos familiares. Evidencia-se que há um espaço restrito para o desenvolvimento da autonomia e nesse sentido, percebe-se a necessidade de pesquisas acerca de grupos de

terceira idade e o real sentido da existência desses grupos, sobretudo no tocante às doenças mais comuns nessa fase da vida.

Diante do objetivo de identificar como o hipertenso estabelece relações afetivas, ficou evidente um comportamento de dependência por meio de apego, abnegação, altruísmo e sofrimento pelo outro. Também foi identificada uma forma de relacionar-se a partir do envolvimento familiar no tratamento por meio de apoio ao paciente. No entanto, o apoio apareceu como algo restrito ao enfrentamento da doença e não pareceu envolto em mudanças nas relações e no padrão da família.

No tocante às dificuldades encontradas no processo de execução da presente pesquisa, encontrou-se um tipo de dificuldade, a qual pode ser articulada um tipo específico de pesquisa. Foi possível identificar as dificuldades por parte dos pacientes em avançar em maiores questionamentos sobre si mesmo quando da proposição de questões na situação de entrevista. Entendeu-se que esse fenômeno se dava em função do vínculo, que se consistia ténue. Os pacientes se protegeram e isso é de certo modo bom, pois demonstra uma proteção a seus afetos no sentido do cuidado para não entrar em assuntos mobilizadores para eles mesmos. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de pesquisas que tenham como base a clínica de atenção psicológica ao paciente hipertenso. O que pode ser muito importante, pois nesse espaço poderão ser acessadas pormenoridades de como se dão esses processos.

REFERÊNCIAS

ANDOLFI, M. et al. **Por trás da máscara familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ARAÚJO, Thelma Leite de; Maciel, Isabel Cristina Filgueira; Maciel, Gemma Galgani Filgueira; Silva, Zelia Maria da S. Araujo. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar/ Reflex of the arterial hypertension in the family system. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo; 8(2,supl.A): 1-6, mar.-abr. 1998. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/lil-266107>

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BRUN, Gladis. **Os meus, os teus, os nossos: lidando com os desafios da família moderna**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

CAMPOS, Eugênio Paes. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, Julio. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 234-257.

CASTRO, Adélia Paula de; SCATENA, Maria Cecília Morais. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, Dec. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2011.

CERVENY, C.M.O. **Família e Comunicação**. IN: CERVENY, C.M.O. (org). **Família e...**São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COSTA, Rosana dos Santos; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Oct. 2008 . http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 set. 2011.

GASPARINI, Ana Cristina L. F.; RODRIGUES, Avelino L. Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, Julio. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 93-105.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. In: A análise de dados em pesquisa qualitativa. DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; NETO, Otávio Cruz; MINAYO, Maria C. S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

JULIAN, Desmond G.; COWAN, J. Campbell. **Cardiologia**. São Paulo: Santos, 1996.

LIPP, Marilda E. Novaes; Alcino, Adriana B; Bignotto, Márcia M; Malagris, Lúcia E. N. O treino de controle do stress para hipertensos: uma contribuição para a medicina comportamental. **Estud. psicol.** (Campinas); 15 (3): 59-66, set-dez, 1998. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-463851>> Acesso em 12 set. 2011.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; CABRAL, Ana Carolina; GRUN, Taísa Borges. Estudo de caso: treino cognitivo de controle da raiva em paciente com hipertensão leve. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 set. 2011.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica/ Stress management training and systemic hypertension. **Rev. bras. hipertens**; 14(2): 89-93, 2007. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/07-controle.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

MAC FADDEN, M.A.J.; RIBEIRO, A.V.. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100002 Acesso em: 12 set. 2011.

MALACHIAS, Marcus Vinícius. **Seção de Ligas de Hipertensão SBC/DHA**. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/ligas/> > Acesso em: 11 set. 2011.

- MELLO FILHO, Julio. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MELLO FILHO, Julio. **Concepção Psicossomática: Visão Atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados Hipertensão Arterial**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1>. Acesso em: 10 set. 2011.
- MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- PEREZ - RIERA, Andrés R. **Hipertensão Arterial: Conceitos Práticos e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. 3 ed. São Paulo: Summus, 2006.
- RODRIGUES, L. A.; GASPARINI, A. C. L. F. (1992). **Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho**. IN: *Psicossomática Hoje*. Mello Filho, J. de (1992). Artes Médicas, Porto Alegre.
- ROSSET, Solange Maria. **Terapia Relacional Sistêmica**. Curitiba: Sol, 2008.
- ROUDINESCO, Elizabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- SATIR, Virginia. **Terapia do grupo familiar**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993.
- SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Dados Hipertensão Arterial**. 2011 Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>. Acesso em: 10 out. 2011.
- SCHUTZ, Will. **Profunda Simplicidade**. São Paulo: Ágora, 1989.
- VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

WATZLAWICK, Paul; et al. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix, 2002.

WOTTRICH, Shana Hastenpflug et al . Gênero e manifestação de stress em hipertensos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 1, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de Identificação

1.1 Sexo: M () F ()

1.2 D.N ___/ ___/ ___ Idade: _____ anos

1.3 Estado Civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()

1.4 Profissão/Ocupação: _____

1.5 Constituição familiar: _____

- 1- Você pode me explicar o que você entende sobre o seu adoecimento?
- 2- Quais fatores você considera que podem ter contribuído para o desenvolvimento da doença?
- 3- Como é a sua comunicação na família?
- 4- Quais as pessoas com as quais tem mais contato. Porquê?
- 5- Quais os grupos dos quais sua família participa?
- 6- Como sua família se organiza em subgrupos?
- 7- Como o (a) Sr. (Sra) avalia sua possibilidade de demonstrar emoção diante da família?
- 8- Essa possibilidade está relacionada a alguma situação específica?
- 9- De que maneira a família se envolve no tratamento?
- 10- Como você o (a) Sr. (Sra.) sente fisicamente as dificuldades e facilidades na relação com a família?
- 11- Como a família se relaciona afetivamente com o Sr (a) ?

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL

Cep.contato@unisul.br, (48) 3279.1036

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO: Padrão de funcionamento familiar e doença hipertensiva.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “Padrão de funcionamento familiar e doença hipertensiva”. A pesquisa tem como objetivo caracterizar o padrão de funcionamento familiar na percepção do paciente com doença hipertensiva que vivenciou a internação hospitalar.

É muito importante pesquisar a respeito desse assunto para poder ampliar a discussão sobre uma banalização da hipertensão e da psicossomática no meio profissional e acadêmico servindo de reflexão para os profissionais da saúde. O intuito da pesquisa também é o de melhorar a qualidade de vida das pessoas com hipertensão, e produzir reflexões acerca da responsabilidade do indivíduo em cuidar de suas relações e de suas emoções.

Esta pesquisa será realizada com cinco pacientes adultos com hipertensão arterial que passaram por um período de internação hospitalar. As pessoas serão entrevistadas sendo que perguntas serão feitas sobre a comunicação familiar, envolvimento da família no tratamento, os fatores que podem ter contribuído para o desenvolvimento da doença. A entrevista será gravada, durará cerca de trinta minutos e será feita num lugar onde você

possa sentir-se à vontade para responder as perguntas. Depois a pesquisadora fará a transcrição fiel da gravação evitando mudar o que você disse na entrevista.

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso. Como o objetivo da pesquisa é caracterizar o padrão de funcionamento familiar, não são previstos desconfortos durante a entrevista. Mas, caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, é importante que diga isso à pesquisadora para que ela possa auxiliá-la.

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Mariana Von der Hayde Rupp sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável (professora orientadora): Ana Maria Pereira Lopes

Telefone para contato: (48) 9980-8549

Outros Pesquisadores (aluna orientanda): Mariana Von der Hayde Rupp

Telefone para contato: (48) 9629-4775