

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

---

HIPERTENSÃO ESSENCIAL  
EMOÇÃO, DOENÇA E CULTURA

*Carmen Lúcia Campos Maciel*

---

Recife, agosto de 1988.

52h

SAB°  
FJV°

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

HIPERTENSÃO ESSENCIAL : EMOÇÃO, DOENÇA E CULTURA

*CARMEN LÚCIA CAMPOS MACIEL*

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADOR : RUSSEL PARRY SCOTT

*Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
da Universidade Federal de Pernambuco para ob-  
tenção do Grau de Mestre em Antropologia*

Recife, agosto de 1988

ACERVO: 51313

JV.06

PE-00033846-5

Universidade Federal de Pernambuco  
BIBLIOTECA CENTRAL  
CIDADE UNIVERSITÁRIA  
50000 - Recife - Pernambuco - Brasil

A

J/89

1216/27-10-88

BC/PIU

**Maciel, Carmem Lúcia Campos**

**Hipertensão Essencial: emoção, doença e cultura.**  
Recife, 1988.

140 f.

Tese. UFPE. CFCH. Antropologia (Mestrado)

1. Hipertensão Essencial - emoção, doença e cultura. 2. Estilo de vida - Hipertensão Essencial .  
I. Título.

39:616.12-008.331.1(043)CDU  
306

CDD (19.ed.)

UFPE  
BC88-609

## AGRADECIMENTOS

A **Judith Hoffnagel**, a cuja orientação, mente a berta e estímulo pessoal, deve-se o impulso inicial deste trabalho.

A **Russel Parry Scott**, pela extrema seriedade, es pírito crítico - às vezes estimulante, outras desafiante - e estímulo positivo face as minhas dúvidas e hesitações científicas e pessoais.

A **Cecília Di Lascio**, que incentivou o interesse pela Antropologia da Saúde.

# Í N D I C E

	Pág
<b>PARTE I</b>	
1	INTRODUÇÃO 02
2	CONSIDERAÇÕES INICIAIS E METODOLÓGICAS 10
<b>PARTE II</b>	
1	O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES 17
2	A DEFINIÇÃO DE UM PROBLEMA : O QUE É HIPERTEN SÃO ESSENCIAL 23
3	FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS 28
<b>PARTE III</b>	
1	FATORES PSICOSSOCIAIS ATRIBUÍDOS AO INDIVÍDUO 35
1.1	O ENFOQUE PSICOSSOMÁTICO 35
1.2	A PERSONALIDADE TIPO A 41
1.3	O PERFIL DA HIPERTENSA : ALGUNS DADOS 50
2	FATORES PSICOSSOCIAIS ATRIBUÍDOS À CULTURA : OS "MALES DA CIVILIZAÇÃO" 60
2.1	MIGRAÇÃO 61
2.2	MODERNIZAÇÃO 63

2.2.1	O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO	64
2.2.2	O ESTRESSE DO ESTILO DE VIDA	69
2.2.3	O PAPEL FEMININO COMO SITUAÇÃO ESPECIAL	87

#### PARTE IV

1	A CRISE DA MEIA-IDADE COMO FATOR DE RISCO	95
1.1	CARACTERIZAÇÃO DA MEIA-IDADE	96
1.2	AS HIPERTENSAS E A CRISE DA MEIA-IDADE	100
1.3	UM CASO DE CURA?	103
2	O MITO DA IGUALDADE FACE A DOENÇA	106
3	CONCLUSÃO	115
4	SUGESTÕES	119
5	BIBLIOGRAFIA	122

**R E S U M O**

O trabalho aborda uma doença cardio-vascular cada vez mais freqüente na cultura ocidental individualista - a Hipertensão Essencial.

Reconhece a influência de muitos fatores na gênese da doença, o que dificulta fortemente o seu entendimento dentro de um enfoque positivista tradicional.

Há duas grandes categorias de atribuição de causalidade: a) ao indivíduo à sua natureza emocional, a características típicas da personalidade do hipertenso - ser muito reativo às emoções, principalmente às que se relacionam com raiva, irritação ou ressentimento; b) à cultura da modernidade urbana Ocidental, cujo estilo de vida estressante leva o indivíduo a sempre querer ter mais, a consumir mais, numa situação de

crise onde o trabalho é cada vez pior remunerado, frustrando assim as expectativas e gerando conflitos e crises.

É salientado como um fator para o qual não se tem dado a importância devida, a crise da meia-idade como uma das situações de peso para o desencadear da doença. A meia-idade se reveste de importância fundamental, pois é a época de maior envolvimento ativo com os padrões culturais e a sua reprodução, concentrando o maior número de papéis sociais desempenhados durante a vida.

Finalmente, tenta-se mostrar que não há igualdade perante a doença, estando o nível sócio-econômico ligado aos fatores de risco: quanto mais pobre, maior a exposição a condições estressantes ligadas à doença hipertensiva, associados à menor condição de mudá-las e/ou de tratar-se.

O papel feminino pode ser visto como uma condição estressante a mais, pois está em mudança constante: a mulher hoje trabalha e cuida da casa e dos filhos, as exigências sociais dobraram.

Concluindo, as condições de vida da modernidade urbana criam circunstâncias de crise físico-moral que são determinantes para a Hipertensão Essencial, sendo este quadro agravado para os níveis sócio-econômicos inferiores.

# A B S T R A C T

This paper is about one of the most frequent cardiovascular diseases in our Occidental culture : Essential Hypertension.

It is assumed that many factors are involved in the genesis of the disease, and it makes difficult the whole understanding in a positivist traditional approach.

There are two ways of cause attribution:

- a) To the emotional nature of individuals, some typical qualities in hipertensive personalities like feel easily irritation, anger or resentment
- b) To the modern urban culture, whose life-style stress leads to consuming more and more, even in a crisis situation where people are earning less and there is conflict and frustration.

The middle age crisis is pointed as one of the causes of disease; at this time of life people are involved as never with cultural patterns and their reproduction through social roles they are playing.

Finally it is suggested that there is no equality in illness situation, low socioeconomic status is linked to risk factors: how much poor a person is, much bigger is the exposure to stress conditions linked to Hypertension, and less condition to change them or to be treated.

The female role is another source of stress due to intensive social changes in it. Women nowadays work at and outside home, and it implies in more daily working hours.

In conclusion, life conditions in modern urban life rise physical and moral crisis circumstances, which lead to Essential Hypertension, and this setting is stronger in socioeconomic inferior levels.

# **P A R T E I**

**1 - INTRODUÇÃO**

**2 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS E METODOLÓGICAS**

## 1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de contribuir para uma compreensão mais ampla do significado do "estar doente" e das circunstâncias sociais concomitantes. Tomou-se como ponto de partida o referencial médico - o diagnóstico prévio da doença - centralizando a análise, porém, no material recolhido em entrevistas semi-dirigidas feitas com pessoas doentes.

Adotou-se o pressuposto de que, associada à doença, haveria geralmente um conflito interior, uma crise moral, a qual faria parte do quadro típico do estar doente. O referencial teórico básico aqui adotado, e que permitiu maior pro

fundidade ao nosso trabalho, foi a obra de Luís Fernando Dias Duarte (1986) que, através da análise do "nervoso" como aflição físico-moral, revela a ideologia individualista tão enraizada no pensamento científico ocidental e as suas implicações fundamentais, tanto para os "universos simbólicos" culturais quanto para as práticas sociais decorrentes. Um exemplo seria a "fragmentação de domínios", que sustenta uma visão de mundo desmembrada em esferas autônomas de saber e de prática. Constatamos uma clara divisão no setor das "terapêuticas": há os que cuidam do corpo doente - e não é por acaso que o termo inglês para designar o médico é "physician", o que cuida do físico; e há os que cuidam do espírito, do moral, do emocional, da vida psíquica - são os "psi": psicólogos e psiquiatras.

Intencionalmente, pois, escolheu-se como foco de análise uma doença que caracterizasse um desafio a esta visão, isto é, uma doença orgânica, de sintomas bem definidos, que possuísse características "emocionais" e sociais claramente implicadas. Encontramos, assim, na Hipertensão Essencial, um espaço privilegiado para uma leitura "unificadora" de vários eixos de análise, tendo como foco central o espaço simbólico, cultural e as implicações físico-morais do adoecer.

A Hipertensão Essencial reúne as seguintes condições: é uma doença tida como crônica, incurável, que geralmente atinge pessoas de meia-idade (faixa etária compreendida entre 40 e 60 anos), de etiologia médica pouco conhecida, mas

na qual se admite a existência de aspectos "emocionais" como fatores desencadeantes da própria doença e dos episódios de crise, e que atinge pessoas de todos os níveis sociais.

Muitas pessoas que têm a doença não são conscientes do que está "indo mal" com elas, pois os sintomas podem ser interpretados como decorrentes do contexto normal da vida (dor de cabeça, palpitações, etc) até que se agravem o suficiente para justificarem uma visita ao médico - o que certamente envolve outras variáveis - ou, pior ainda, se transformem na causa de muitas mortes súbitas (por infarto, derrame, etc). É, portanto, uma doença que desafia a terapêutica médica, pois, quando e se for detectada, não é curável, e as medidas paliativas sugeridas geralmente envolvem mudanças de hábitos comportamentais tais como deixar de fumar, perder peso, aprender a relaxar e tornar-se calmo. Além disto, tem-se que tolerar alguns efeitos colaterais desagradáveis causados pela medicação recomendada.

Uma vez que a etiologia é, até o momento, obscura, a(s) causa(s) não tendo sido estabelecida(s), e tendo uma ingável relação com as emoções do paciente, é frequente que tanto estes quanto os médicos rotulem a doença de "emocional", "nervosa". Este é o 1º reducionismo: o atribuir processos e causas complexas a um dos seus aspectos, o "emocional", o "nervoso".

Outro reducionismo consiste na atribuição das causas da doença aos chamados "males da civilização", onde se concentrariam as "causas morais" da doença hipertensiva. A literatura que relaciona migração com hipertensão, bem como a comparação feita entre culturas "primitivas" e culturas mais "desenvolvidas" são um exemplo bem claro das explicações reducionistas deste tipo.

Um 3º reducionismo é o da "igualdade" das pessoas frente à doença e suas circunstâncias, já que ela parece atingir indiscriminadamente pessoas de todos os níveis sociais. A doença parece ser vista, de tal enfoque, como uma espécie de nivelador social negativo, "igualando" pessoas das mais diferentes localizações sociais, em uma mesma classificação que as tornaria semelhantes, não só nos sintomas comuns, mas também no modo "emocional" de ser enquanto pessoa. Tal procedimento tem duas conseqüências:

- a) Retira do âmbito médico a responsabilidade da cura, desobriga-o de assumir a incapacidade de trazer a pessoa de volta à saúde, livra-o de enfrentar as limitações de sua terapêutica. Colocando no domínio do "emocional" a origem da doença, ela não pertence mais ao seu espaço, que é o da cura do corpo.
- b) Responsabiliza o doente pela sua doença; é pe

lo fato do doente ser quem é, ou seja, por ser "emocional", que ele adoecer, e como não pode, não sabe ou não quer mudar suas características, termina por ser o "culpado" pela sua própria sina.

O modelo do "nervoso" apresentado por Duarte, assume no universo pesquisado a denominação predominante de "emocional". Assume-se o argumento de Duarte de que a classe médica rejeita o discurso do "nervoso" enquanto sistema, e dele só faz uso como categoria "vulgar", considerada inferior quando comparada com o seu saber "racional" fruto de uma bem articulada ideologia individualista.

Faz parte da configuração do "nervoso" um nóculo de articulações que o atribuem à "fraqueza", fazendo parte da atribuição à identidade feminina. Ser "fraco", precisar do apoio dos outros, ser "nervoso", não pode fazer parte da auto-definição masculina em nossa cultura, a mulher é que se constitui como o polo privilegiado da auscultação, como bem o comprova grande parte da literatura consultada. Atribui-se a este conjunto de fatores a ausência masculina em nosso universo pesquisado, a recusa às entrevistas, as faltas aos encontros marcados. Algumas entrevistas realizadas com sujeitos masculinos se caracterizaram pela desconfiança e pouca disposição em cooperar. Terminou-se por aceitar as limitações, e se concentrar no universo feminino, que sempre acolhia com entusiasmo

a oportunidade de uma "boa conversa".

Aprofundando a análise, é feita uma relação entre a doença crônica e os componentes sócio-culturais da situação do doente,

*"de tal maneira que esses fatores possam ser os principais contribuintes para o aparecimento ou desenvolvimento do estado mórbido de indivíduos, isto é, pessoas sociais, que o médico seja chamado a tratar. Tão numerosos podem ser estes casos que a sua incidência seja problema para o sanitarista ou higienista" (Freyre, 1983).*

Dentre estes fatores, salientamos a meia-idade como sendo caracterizada por um conjunto de circunstâncias especiais, onde há o maior acúmulo de papéis sociais a desempenhar, maiores encargos pessoais, familiares e ocupacionais . Esta é uma fase de funcionamento máximo das potencialidades e ao mesmo tempo da consciência do declínio próximo. O conceito de temporalidade sofre modificações inevitáveis, e o projeto de vida assume proporções inéditas: ou começa a ser realizado de imediato, ou talvez nunca venha a acontecer. As tensões e conflitos da vida social, que na juventude eram enfrentadas com vigor, nesta fase, o indivíduo, desgastado pelo tempo, perde a esperança de mudar e se vê face à impotência em reverter certas situações de vida. Tudo isto pode ser muito negativo à sua adaptação social e faz com que esta etapa seja considerada como uma faixa de risco para o surgimento de doenças.

Numa abordagem inicial, as diferenças de classe social parecem não ser relevantes face à doença hipertensiva. Optou-se então por um universo que permitisse o estabelecimento de comparações, sem no entanto se ater às questões mais complexas da definição do pertencimento a uma determinada classe. O local do contato com o médico determinou o que chamaremos de níveis sócio-econômicos: a) alto (GRUPO A) - ter sido atendido em consultório particular e b) baixo (GRUPO B) ter sido atendido em ambulatório hospitalar. Considerou-se que as pessoas de um nível mais alto de renda não utilizariam o atendimento ambulatorial - o que de fato se pôde constatar.

Para ambos os níveis sócio-econômicos, a condição de ser mulher define prioridades sociais: a família é o centro em torno do qual se define sua identidade social. Mesmo quando se trata de mulheres com carreira profissional bem definida, na sua escala de valores, a família, os filhos, geralmente ocupam a primazia, e no caso de ter que optar, a vida profissional ficará em 2º plano, a menos que ela seja o chefe da família. Estas só assumem este encargo por circunstâncias sociais adversas, que exigem grandes responsabilidades e sacrifícios na vida pessoal.

A comparação dos discursos dos sujeitos de maior poder aquisitivo com os de nível sócio-econômico inferior - aqui definido pela procura do médico em ambiente institucional ou privado - mostra duas formas diversas de enfrentamento do

mundo e da doença, bem como diferenças na própria identidade social.

Dadas estas considerações, o presente trabalho argumenta que a Hipertensão Essencial é uma doença relacionada à cultura urbana moderna, e não apenas a fatores pessoais "emocionais". A ideologia individualista faz com que se busquem "culpados", ou malfuncionamentos individuais, confundindo um questionamento mais pertinente das condições estruturais e do estilo de vida por elas gerado.

O capítulo seguinte abrange algumas colocações iniciais sobre a pesquisa e comentários de ordem metodológica.

Na Parte II são feitas observações sobre o adoecer e suas circunstâncias, procurando retomar o significado social do estar doente. Define-se a Hipertensão Essencial como foco de interesse, em parte por esta se constituir um desafio à terapêutica médica tradicional - não há cura, só tentativas mais ou menos bem sucedidas de controle dos sintomas - e em parte por ter claras implicações psicossociais. É feita uma resenha dos fatores genéticos e ambientais envolvidos na doença, dando-se ênfase especial aos aspectos psicossociais.

A Parte III dedica-se à argumentação sobre os fatores psicossociais atribuídos ao indivíduo e à cultura, ge

ralmente de forma excludente. Propõe-se que os dois estão interligados e que um reflete o outro. O papel feminino é focalizado como fator de estresse especial, por conta do "duplo vínculo" da mulher com o trabalho doméstico e extradoméstico.

Finalmente, na Parte IV enfatiza-se a meia-idade como fase áurea de envolvimento com os valores culturais e sua manutenção, concentrando estresses e conflitos que levam à doença hipertensiva. Questiona-se a suposta igualdade de classes frente à Hipertensão Essencial, bem como a inexistência de cura; conclui-se com uma sugestão de mudança no enfoque médico-científico tradicional.

## 2 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS E METODOLÓGICAS

É importante registrar que houve, no decorrer da pesquisa, uma mudança de enfoque, produzida em parte pelos próprios dados. A nível de objetivo, havia a intenção de considerar outras variáveis além das orgânicas, incluindo o próprio vivenciar da doença hipertensiva. O movimento inicial foi o de buscar as características de personalidade típicas da hipertensa. Para isto muito contribuiu a literatura de que dispúnhamos no momento. No entanto, ao longo de nossa análise, outros aspectos foram se firmando com mais clareza, co

incidindo com algumas observações registradas durante a coleta dos dados. Chamou-nos inicialmente a atenção o tempo de duração de cada entrevista: as mulheres de nível sócio-econômico baixo tinham certa dificuldade em falar de si mesmas, como se o próprio ego nunca fosse alvo de atenções especiais, como se não existisse o vocabulário relativo à introspecção. A linguagem preferida era a dos sintomas do corpo, e elas pareciam achar que era isto o que se esperava delas. A insistência em saber como se sentiam levava a mais indicações das emoções vividas e longas descrições das situações e pessoas que provocavam estas emoções. Segundo Boltanski (1979), tal acontece porque falta o equipamento lingüístico, a linguagem (individualista) das emoções que seria necessária para abrir-se sobre os problemas e preocupações mais íntimos. Algumas delas, quando se asseguravam de que havia tempo para serem ouvidas, discorriam quase duas horas seguidas sobre seus problemas; no entanto, a ênfase da fala era sobre a pessoa que causava o problema, em como o fazia e quando, etc. O discurso mais subjetivo das próprias emoções, ou das emoções atribuídas ao outro, era muito menos presente que o relato das ações ou da situação interpessoal. A reflexão sobre si mesmo, como um indivíduo diferenciado era, no mínimo, rara. No entanto, a emoção estava muito viva nos relatos, havendo por vezes uma catarse emocional durante a entrevista.

No subgrupo de nível sócio-econômico mais alto, o discurso sobre si mesma era mais fácil e fluente; há como que

um hábito de pensar em si como sujeito individual, como al  
guém capaz de se contrapor ao que o ambiente exige. A certe  
za de poder influenciar a situação interpessoal em seu pró  
prio benefício se manifesta até mesmo no uso da doença como  
um "escudo" protetor contra certas pressões sociais, ou, até,  
como uma espécie de "chantagem" emocional que desobriga de al  
guns encargos familiares e profissionais.

São, pois, contextos sociais muito diferentes, que  
influem no adoecer e no enfrentamento da doença. A superposi  
ção de situações conflitivas, estressantes, no grupo de renda  
mais baixa, nos levou a supor que a incidência da hipertensão  
seja bem mais alta nas camadas menos favorecidas da sociedade.

Como já foi dito anteriormente, o propósito ini  
cial era abordar igualmente homens e mulheres de meia-idade,  
no entanto, registramos como um achado da pesquisa a dificul  
dade masculina em aceitar o questionamento de sua pessoa como  
objeto de interesse, enquanto portador de uma doença de cunho  
"emocional". Eles dificultavam o encontro, e, quando aconte  
cia a entrevista - sempre no ambiente de trabalho - esta era  
interrompida constantemente pelo telefone, outras pessoas, cha  
mados, etc. que eram acolhidos com certa satisfação, como se  
fosse desconfortável a situação da entrevista. Houve quem se  
recusasse a participar, e perdemos algumas semanas adiando en  
trevistas, decidindo, enfim, permanecer com o universo femini  
no, bastante mais receptivo e disponível. Como afirma Duarte

(1986), faz parte da identidade social feminina, do papel social da mulher, estar disponível, satisfazer as solicitações dos outros, ser "o reino privilegiado da ausculta", também identificado com fragilidade ou fraqueza (ser "nervosa" ou "emocional").

Uma vez que, segundo a visão médica, a hipertensão essencial não discrimina classe social, optamos por incluir pessoas de níveis sócio-econômicos diferentes, na tentativa de verificar semelhanças e diferenças. Tomamos como indicador de renda o acesso ao médico, dividindo em dois subgrupos:

**GRUPO A** - composto por mulheres que buscaram atendimento em consultórios particulares de alguns especialistas da cidade, com quem fizemos contato e solicitamos a indicação de pessoas; ou mesmo através de conhecidos, que nos indicavam pessoas hipertensas pertencentes a grupos de reconhecido status social na cidade do Recife.

**GRUPO B** - mulheres que eram atendidas em ambulatórios de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da UFPE, ou que procuravam os postos do INAMPS para consulta médica.

Ter sido diagnosticado pelo médico como portador de Hipertensão Essencial foi condição prévia para todos os sujeitos, bem como estar na meia-idade - definida como o período

do entre 40 e 60 anos. Entrevistamos ao todo 20 mulheres, 10 do grupo A e 10 do grupo B.

Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada. Perguntávamos sobre o trabalho, sobre maneira de ser e agir, temperamento, relacionamentos significativos, sobre a doença e o adoecer. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas qualitativamente. Alguns conteúdos foram determinados pelas perguntas feitas, mas a maior parte da entrevista corria ao sabor das colocações do sujeito, sobre tópicos considerados importantes, ou que fluíam durante a conversa. Fica difícil estabelecer o que foi dito por iniciativa própria do sujeito e o que foi trazido à tona no decorrer das associações feitas durante as entrevistas. Algumas vezes notávamos a "coincidência" entre épocas de intenso estrésse, preocupação e sofrimento, com as crises e/ou o início da doença. Mostrávamos a correlação das datas, e aí ocorria um "insight": "é mesmo, você descobriu"; "nunca havia notado"... Começava a haver um auto-exame mais profundo, maior elaboração sobre as crises e dificuldades. A situação da pesquisa proporcionou uma maior consciência sobre a maneira de ser e a própria vida dos sujeitos. Por outro lado, num "efeito de espelho" (Berger e Luckmann, 1973) aumentava também nossa consciência da situação da hipertensa e a "capacidade" de descobrir, de identificar pessoas hipertensas no nosso ambiente: colegas de trabalho, professores, empregadas domésticas, conhecidos... Algumas vezes chegamos a medir a nossa pressão, cer

tas de que estávamos hipertensas. E nessa estreita relação entre objetividade e subjetividade, construiu-se o conhecimento, de tal forma, como o diz Demo (1981) que a objetividade não pode ser conseguida por "razões lógicas e sociológicas"; o critério mais importante de demarcação científica é a objetivação, "o esforço controlado de conter a subjetividade dentro dos limites, sem porém deixar de reconhecer que a realidade com a qual se trabalha é uma realidade construída", os fatos não são imparciais e sim uma construção interpessoal.

Os grupos estudados estão longe de ser homogêneos; uma boa parte do subgrupo B tem a característica especial de uma longa convivência com médicos, o que de certa forma acentua o nível de adoção do discurso médico sobre a doença e suas circunstâncias.

Despertou-me especial interesse o atendimento no hospital, a forma como os pacientes são tratados e como se desenrola o processo de recuperação (?) da saúde nestes centros. Dediquei alguns meses a observar de forma participante (atuando como psicóloga numa enfermaria de clínica cirúrgica), e o resultado destas observações foi condensado num breve artigo intitulado "Cuidado,Hospital" (1987), onde a forma despersonalizante do atendimento e dos procedimentos de "saúde" assumem uma abordagem tão unilateral do ser humano que o reduzem a apenas um corpo doente, sem identidade e supostamente sem um contexto cultural e específico, cujas possíveis fontes de cura ou impecilhos para esta são inteiramente desprezados.

## **P A R T E I I**

- 1 - O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES**
- 2 - A DEFINIÇÃO DE UM PROBLEMA : O QUE É HIPERTEN  
SÃO ESSENCIAL**
- 3 - FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS**

De acordo com um dicionário médico, doença (disease) é a interrupção, cessação ou desordem de funções do corpo, sistemas ou órgãos. (STEDMAN, 1976). Uma entidade doente é usualmente caracterizada por pelo menos dois destes critérios:

- um agente etiológico reconhecido;
- um grupo identificável de sinais e sintomas;
- alterações anatômicas consistentes.

Um diagnóstico é, pois, um tipo de classificação que declara como doença uma certa condição e a inclui numa categoria particular, ou seja, é uma situação que evoca uma resposta do sistema médico. Segundo GLICK (apud LANDY, 1977), para a maioria dos sistemas médicos, o processo patológico subjacente é menos importante que a causa. Qualquer diagnóstico sobre doença pode considerar três dimensões: evidências, processo e causa.

- 1 - **Evidência** - é o que os médicos chamam sinais e sintomas; servem somente como chave para diagnósticos.
- 2 - **Processo** - é o que está ocorrendo para produ

zir a evidência de doença. A Patologia, estudo do processo da doença, é a base do sistema ocidental de classificação médica. A identificação destes processos depende em maior grau da tecnologia, da capacidade investigativa e da orientação cognitiva característica. No modo científico ocidental de pensar, o processo patológico é a dimensão fundamental da doença, mas para outros sistemas médicos isto é perfeitamente dispensável.

- 3 - **Causa** - é a terceira dimensão do diagnóstico, e para a qual se chama a atenção. Quando um médico ocidental estabelece uma causa para uma doença, isto se torna parte do diagnóstico, complementa as afirmações sobre o processo. Por ex: pneumonia lobar (processo) devido a *Diplococcus Pneumoniae* (causa bacteriana), ou hemorragia cerebrovascular (processo) devido a doença hipertensiva cardiovascular (causa fisiológica, mas ela mesma um outro processo com causas determináveis). Um antropólogo, perguntando sobre o que causa doenças, provavelmente não vai ouvir sobre bactérias ou desordens fisiológicas, e sim sobre causas sociais como competição, ciúmes, ambição e cobiça, bruxarias e demônios, ou

sobre a morte de parentes e amigos.

O que se quer ressaltar é a importância do con texto sócio-cultural para a compreensão do processo e das causas do adoecer, atribuindo talvez maior relevância à causação social que à biológica. Mesmo que a dimensão de Processo não esteja claramente estabelecida, pode-se conseguir avanços (no sentido de cura) atacando-se as causas sociais.

Um cientista social, ao estudar o adoecer e suas circunstâncias, é levado ao estudo das causas culturais: parentesco e relações políticas, disputas de herança e propriedade, stress econômico, frustrações, raiva, etc. Para forta lecer ainda mais este ponto de vista, temos as descobertas recentes da Imunologia, para a qual a exposição ao agente causador da doença é condição necessária, mas não suficiente, para que o indivíduo realmente fique doente, pois o seu organismo normalmente dispõe de um repertório de respostas defensivas que o protegem. Mas se o indivíduo está sob forte stress psicossocial, ou deprimido, ou extenuado por uma carga excessiva de trabalho, de preocupações, a sua imunidade fisiológica decai, e ele se torna mais vulnerável à doença. Informações recentes nos demonstram que até a nível intracelular, é a resposta individual ao estresse que determina o efeito sobre a imunidade, mais do que o stress por si só (LANCET, 1987). Isto significa que até mesmo o estresse depende da situação psicosocial, do contexto cultural onde o sujeito está inserido, e

que vai atuar na imunidade celular à doença.

As análises feitas sobre o adoecer geralmente a tribuem a(s) causa(s) a agentes biológicos. Tal fragmentação é histórica e teve uma de suas fortes influências no pensamento de René Descartes e todo o enfoque do Positivismo Lógico, a partir do qual o corpo humano começou a ser pensado em termos mecânicos e individualistas.

Uma vasta bibliografia indica que parece haver um estreito relacionamento entre acontecimentos da vida e doença (MELLO FILHO, 1979; TOTMAN, 1982 entre outros), principalmente quando relacionados à esfera da família do trabalho.

No seu estudo sobre o "nervoso" e a "doença dos nervos", DUARTE (op. cit. pág. 273 e segs.) afirma que o desencadeamento, transcurso e encerramento da crise se monta fundamental numa "crise familiar" numa ameaça à ordem pressuposta para sua reprodução ideal. Essa crise familiar pode estar implicada com as condições perturbadoras do processo de trabalho, como por ex. a "síndrome da fadiga crônica", cujos sintomas coincidem quase totalmente com uma série de sintomas do "nervoso" citados no trabalho de DUARTE.

O movimento representado pelo enfoque psicossomatico, iniciado por Franz Alexander, tenta recuperar a unidade

psicobiológica do indivíduo, absorvendo o impacto causado pelas descobertas psicanalíticas. No entanto, mesmo neste enfoque o indivíduo é abordado através de uma ótica sobretudo particularista, individualista ao extremo, abstraindo o sujeito do seu contexto social, não o inserindo na realidade de sua vivência num determinado contexto da estrutura social. Adota o pressuposto da igualdade do funcionamento da pessoa sem considerar possíveis diferenças geradas pela construção diferenciada da identidade social, relacionadas com a classe social.

Estudos antropológicos e históricos indicam que a atitude do homem primitivo perante o doente é a de isolá-lo dos sãos. Entre os povos Semitas, a doença era vista como punição para os pecados, e o doente era de certa forma estigmatizado. Os gregos, para quem a saúde era o maior bem, encaravam quem dela cuidava como uma pessoa especial. Os cristãos viam, no estar doente, uma oportunidade para purificação, libertando o doente do estigma e transformando-o num ser que, purificando-se, participava da graça de Deus. Cuidar doentes passou a ser obrigação para quem quisesse salvar a alma. Portanto, o doente assumiu uma posição privilegiada e tornou-se objeto de atenção especial, ficando liberado do desempenho de alguns papéis sociais habituais, e dependendo mais do carinho e apoio dos familiares (SINGERIST, 1960)

Isto se torna particularmente interessante no caso das pessoas hipertensas, onde por vezes há uma utilização

da própria doença, no sentido de poupar o indivíduo de enfrentar situações desgastantes ou ameaçadoras, seja no trabalho, na família ou no grupo de amigadas. Algumas utilizam a doença como um escudo protetor contra qualquer problema, fazem uma espécie de "chantagem emocional" com os outros utilizando seus status de doente para lembrar aos demais certos privilégios que lhe são "devidos". Dizer que está com a pressão alta "é um argumento respeitadíssimo" (sic). No entanto, só escutamos este argumento das entrevistadas de nível sócio-econômico alto. "Faço um pouco de chantagem, uso a pressão como uma forma de me proteger" "é um escudo, sabe, é quase como um escudo, em casa e no trabalho também". Apenas um do grupo de nível sócio-econômico inferior referiu usar a doença para se justificar, perante o marido, de não haver completado seus afazeres domésticos diários; este não deu maior importância ao assunto, resmungando que "Isso é nervos".

No caso da Hipertensão Essencial - nosso foco de análise - a literatura oferece interpretações as mais variadas. Tentaremos resenhá-la pelo tipo de colocações feitas, iniciando pela controvérsia hereditariedade x ambiente, apassando pelas colocações psicodinâmicas de Franz Alexander. A partir daí, derivou-se para a procura de traços de personalidade que estariam relacionados com o adoecer - e a isto nós chamamos de Reduccionismo I.

Em seguida, abordaremos as explicações que atribuem aos "males da civilização" as causas da doença hipertensiva, principalmente devido à modernização cultural ou a migrações. A este conjunto chamaremos de Reduccionismo II.

A prática médica "igualiza" pessoas de condições sociais bem diferentes, tratando-as exatamente da mesma forma perante a doença, o que será considerado como outra forma de reducionismo - Reduccionismo III.

Finalmente, propõe-se que mais atenção deve ser dada a um conjunto de fatores que englobam os anteriores, mas de maneira a formar um todo diferente e mais complexo, onde a crise da meia-idade e a especificidade do papel feminino as sumem um destaque especial.

## 2 - A DEFINIÇÃO DE UM PROBLEMA

### 2.1 - O QUE É HIPERTENSÃO ESSENCIAL

"Hipertensão Essencial é uma síndrome clínica ca racterizada por uma elevação crônica da pressão sanguínea, na ausência de causa orgânica discernível" (ALEXANDER, 1950). O termo "Essencial" foi usado para indicar uma ausência de cau sa física identificável; o distúrbio é funcional. Nos 1ºs es tágios, é provável que esta condição seja completamente rever sí vel, que a patologia fisiológica seja substituída pelo fun cion amento normal (LACHMAN, 1974).

Este distúrbio de funcionamento, que na prática significa ter uma pressão sangüínea igual ou maior que 14 x 9\* aflige até 20% da população adulta mundial (KANDEL, 1969, apud DIAMOND, 1982). A síndrome tem um curso progressivo, desde uma fase inicial, na qual a pressão sangüínea mostra grande labilidade e tem flutuações acentuadas, a um estágio mais adiantado no qual a pressão sangüínea permanece estabilizada num nível alto, frequentemente associada a danos vasculares e renais. (ALEXANDER, 1950).

A Hipertensão figura em 2º lugar como causa de morte entre as doenças orgânicas, nos EEUU, onde chega a ser chamada de "assassino silencioso", uma vez que muitas destas pessoas que morrem nem sequer sabiam que estavam doentes. (MILLER DE PAIVA, 1966). No Brasil, a incidência de doença hipertensiva tem aumentado a ponto de se afirmar que pelo menos 15 milhões de brasileiros sofrem de hipertensão e que cerca de 500 mil pessoas morrem anualmente em consequência de doenças cardiovascularmente. Estas vêm superando os índices de morte provocadas pelo câncer, doenças infecto-contagiosas e acidentes de trânsito. É, ainda, no Brasil, a terceira causa de incapacitação para o trabalho (Diário de Pernambuco, 30.06.87 e

---

\*medidas num tensiômetro convencional

01.07.87).

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco não dispõe de dados oficiais sobre a doença hipertensiva. No entanto, as estatísticas do INAMPS-PE\* nos fornecem uma base para supor uma alta incidência de Hipertensão no Estado.

Como se sabe, o trabalhador que contribui mensalmente para o INPS tem o direito de receber mensalmente 75% do salário-mínimo, se for considerado inapto para o trabalho por motivo de doença - nisto consiste o Benefício. Em Pernambuco - de acordo com informações do Setor de Benefícios - há uma solicitação intensa do exame médico que decidirá ou não pela concessão do Benefício, mas, curiosamente, a metade destes pedidos tem uma resposta negativa. Não há uma explicação oficial para este fato; pode-se relacioná-lo, entretanto, a um fenômeno já descrito na literatura e também citado por DUARTE (1986) como uma estratégia comum à tão explorada classe trabalhadora, cujos motivos não estão sempre claros, e que é chamado o "encosto" no INPS. Não nos deteremos neste ponto, que por si só mereceria estudo mais detalhado.

---

\*Dados gentilmente fornecidos pelo Setor de Benefícios do INAMPS-PE - Recife.

O indivíduo que, após o exame médico da Previdência, foi considerado inapto para o trabalho, recebe a Concessão do Benefício. Após alguns meses, volta para reavaliação médica e, se continua sem condições de trabalho, recebe a Manutenção do Benefício. Após permanecer 1 a 2 anos consecutivos em Benefício, o indivíduo é aposentado pelo INPS.

Durante o ano de 1986, em todo o Estado de Pernambuco, um total de 61.098 pessoas estavam em Benefício devido a Hipertensão Essencial. Isto significa que 24,5% de todos os Benefícios concedidos ou mantidos em PE teve como causa a Hipertensão Essencial.

Curiosamente, constatou-se que a percentagem era maior no Interior do Estado (Concessão: 6,0% e Manutenção : 9,7%) do que na Capital (Concessão: 3,2% e Manutenção: 5,6%). Isto em parte se deve ao fato de que no Interior o trabalho é mais braçal que na Capital, o que torna a Hipertensão um fator de incapacidade para o mesmo.

Vale a pena citar que, em 1986, a Hipertensão Essencial se situou no **segundo** grupo de doenças causadoras de aposentadoria pelo INAMPS, tendo sido menos freqüente apenas do que a classificação de Doenças Mentais.

Se considerarmos que:

- muitas pessoas são hipertensas sem o saber;
- entre os que sabem estar doentes, é provável que uma parte recorra a terapêuticas caseiras ou populares, ou à religião;
- os grupos mais favorecidos na escala sócio-econômica e os que estão muito abaixo deste nível não entram nesta avaliação;
- os que têm hipertensão e continuam a trabalhar.

Pode-se supor que os dados de que dispomos sejam apenas a ponta do iceberg em termos da real incidência da doença no nosso Estado.

Em 1965, a mortalidade no Recife, por "doenças do aparelho circulatório", das quais a Hipertensão faz parte, foi de 26,6% dos óbitos totais, e a maior percentagem dentre todas as causas de morte. Dentre estes, 52,9% eram mulheres e 47,1% homens, isto é, as mulheres foram ligeiramente mais atingidas (PAES, 1965). Isto mostra que o quadro é antigo, e que a Hipertensão continua a fazer parte de uma situação sanitária inquietante, que cada vez mais necessita uma atuação efetiva dos organismos de saúde no Estado e no País.

### 3 - FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS

A literatura sobre os determinantes da Hipertensão tem 2 facções opostas: uma defende a causação genética da doença, e outra defende a causação ambiental. Na abordagem genética, as informações mais recentes admitem como muito provável a causação poligênica (OMS, 1978 e 1983; GROSS et alii, 1985; MARMOT, 1985).

Dados importantes fazem com que a hipótese genética não deva ser descartada:

- a) A distribuição da pressão arterial numa mesma família tem relação significativa com o parentesco de 1º grau (pais, irmãos e filhos), em todas as idades;
- b) A analogia de pressão arterial em gêmeos monozigóticos é bastante maior que em gêmeos dizigóticos;
- c) Não se tem observado uma correlação significativa entre a pressão arterial de pares de filhos adotivos;
- d) A tendência dos parentes de hipertensos a apresentar pressões arteriais análogas é a mesma;

ma qualquer que seja a magnitude da pressão e mostra maior correlação entre os parentes próximos que entre os distantes (OMS, 1978).

Os nossos dados confirmam a importância da herança genética para a Hipertensão Essencial: 80% das entrevistadas provêm de famílias de hipertensos. Há sempre a presença da doença como quase uma característica de família, cuja chegada já é mesmo esperada pelo indivíduo. O(s) parente(s) hipertenso(s) são geralmente muito próximos; pai, ou mãe, às vezes ambos, irmãos, ou tios. Houve quem afirmasse ser a Hipertensão um atributo familiar, que até certo ponto "legitimava" a pertinência ao grupo de origem.

No caso das entrevistadas que não tinham conhecimento de casos de Hipertensão na família, algumas referiam infartes e isquemias nos pais ou parentes próximos, o que nos leva a suspeitar da existência anterior de doença hipertensiva, embora sem haver sido diagnosticada.

Em outros casos, onde não havia nenhum antecedente conhecido de Hipertensão na família, a descoberta da própria doença trouxe um impacto emocional muito maior, causando certa "estranheza": "Como é que eu fui ficar assim? Não tem ninguém com essa doença na minha família..."

Constatamos assim a existência de uma represen

tação social da doença hipertensiva como sendo quase uma característica familiar, o que corresponde à teoria científica sobre as predisposições genéticas.

A conclusão que tiramos da controvérsia entre fatores genéticos e ambiente, é que não se pode ignorar nenhum destes aspectos. Partimos do pressuposto que há uma herança poligênica que predispõe os indivíduos à Hipertensão Essencial, mas não é sua única causa. A causação parece ser um "mosaico" multifatorial, onde genético e ambiental se combinam de forma inextrincável.

Dentre os fatores ambientais, forte ênfase é dada na literatura, à alimentação (OMS, 1978, 1983 e 1985), embora outras variáveis sejam citadas:

- a) **Peso corporal** - há uma estreita relação entre pressão arterial e peso, tanto em povos ditos "primitivos" quanto em povos "adiantados", na infância ou na idade adulta. Mais peso é igual a mais hipertensão.
- b) **Ingestão de cloro sódico (sal)** - estudos feitos em populações japonesas, norte-americanas e esquimós mostram que excesso de sal pode causar Hipertensão Arterial (DAHL, 1972). Até 3g/dia a pressão é baixa e aumenta pouco com

- a idade; de 7 a 8g/dia a pressão arterial tem aumento proporcional.
- c) **Consumo de proteínas** - sendo abundante, pode contrabalançar um alto consumo de sal (YAMORI, apud OMS 1978). Isto é, quem come mais proteínas se protege mais contra (inclusive) a Hipertensão.
  - d) **Álcool** - alto consumo se relaciona com hipertensão. Não devemos esquecer, no entanto, que pessoas recorrem mais à bebida em situações de conflito e stress psicossocial.
  - e) **Tipo de água ingerida** - se possuir forte teor de sódio ou cádmio, tende a elevar a pressão arterial.
  - f) **Temperatura ambiental** - varia em razão inversa com a pressão arterial (HELLER, 1978).
  - g) **Ruído** - indivíduos expostos cronicamente ao ruído tendem a ter elevação na pressão arterial (ANDRIEN, 1982). Um estudo sobre este aspecto mostra que há uma alta prevalência de hipertensos tratados numa área de Bonn, exposta ao ruído intenso do tráfego, comparada com áreas de ruído baixo (MARMOT, 1985).
  - h) **Aspectos geográficos** - as pessoas que vivem nas regiões montanhosas da América do Sul tendem a ter uma pressão arterial baixa. Quando

emigram a regiões baixas (onde a vida é menos "primitiva ") começa-se a observar um aumento com a idade (GROSS et alii, 1985).

A suposição é que quanto mais baixa a altitude em relação ao nível do mar, maior a frequência de Hipertensão. Não fica claro, no entanto, se é a altitude ou a qualidade de vida - mais moderna - o fator que mais influi para o aumento da pressão arterial.

i) Aspectos psicossociais - ligados à personalidade e formas de reação típicas.

Apresentados de outra forma, estes dados podem ser classificados de duas maneiras:

a) Ligados ao ambiente físico:

- .. aspectos geográficos;
- .. temperatura;
- .. tipo de água ingerida.

b) Ligados ao ambiente social:

- .. ruído ambiental: todos eles decorrentes da modernização e do progresso (aeroportos, indústrias, trânsito, construções, etc.);
- .. alimentação: agrupamos nesta categoria os itens: ingestão de sal, consumo de proteías

nas, de álcool e o peso corporal.  
.. tipo de personalidade.

O presente trabalho defende a idéia de que os fatores ligados ao ambiente social, isto é, fatores psicossociais como o tipo de personalidade, o estilo de vida da modernidade, a localização na hierarquia sócio-econômica e o período da meia-idade (visto como o período máximo de exigências sociais ligadas a desempenho de papéis) são extremamente importantes para a compreensão da doença hipertensiva e devem ser levados em consideração conjuntamente.

Consideraremos a seguir os fatores psicossociais que são atribuídos ao indivíduo, isto é, que se relacionam com características de personalidade.

## **. P A R T E I I I**

### **1 - FATORES PSICOSSOCIAIS ATRIBUÍDOS AO INDIVÍDUO**

1.1 - O ENFOQUE PSICOSSOMÁTICO

1.2 - A PERSONALIDADE TIPO A

1.3 - O PERFIL DA HIPERTENSA; ALGUNS DADOS

### **2 - FATORES PSICOSSOCIAIS ATRIBUÍDOS A CULTURA: OS "MALES DA CIVILIZAÇÃO"**

2.1 - MIGRAÇÃO

2.2 - MODERNIZAÇÃO

2.2.1 - O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO

2.2.2 - O ESTRESSE DO ESTILO DE VIDA

2.2.3 - O PAPEL FEMININO COMO SITUAÇÃO ESPECIAL

## 1.1 - O ENFOQUE PSICOSSOMÁTICO

O esquema básico aqui apresentado baseia-se nas colocações da Medicina Psicossomática, na histórica e importante tentativa de recuperar a unidade psicobiológica do homem, através de uma leitura psicanalítica da realidade afetiva e suas relações com a doença. Recupera-se assim, a meu ver, um aspecto fundamental da pessoa que adoece: a doença faz parte integrante da sua maneira de ser e de viver, representa uma saída possível para os seus conflitos, uma tentativa, ainda que falha, de equilíbrio.

Uma investigação psicodinâmica (ALEXANDER, 1950) nos revela que impulsos agressivos cronicamente inibidos, associados com ansiedade, influenciam notadamente o nível da pressão sangüínea. Embora os hipertensos tenham diferentes tipos de personalidade, há uma característica comum que é a **inabilidade para expressar livremente os impulsos agressivos**. Ocasionalmente estas pessoas podem ter explosões de raiva, mas no conjunto mantêm um notável grau de controle, e num exame superficial dão a impressão de bem-ajustados, de personalidades "maduras". Muito frequentemente tais pacientes são extremamente condescendentes, submissos e agradáveis, e podem deixar seus interesses de lado para agradar aos outros. Este raciocínio é inteiramente apoiado pela descoberta clássica da psi

cofisiologia (CANON, apud MELO FILHO, 1979). Sabe-se que a Hipertensa tem como característica uma vasoconstricção generalizada. Vejamos: medo e raiva são emoções transitórias no homem e no animal, são associadas a mudanças fisiológicas necessárias, que preparam o corpo para o esforço concentrado envolvido na luta ou fuga. Um aumento na tensão arterial é um dos componentes desta preparação fisiológica. Com a cessação da situação atemorizante, há um retorno ao normal. Na cultura Ocidental, a livre expressão da hostilidade é proibida, o indivíduo é antagonizado mas não tem a oportunidade de expressar sua agressão livremente, numa luta corporal. A sociedade exige que ele tenha forte controle sobre seus impulsos hostis. Uns são mais inibidos em sua capacidade de expressar tendências agressivas e auto-assertivas, e não fazem uso sequer dos canais legítimos e disponíveis. Conseqüentemente, vivem num estado de hostilidade cronicamente inibida. Isto pode levar a elevações crônicas da pressão sangüínea, porque este potencial não é descarregado em agressão física ou em alguma forma mais sublimada de comportamento auto-assertivo. Portanto, os sentimentos hostis não expressos podem se tornar uma fonte de estimulação permanente do sistema vascular, como se o organismo inibido estivesse constantemente em preparação para uma luta que nunca acontece.

Desenvolvem-se fortes repressões para manter a agressividade sob controle, e aparecem a supercondescendência, super polidez e atitudes submissas. Mas estas não conse...

guem evitar o acúmulo de tensão, e isto desenvolve sentimentos de inferioridade, os quais vão estimular os impulsos agressivos e assim se forma um círculo vicioso.

Por conta do seu forte grau de inibição, estes sujeitos são menos efetivos em suas atividades ocupacionais, e por isto tendem a falhar na competição com os outros, desenvolvendo inveja e mais sentimentos hostis.

A história típica, extraída de estudos de anamnese, é o paciente ser muito agressivo durante a infância e então, num período curto de tempo, começar a agir como se fosse intimidado, dócil e humilde. Em muitos casos essa mudança ocorre na puberdade; algumas vezes como resultado de um esforço consciente para não perder a popularidade, ou porque sai perdendo por causa da expressão de impulsos agressivos.

Em poucas palavras, o esquema psicodinâmico da hipertensão, proposto basicamente por **ALEXANDER** (1950), pode ser assim resumido:

**TENDÊNCIAS COMPETITIVAS HOSTIS**

↓

**INTIMIDAÇÃO DEVIDO A RETALIAÇÃO E FRACASSO**

↓

**AUMENTO DE DESEJOS DE DEPENDÊNCIA**

↓

**SENTIMENTOS DE INFERIORIDADE**

↓

**REATIVAÇÃO DA COMPETITIVIDADE HOSTIL**

↓

**ANSIEDADE E RESULTANTE INIBIÇÃO DOS IMPULSOS AGRESSIVOS**

↓

**HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Apesar de brilhante em seu conteúdo, este esquema falha por não ressaltar o papel básico do ambiente socio-cultural, individualizando ao máximo todo o processo, como se o indivíduo existisse fora do contexto social. Ora, o surgimento de tendências competitivas hostis, bem como o desencorajamento de sua livre expressão, são um dado cultural comum às culturas do Ocidente, isto é, são fruto de circunstâncias sociais, onde a competição, entre os indivíduos, decorre das estruturas sociais compartilhadas na interação diária. Os padrões de comportamento, as unidades micro-sociais não são senão o resultado das interiorizações do universo macro-social, são a forma pela qual se revela o universo simbólico compartilhado, ou seja, a cultura.

Toma-se aqui como referência a definição de cultura como sistema simbólico, sugerida por Gilberto Velho e Viveiros de Castro, especificada no dizer de Duarte (op. cit. pág. 120): "De uma maneira muito ampla, proponho que essa idéia de cultura como "sistema simbólico" seja entendida de um modo suficientemente flexível para que a própria referência a cada uma de suas eventuais fronteiras de atualização não corresponda a uma pesada substantividade, mas antes a um recorte fundado em propriedades de situação".

Inspirado no enfoque psicanalítico utilizado pela Medicina Psicossomática, muita pesquisa psicológica foi feita com doentes hipertensos. Diamond (1982), fazendo uma revisão da literatura sobre Hipertensão Essencial, faz as seguintes colocações:

- 1) Os Hipertensos Essenciais manifestam maior aumento da pressão sangüínea do que os normotensos, em relação à dor e à raiva.
- 2) Investigando correlatos cardio-vasculares de várias emoções, SCHWARTZ, WEINBERGER e DAVIDSON (1981, apud DIAMOND, 1982) constataram que a raiva tem o efeito de produzir um aumento evidente na pressão diastólica\* do sangue (WARREN

---

\* Pressão diastólica - pressão baixa, de manutenção, enquanto que a sistólica, mais alta, é medida na hora que o sangue é impulsionado.

and WARREN, apud DIAMOND, 1982).

- 3) A psicanálise de hipertensos revela hostilidade de crônica, intensa, e fortemente inibida na sua expressão, emergindo como dado central. (ALEXANDER, 1950), (MILLER DE PAIVA, 1966)
- 4) Os pais dos hipertensos são geralmente austeros, exemplares, e amam "desafetivamente", sem carinho. Esta atitude gera insegurança que favorece a repressão de sentimentos de raiva em relação aos pais ou irmãos.
- 5) Testes projetivos em hipertensos essenciais revelam pouca ansiedade e alta hostilidade. Onde há uma tendência para expressão aberta de raiva, isto se relaciona com menos hipertensão. A interpretação de protocolos do Rorschach sugeriu uma mudança na dinâmica da hostilidade, paralela à progressão fisiológica da Hipertensão:
  - a) Borderlines (hipertensos ocasionais) mostraram tendências agressivas que geram ansiedade e são percebidas como perigosas; somatizam mais do que expressam abertamente.
  - b) Hipertensos - desenvolvem uma adaptação aos

conflitos do estágio borderline, envolvemdo supressão da agressão, repressão da hostilidade e um declínio na labilidade emocional e na ansiedade.

COHEN, BURGUESS and HOKANON (1963 apud DIAMOND, 1982) afirmam que a contra-agressão só é efetiva na redução da pressão sangüínea, se for feita em seguida à crítica ou frustração; a contra-agressão fora da hora tem efeito de redução mínimo.

## 1.2 - A PERSONALIDADE TIPO A

A associação entre raiva - hostilidade não manifestada e aumento de pressão sangüínea é um achado incontestável; tal fato levou alguns estudiosos a propor a existência de uma "personalidade hipertensiva" (submissos, relaxados, gentis, auto-controle precário, etc). Este conjunto se encaixa na descrição de um certo tipo de personalidade que é chamada de "coronariana"; são pessoas cujas características de reação emocional podem ser consideradas como fator de risco para doenças isquêmicas, infarte e hipertensão. O complexo de características envolvendo agressividade, dominação, auto-confiança, extroversão, alta motivação profissional e competitividade, além de pensamento rápido e padrão de fala rápida e alta;

foi codificado por Friedman e Rosenman com o nome de Personalidade Tipo A (DIAMOND, 1982; LYNCH, 1986; JOHNSTON, 1986).

Uma análise profunda do comportamento dos hipertensos é feita por LYNCH (1986), a partir da surpreendente descoberta de que estes aumentam até 50% (acima dos demais grupos pesquisados, não-hipertensos) sua pressão sanguínea quando começam a falar. A volumosa casuística apresentada mostra que **todos**, desde recém-nascidos até pacientes terminais, aumentam a pressão arterial enquanto falam; são fenômenos associados. Os hipertensos no entanto, aumentam muito mais e não retornam ao nível anterior quando se calam. Isto significa que o sistema cárdio-vascular é muito responsivo e que as pessoas podem ser vistas como "estímulos sociais", aos quais o sistema responde de maneira às vezes bem visível (por ex: quando alguém enrubesce por estar embaraçado). É marcante a influência do contato humano no aumento da pressão arterial em geral:

- a) Pacientes institucionalizados (internos em hospital): foi comprovado que quanto mais isolados socialmente, isto é, pouco contato humano e pouca fala, menor a pressão sanguínea.
- b) Presos em celas isoladas têm, consistentemente, menor pressão sanguínea do que os que moram em celas coletivas.

- c) Monges da ordem Trapista, que após tornarem-se monges nunca mais falam com ninguém, têm pressão sanguínea não só mais baixa do que a população em geral, mas mais baixa do que outros tipos de monges que não excluem a conversa das suas vidas diárias.
- d) Esquizofrênicos, em geral, têm uma pressão sanguínea bem abaixo da que é encontrada para a população em geral.
- e) Experiências com mulheres esquizofrênicas, hipertensas e hipotensas, mostra um padrão claro e consistente: as pacientes que estavam em "muito contato" com o ambiente, emocionalmente bem responsivas, eram hipertensas, e sua fala era frequentemente rápida; as pacientes mudas ou catatônicas, fora de contato com o ambiente, eram geralmente normotensas ou hipotensas. A conclusão geral que se tira destes dados é que isolamento social e ausência de conversas podem ser importantes para diminuir a pressão sanguínea. Confirma-se mais ainda a idéia do contato social como o locus da estimulação social que, para pessoas hiperreativas a este tipo de estímulos, como é o caso dos hipertensos, pode ser um fator patógeno.

Há uma forte relação entre o comportamento verbal das personalidades tipo A e a subsequente elevação na pressão sanguínea, geralmente mais intensa e forte do que a dos normotensos. Após estes achados de pesquisas tornou-se uma evidência a relação entre os mecanismos de fala, padrões respiratórios e o conteúdo emocional das comunicações. Ou seja, a maneira como se fala e com quem se fala, comunicando conteúdos emocionalmente significativos, faz com que a pressão se eleve rápida e intensamente, e isto é muito mais acentuado para os hipertensos.

A importância destes fatos para este trabalho resida no papel fundamental da interação humana para a hipertensão essencial. Os hipertensos reagem muito mais intensamente ao contato social, refletindo uma hiper-vigilância crônica, uma constante prontidão para luta ou fuga, como se vivessem "em guarda" contra os outros. No entanto, paradoxalmente, os hipertensos geralmente **não sentem** estas sensações nem as mudanças por vezes até perigosas que acontecem com o seu sistema cardiovascular e tendem a sorrir para o interlocutor mesmo quando o contato lhes é potencialmente destrutivo" (LYNCH, op. cit. cap 8). Por que acontece assim, de tal forma que a linguagem é desconectada das emoções expressas pelo corpo? A hipótese de LYNCH (1986) é de que isto envolve um conjunto de circunstâncias:

a) A predisposição genética para responder ao es

três em sistemas corporais específicos;

- b) Uma inabilidade em **sentir** estes esquemas respondendo ao estresse.
- c) Uma conseqüente inabilidade em ligar estas mudanças a vários estados emocionais.
- d) Como estas mudanças são internas e não podem ser vistas ou sentidas pelos outros significativos, cria-se a possibilidade de confusões comunicativas.

O processo de aprendizagem dos sentimentos humana nos é profundamente biossocial; o sujeito herda um potencial, mas este só se realiza através da interação com os outros significativos, a partir da socialização primária. Dado que sentimentos são entidades abstratas e de difícil comprovação concreta, sua existência social depende do reconhecimento e da nomeação feita pelos outros através da linguagem. Só quando o outro significativo já passou pela experiência, e sabe nomeá-la e reconhecê-la, é que pode transmiti-la, como parte do seu universo simbólico, às outras pessoas. (BERGER E LUCKMANN, 1973). Se a realidade dos sentimentos e seus correlatos corporais não são reconhecidos pelos pais, podem **não ser** confirmados como reais, pois esta confirmação deve ocorrer no diálogo.

Esta é uma hipótese sobre a psicogênese da hipertensão, que coincide perfeitamente com os achados das pesquisas sobre o comportamento dos pais dos hipertensos (muitos dos quais são também hipertensos, o que cria um ciclo vicioso) que são descritos como "amando desafortunadamente" seus filhos.

Como se pode depreender do acima exposto, a explicação que atribui causas emocionais à hipertensão leva à constatação de que é o contato, a interação social que propicia o contexto onde se produz ou se desperta um potencial de reação, cuja resposta é intensa e rápida, envolvendo alterações na pressão sanguínea. Não há descrições de casos onde o indivíduo, isolado do contexto social, desencadeie episódios hipertensivos.

Como parte de um conjunto teórico mais amplo, dividido entre atribuições a características do indivíduo ou qualidades ambientais, há uma vasta literatura sobre Hipertensão que enfoca fortemente situações de "estresse psico-social", capazes de desencadear doença ou provocar estados agudos em quem tem predisposição constitucional, genética. O termo "estresse social" engloba situações que vão desde condições opressivas de trabalho, baixo rendimento econômico, separação conjugal, viuvez, ter dívidas de valor alto, ou problemas sérios de relacionamento com pessoas de convívio íntimo (na família) ou no trabalho (com colegas ou chefes).

Estar submetido a uma situação estressante é um fator de alto risco para a saúde, mas que, como veremos, pode ser neutralizado por um enfrentamento aberto da situação-problema, e por apoio social, principalmente da família ou de amizades próximas. Ignorar "seletivamente" problemas intensos e que não podem ser evitados, é uma estratégia que até agrava o estresse em algumas situações como as que envolvam casamento ou parentesco (HOLAHAN and MOOS, 1985). Tolerância e calma (easy-going) são enfatizados como qualidades que protegem a saúde frente a situações estressantes. Isto se converte numa dificuldade para o hipertenso, que tem sido caracterizado como hiperreativo aos estímulos, emocionalmente lábil e suscetível às situações provocadoras de raiva, hostilidades e ressentimento.

A literatura que enfatiza a correlação entre estresse e doença orgânica salienta o papel das variáveis de personalidade envolvidas. KOBASA et alii. (1981) sugerem a existência de um processo dual de cognição e ação, denominado "atuação transformacional" (transformational coping), que protege a saúde. Um estilo vigoroso de personalidade, que causa esta atuação, é um amálgama de cognição, emoção e ação, dirigida não só para a sobrevivência mas também para o enriquecimento da vida através do desenvolvimento. Assemelha-se ao conceito de autenticidade, usado pela Psicologia Existencial, ou o conceito de auto-atualização, proposto por Carl Rogers. Os autores sugerem que este vigor (hardiness) se compõe de

### 3 dimensões:

- 1) Confiança x alienação - que é uma espécie de orientação otimista sobre o significado da vida.
- 2) Controle x ausência de poder - crença na própria habilidade de influenciar o curso dos acontecimentos.
- 3) Desafio x ameaça - encarar (-ou não-) a mudança como parte da vida, algo estimulante para o desenvolvimento pessoal.

Esta pesquisa foi feita com executivos, com grande experiência em situações estressantes, divididos em dois grupos: alto estresse/pouca doença e alto estresse/muita doença. O grupo que adoecia menos teve altos escores em vigor (hardiness) de personalidade. Os autores concluem ressaltando que, para doenças como a úlcera péptica, a hipertensão essencial, e a asma brônquica, por ex., a predisposição constitucional (medida pela doença dos pais) cria vulnerabilidade à doença, que pode ser aumentada por situações estressantes, mas que encontra um fator de resistência no estilo vigoroso de personalidade.

Há outros achados de pesquisas semelhantes : **HOLAHAN** e **MOOS** (1985) e **COTTINGTON** et al (1985) afirmam que pessoas que permanecem saudáveis, mesmo sob altos níveis de conflito e estresse vital, são as que enfrentam abertamente os problemas. São também mais tolerantes e auto-confiantes, e referem maior grau de apoio familiar do que os que se tornam doentes. É interessante notar que foram encontradas diferenças de gênero: no grupo resistente ao estresse, os homens referiam um alto grau de auto-confiança, enquanto as mulheres ressaltavam muito apoio familiar. Tal achado é consistente com o de que as mulheres lidam com o estresse buscando outras pessoas, enquanto os homens respondem com afastamento social. O suporte social, familiar ou não, depende da qualidade das relações que se é capaz de ter na rede social, e especialmente importantes são as que envolvem a troca de comunicações íntimas e a presença de solidariedade e confiança. (**PEARLIN**, et alii, 1981).

Um fato ressalta das análises apresentadas: homens e mulheres reagem diferentemente ao estresse, e isto nos leva à questão maior que está por trás deste comportamento, ou seja aos papéis sexuais, à grande diferenciação cultural entre os gêneros masculino e feminino. Será apresentada a seguir a versão feminina pesquisada: como é a hipertensa, como pensa e age.

### 1.3 - O PERFIL DA HIPERTENSA : ALGUNS DADOS

A maior parte das entrevistadas tem temperamento extrovertido, é expansiva, gosta de conversar e de se relacionar com os outros. É sociável, e dá muita importância à opinião dos outros, às aparências. Uma dimensão especial do seu temperamento, no entanto, é a extrema suscetibilidade às emoções de raiva e hostilidade, bem como a capacidade de sentir-se ressentida em relação às pessoas do seu convívio. É como se - especialmente em relação a esta característica - houvesse um umbral de estimulação muito baixo, associado a resposta forte e intensa envolvendo agressividade. Justamente por causa deste potencial de resposta muito intensa, e também por temer as conseqüências de sua livre expressão, a hipertensa fica como que paralisada, sem ação imediata, precisando de um tempo para "sentar a emoção" e poder reagir. Vejamos alguns depoimentos:

*"Quando tenho aperreio, guardo para mim, fica aquilo trancado".*

*"Fico com aquilo no peito e não consigo desabafar".*

*"Sô dá raiva, com raiva assim, tanta raiva... simplesmente eu calo, quando eu me chateio eu fico calada e penso: eu não mereço isso".*

*"Deixo sentar a emoção para poder agir".*

✱

"Fico trancada, é pior. Minha vida era chorar".

"É uma emoção tão forte, que só depois que passa é que tem que falar. Tento revidar na hora mas não acerto".

"Eu acho ótimo quem tem presença de es  
pírito para dar a resposta que merece na hora, mas eu não sei responder assim, na hora eu fico...fico... Depois de muito tempo é que eu vejo o que podia ter dito".

Significativamente, a calma e a tranquilidade a parecem como qualidades altamente desejáveis, que facilitam a vida em sociedade e tornam o convívio com os outros menos con  
flitivo. Ao mesmo tempo, esta valorização serve para confir  
mar a necessidade interna deste atributo, pois a hipertensa facilmente fica agitada e extremamente tensa, como se fosse explodir a qualquer momento. Ela faz o que pode para contro  
lar-se e até para não demonstrar tal fato.

"Gosto sempre de calma". "Tudo comigo é devagar, na calma. Detesto brigas, a  
cho feio, não é correto, me constrange".

"É uma política de vida, não esquentar a cabeça com coisa nenhuma".

"Eu sou uma pessoa eternamente preocupa  
da, embora não aparente muito, as pes  
soas me acham supertranquila".

*"Aparentemente eu sou uma pessoa tranquila, não me altero com as coisas, mas intimamente talvez seja um vulcão".*

*"Apesar da timidez, sempre fui "pavio curto".*

Quase a totalidade das entrevistadas colocou abertamente a dimensão da raiva ou ressentimento como presença constante em suas vidas, diretamente ligada às crises hipertensivas. Ao lado desta colocação vem sempre a de que é necessário controlar a emoção, para que não transtorne o relacionamento social. As poucas entrevistadas que não mencionaram sentir raiva intensamente, revelaram usar mecanismos de defesa fortes. Uma informou que dá risadas sem controle ao ser insultada ou agredida (é assim desde criança) e a outra estava tão insegura e desconfiada na situação da entrevista, que prejudicou a exploração maior destes aspectos. Eis alguns depoimentos:

*"Tenho medo de ser agressiva demais e de ofender e perder as pessoas".*

*"Se eu fosse falar era "zona", eu num gostava de briga, aí engolia aquilo e por isso morria, né?" (Referindo-se às crises hipertensivas muito fortes que tinha após discutir com o marido, freqüentemente embriagado".*

*"Geralmente não tenho muita raiva não, eu*

*rio muito, sou mais do tipo "ah, é, é?", não quero me aborrecer, entrego a Deus".*

É frequente a sensação de impotência face aos problemas vividos, e as saídas são variadas: negar, isolar-se do núcleo conflitivo, sublimar através da religião, conformar-se. Todos estes mecanismos de defesa são opostos à característica de vigor de personalidade (hardiness), que proporciona uma condição de enfrentamento aberto do conflito, bem como a confiança na própria capacidade de resolvê-lo. Vê-se que a tônica em geral dos depoimentos é a de conformar-se à situação problemática, criar condições de suportá-la, adaptar-se à situação negativa - o que resulta em mais crises hipertensivas, mais doença. De modo geral, há uma consciência de ser facilmente provocada pelas interações sociais, ficando irritada, agressiva ou zangada. Surge como reação defensiva o calar-se sem enfrentar abertamente as situações, pois se encontram no dilema de não poder fugir do conflito e ao mesmo tempo de não poder enfrentá-lo à sua maneira, pois isto significaria ultrapassar certos limites sociais muito valorizados.

*"Eu desliguei, mesmo, porque não tem jeito de endireitar (a situação com o marido), então o meu jeito é acomodar".*

*"O que não tem conserto, consertado está".*

*"Quem se mata é a gente, ficar com raiva, contrariada, a outra pessoa não tá*

*nem ligando, então, vou viver a minha vida".*

*"Faz de conta que não é comigo. É mais prático, num dá jeito mesmo..."*

Este tópico aborda o tema "determinação/vontade" e é, dentre todos que serão analisados neste trabalho, o que traz mais à tona a questão da "individualização", onde o adoecer ou as crises se ligam a um conflito, o excesso de sensibilidade se opondo à qualidade de uma vontade forte (DUARTE, op cit., pág. 74). Neste enfoque, a doença é o resultado de um conjunto de características individuais e a sua cura dependeria principalmente de um esforço de vontade ou mudança de certas características relacionadas com o vigor da personalidade: auto-confiança, capacidade de influenciar o ambiente, e encarar os problemas como desafios a serem vencidos.

Entre as entrevistadas, existe uma tendência no sentido de aprender e enfrentar os problemas, já que há grande dificuldade em lidar abertamente com as situações-problemas agudas, principalmente as provocadoras de raiva ou ressentimento. Exatamente a metade das entrevistadas **não** reage na hora da emoção, fica paralisada, sem reação, e cala(m). Uma quarta parte delas só consegue reagir depois que a emoção passa e podem reagir de "cabeça fria". Outras estão aprendendo a reagir, pois descobriram o valor e a import

tância da reação na hora. Na realidade, a maioria não reage em situações onde se sentem cobrados ou agredidas, ou situações que envolvam a dimensão de raiva ou ressentimento. Sentir-se agredida ou contrariada, somado à não-reação no momento oportuno, liga-se com frequência a um aumento de pressão sanguínea, podendo desencadear uma crise hipertensiva.

*"Minha hipertensão é emocional, só dá com raiva".*

*"Quando tenho contrariedade, a pressão sobe na hora, inclusive o fluxo sanguíneo é bem maior".*

*"É uma espécie de estresse que aumenta a pressão. Se não tiver contrariedade, não me aperrear, não preciso nem tomar remédio".*

Um estudo feito com 130 pacientes num hospital universitário (VAN DER PLOEG et al, 1985) sobre o papel da emoção de raiva na Hipertensão, conclui que os hipertensos são facilmente irritáveis, sentem raiva muito intensamente, e têm uma idade média de 50 anos. Isto corresponde completamente aos nossos achados. Algumas das entrevistadas, inclusive, considerando esta característica de "sentir-se zangada facilmente", atribuem grande importância ao que elas chamam de "desabafo", isto é, abrir-se com alguém, falar, botar para fora toda a emoção guardada, para não piorar da hipertensão:

*"É por me calar que eu estou doente".*

*"As pessoas caladas sofrem mais".*

*"Meu marido me "esculhamba" e depois nem aparece...mas eu fico com aquilo no peito e não consigo desabafar".*

*"Aprendi a falar, se estou com a razão, porque quando não falava, ficava aquilo corroendo...Guardei muita coisa durante muito tempo, e agora extrapolou" (Referrindo-se ao fato de ter chegado a um limite na sua resistência, e agora fala e reclama na hora do acontecimento).*

D.S., auxiliar de enfermagem, 49 anos, trabalhando num setor onde há supercarga de trabalho e pressão de tempo na realização das tarefas, um dia foi acusada injustamente por uma colega de estar "se escorando no serviço", isto é, fazendo menos de propósito, o que sobrecarregaria as demais . D.S. ficou fortemente enraivecida, teve uma briga com a colega e "desabafou". Ficou rouca, teve falta de ar e depois teve uma crise de choro, mas não teve crise de hipertensão, o que seria de se esperar no contexto.

Algumas vivem em situações de forte opressão, e geralmente não reagem. No entanto, se um dia a reação acontece, sua intensidade é por vezes impressionante, como nos dois casos relatados a seguir.

D.O. tem 53 anos, é auxiliar de enfermagem, casa da pela segunda vez com um carpinteiro. É bem alva, olhos azuis, loura e de feições bonitas. A filha mais velha, do 1º casamento, é muito parecida com ela. O segundo marido é preto, alto, 1,90m, forte, (mais de 100 quilos, segundo nos informa ela) e com ele tem três filhos de pele escura. O marido discrimina a enteada, e tem o hábito de bater em D.O. por qualquer motivo. Ela suporta e sofre em silêncio, até que um dia o marido bateu num dos filhos "até tirar sangue". Ela perdeu o controle de si, arrancou os óculos do marido, "ceguei logo ele", e "meteu-lhe a mão na cara" várias vezes, surrou-o mesmo, de tal forma que ele não reagiu...

Outro relato impressionante é o de C.D.S. Viúva, foi casada 18 anos, um filho. O marido era alcoólatra, e tinha o hábito de quebrar objetos da casa quando embriagado, principalmente os eletrodomésticos que C. comparava à prestação, utilizando boa parte do seu salário mental nisto. Rádio, gravador, televisão, tudo ele destruiu, até que um dia resolveu agredi-la fisicamente, e então deu-se mal. Nas palavras de C.:

*"Eu só num fazia apanhar, porque uma vez ele bateu em mim, e eu danei-lhe uma peixeirada, aí foi remédio, viu? Lugar de doido é outro doido dar conta. Nessas alturas a pressão subiu e eu não sei como foi que eu furei ele. Levou 12 pon*

*tos e daí pra frente passou a me respeitar".*

Durante a época em que o marido vivia com ela desta forma, C. tinha crises freqüentes de hipertensão, às vezes precisando de internamento, licença médica, etc. É curioso registrar que desde a morte do marido, por cirrose, ela **não teve mais crises**. Na sua simplicidade, ela assim nos relata:

*"A cabou-se a pressão. Foi até bom, eu me libertei dele, cuidei da parte dos meus espíritos".*

Passou a ter a liberdade de freqüentar templos espíritas, como sempre quisera, e o marido proibia. A cessação do conflito conjugal, bem como o apoio encontrado na atividade religiosa, melhoraram sua condição de saúde, não tendo mais crises e controlando a tensão com remédios, os quais antes não pareciam fazer efeito.

A situação interna da hipertensa pode ser compaparada ao funcionamento de uma panela de pressão: há sempre um certo nível interno de tensão, que é uma característica de modo de funcionamento, e qualquer aumento nesta tensão interna, se não for "desabafada", isto é, posta para fora, leva o sistema a níveis perigosos de tensão interna (a hipertensão), que pode explodir ou danificar seriamente o sistema como um todo.

Esta analogia levou-nos ao reconhecimento da existência de dois tipos diferentes de fatores estressantes, um deles podendo ser classificado como **crônico** e o outro como **agudo**. Os fatores estressantes agudos coincidem com a colocação de **BLUMHAGEN** (1980): qualquer situação que é vista como afetando temporariamente o indivíduo, seja um superesforço físico, emoções como raiva, ansiedade, "nervoso", ou ainda, demandas sociais que causem estresse ou grande excitação. Já os fatores estressantes crônicos seriam relacionados com problemas no emprego, na família, ou no ambiente social mais amplo, e serão aqui tratados sob o título geral de "males da civilização".

A literatura explorada até agora, e também o discurso comum a médicos e pacientes sobre a origem da hipertensão, dá destaque a qualidades emocionais, "nervoso", ou características de personalidade que criariam maior suscetibilidade ou maior resistência à doença hipertensiva. A esta classe de explicações chamamos Reduccionismo I. A hipertensa é vista como "emocional", "nervosa", não tendo uma personalidade "vigorosa", sua inabilidade característica em expressar uma classe de emoções, tais como raiva e ressentimento, termina por produzir doença.

Evidentemente, as emoções podem se constituir em fatores estressantes agudos, desencadeadores de episódios de crise ou da própria doença hipertensiva, mas estes fatores acontecem em um contexto, que incluem a existência de outros

fatores estressantes crônicos, que não podem ser ignorados . Atribuir a uma das partes o que é resultado de um conjunto de condições é o que denominamos Reduccionismo I - decorrente da fragmentação do conhecimento científico e da individualização de fenômenos cuja natureza é bio-sócio-psicológica na sua essência. Estas colocações sobre aspectos da ideologia individualista poderiam ser meramente acadêmicas, mas não o são, pois tais circunstâncias estão "permeando intervenções sociais diretas e poderosas, como é, por exemplo, a do atendimento médico sob todas suas formas". (DUARTE, op. cit. pág. 222)

## 2 - FATORES PSICOSSOCIAIS ATRIBUÍDOS A CULTURA: OS "MALES DA CIVILIZAÇÃO"

Dentre as causas psicossociais da Hipertensão, alguns autores atribuem maior importância aos fatores causadores de "estresse externo crônico", que são, de modo geral, as perturbações devidas aos "males da civilização" e podem ser classificadas em duas versões principais, a das migrações e a da modernização (DUARTE, 1986, p.227).

## 2.1 - MIGRAÇÃO

Esta versão observa os efeitos da urbanidade sobre populações de origem predominantemente rural, que se deslocam em relação às metrópoles.

Os migrantes que saem de grupos sociais de baixa pressão arterial e vão para grupos de alta pressão arterial, aumentam suas taxas de pressão sanguínea, cujo crescimento, é maior com a idade do que os seus pares que não migraram (MARMOT, 1985).

Em outro estudo, onde se controlou idade, peso e tempo de estadia na Nova Zelândia, os migrantes que interagiam mais com a sociedade Nova Zelandense tinham pressão mais alta que os de maior interação com o seu grupo de origem, Tokelauaneses (BEAGLEHOLE et al. 1978).

HENRY e CASSEL (apud MARMOT, 1985) mostram que em sociedades com uma tradição estabelecida e estável, estrutura social bem definida e geralmente isoladas, com pouco contato com a vida urbana moderna, geralmente não-aculturadas , NAO têm aumento de pressão arterial com o aumento da idade, como seria de esperar. Em grupos com maior contato com grupos urbanos modernos como os Polinésios, Melanésios e Africanos, há mais pressão alta, com tendência a aumentar com a idade.

Outros pesquisadores chegaram à mesma conclusão de que os únicos grupos que não aumentam a pressão com a ida de são os povos "primitivos" e os socialmente isolados (LYNCH, 1986; OMS, 1975 e 1983).

As condições da modernidade urbana implicam num aumento da frequência das interações sociais, dos diálogos, isto é, dos estímulos sociais cujas conseqüências para a pres são arterial já foram apresentadas. Implicam também em espaço reduzido para os indivíduos, menor privacidade, às vezes até nenhuma privacidade, nenhum espaço estritamente pessoal. Os estudos da Etologia Humana mostram que o ser humano tem, de forma semelhante aos animais, um comportamento instintivo referente ao seu espaço pessoal, à sua territorialidade. Quando este espaço é invadido, a reação instintiva inconsciente é de defesa, um movimento que engloba padrões e reações agressivos (ARGYLE, 1976). É possível que este padrão influencie, de maneira ainda não esclarecida, o comportamento dos indivíduos, em particular dos hipertensos que se caracterizam por uma hiperreatividade aos estímulos sociais.

Quer-se colocar aqui que o fenômeno das migrações será melhor entendido, em relação à hipertensão, não como um fator explicativo, mas como a porta de entrada dos indivíduos num meio urbano ou mais modernizado, onde devem ser procuradas as raízes do fenômeno.

A conclusão a que se chega é que o ponto central para a compreensão da relação, ambiente-hipertensão reside nas condições de vida da modernidade, dos grandes aglomerados urbanos industrializados.

## 2.2 - MODERNIZAÇÃO

Aqui são observados efeitos sobre populações que, sem se deslocarem, oferecem-se à intervenção progressiva dos valores e práticas associadas à modernidade urbana. Ou seja, o tema geral é o da "patologia" urbana e moderna, que de alguma forma está vinculado ao 1º reducionismo.

Um estudo feito em Detroit, em 1973, classifica Hipertensão por áreas de residência, tomando como indicadores de estresse: privação econômica, instabilidade familiar, densidade demográfica e taxa de crimes. A prevalência de border line e de hipertensão definitiva foi maior nas áreas de alto estresse (MARMOT, 1985).

As populações de países em desenvolvimento econômico, em modernização, experimentam uma "transição epidemiológica", onde a maior causa de morbidade deixa de ser a alta incidência de infecções e doenças parasitárias e passa a ter

alta incidência de doenças crônicas e degenerativas. Dentre estas, a pressão arterial pode ser encarada como um dos indicadores de saúde (DRESSLER et alii, 1987). Ou seja, **quanto mais Hipertensão, pior a saúde da população.** Num estudo transcultural, foram encontrados aumentos significativos na pressão sanguínea da população quando as sociedades estavam ordenadas num continuum de desenvolvimento econômico. **Há evidências de que a modernização resulta em pressões sanguíneas mais altas.** DRESSLER e colaboradores (1987) sugerem duas grandes hipóteses: a adoção de uma dieta ocidentalizada e o estilo de vida estressante.

### 2.2.1 - O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO

Este tema é abordado aqui por ser considerado relevante; espera-se que as reflexões feitas venham a ter utilidade em trabalhos posteriores, uma vez que o tema da alimentação em geral não foi abordado nas entrevistas, a não ser com referência às dietas prescritas pelo médico e tendo como foco a Hipertensão Essencial.

A adoção de uma dieta ocidentalizada acarreta e feitos cardiovasculares, por causa do aumento da massa corporal, do aumento da ingestão de sódio e de gorduras.

Não foi até agora corretamente avaliada a influência da adoção de dietas "ocidentalizadas" e "civilizadas", com o consumo de comidas e bebidas industrializadas, excessivamente transformadas, refinadas, condimentadas, e usando substâncias artificiais.

Sabe-se, entretanto, que a comida é o principal veículo através do qual os pobres urbanos pensam a sua condição; é a pobreza que explica a dieta que conseguem manter, isto é, a comida que não varia e a impossibilidade de comer carne todos os dias (ZALUAR, 1986). A relação entre a pobreza e a alimentação escolhida não é apenas de ordem econômica, mas tem mediações de ordem ideológica e até mesmo psicológica: "comida" é, basicamente, arroz, feijão e carne. Peixe, galinha, frutas e verduras "não enchem barriga", não são comidas fortes, não dão a sensação de estômago cheio. A luta contra a fome cria mecanismos de defesa ou de compensação que levam os pobres a preferir alimentos de difícil digestão, e os muito desejados são os gordurosos (BOLTANSKI, 1979), (ZALUAR, 1986). Como nos diz muito bem ALBA ZALUAR (op. cit.): "A importância da quantidade de comida no prato, a valorização da "barriga cheia" como sensação prazerosa de repleção e negação da morte, aparece junto à valorização estética da corpulência e gordura, especialmente entre as mulheres". (Grifo nosso)

Parece haver um padrão estético próprio, oposto ao das classes privilegiadas, que é o de apreciar a corpulência da mulher. Este conjunto de fatores certamente atua como impecilho à dieta das mulheres de nível sócio-econômico inferior, piorando a sua condição de saúde, uma vez que justamente obesidade e ingestão de alimentos gordurosos estão correlacionados positivamente com aumento de Hipertensão. A valorização da "magreza" cresce quando se passa das classes populares às classes superiores, ao mesmo tempo que cresce a atenção dada à aparência física, diminuindo a valorização da força física. A prática de exercícios físicos ou de esportes, isto é, a utilização lúdica, intencional e regrada do corpo é talvez o melhor indicador da inversão dos usos do corpo e das regras que regem a relação com ele, quando se sobe na hierarquia social (BOLTANSKI, 1979).

De fato, a maior parte das hipertensas que entrevistamos era bastante pesada, e dentre as que apresentavam extrema corpulência, apenas uma pertencia ao Grupo A, as demais eram do Grupo B onde a maioria absoluta entre elas era extremamente corpulenta. Quase todas as hipertensas entrevistadas têm peso acima do normal e a maioria é obesa (20% ou mais acima do peso normal para a altura); as mais pesadas se concentram no Grupo B.

Começam a ficar evidentes as diferenças relacio

nadas ao nível sócio-econômico e às circunstâncias a ele associadas.

A bebida também tem conotações diferentes para cada grupo. De modo geral, os dois grupos entrevistados não fazem uso de bebidas alcoólicas. Apenas **uma** bebe socialmente; vale notar que pertence ao Grupo A, de nível sócio-econômico mais elevado. Algumas referem temer as conseqüências da bebida, e quando bebem algo (geralmente cerveja) é em pequenas quantidades, "pra não se sentir mal depois". A bebida tem um valor negativo, principalmente para as mulheres de baixa renda (Grupo B), para quem muitas vezes a bebida do companheiro é um fator de dissolução da família, ou de pior qualidade da vida em comum. Vale a pena lembrar que a bebida é incorporada como parte da identidade masculina, para as classes trabalhadoras urbanas (DUARTE, 1986). Isto é, faz parte da interação social corriqueira, para os homens, o consumo regular de bebida alcoólica, enquanto que entre as mulheres, há um certo temor das conseqüências do seu uso, tanto em relação aos homens quanto a si mesmas.

*"O que estraga ele é a bebida".*

*"Quando ele bebe "esculhamba" comigo, quebra tudo em casa e depois nem parece...eu é que fico com aquilo no peito e não consigo desabafar".*

*"Tudo que ele ganha ele bebe."*

A bebida do companheiro é um fator de estresse para a mulher, não só do ponto de vista econômico, quanto em relação à convivência em família.

Enfim, há fatores culturais fortemente associados ao ato de comer e beber, e diferenças muito marcadas, determinadas pelo padrão de vida e pertinência a grupos sociais específicos.

Tome-se, a título de ilustração, os seguintes depoimentos:

T.A.L., 58 anos, Grupo A - atribui sua hipertensão à alimentação.

*"Certos alimentos me faziam mal, como manga, laranja, chocolate, vinhos. Fui deixando de comer até que quase não podia comer nada. Agora não, eu tomo o remédio e posso comer tudo. Eu acho que talvez a minha hipertensão tenha decorrido da má alimentação, né?"*

L.M.C., 57 anos, Grupo B - atribui à comida o desencadear da hipertensão.

*"Eu chupei uma manga rosa no lanche, e*

*no almoço eu fui comer feijão e mocotô. Eu não sabia (o que era a doença), aí, vexou demais. Dá uma dor de cabeça, um vexame, deu um vexame em mim, assim de repente, feito uma espécie de loucura, assim, uma coisa vexada atacou minha ca  
beça assim, coração batendo."*

É interessante observar-se que L.M.C. refere, durante a entrevista, excesso de trabalho (trabalha desde os ca  
torze anos), problemas de relacionamento com o marido e o fi  
lho adotivo, além de coincidir o início da Hipertensão com uma fase em que "o dinheiro era muito pouco". Como se vê, há uma superposição de condições geradoras de estresse, fato es  
te que se constitui numa característica para o grupo B.

#### 2.2.2 - O ESTRESSE DO ESTILO DE VIDA

As mudanças no estilo de vida impostas pela mo  
dernização derivam, por um lado, de mudanças na atividade eco  
nômica - principalmente a mudança de ênfase na agricultura pa  
ra a produção industrial. Por outro lado, aumentam a ansieda  
de e a competitividade; a "boa vida" torna-se sinônimo de con  
sumo alto, e as pessoas são levadas a manter um estilo de vi  
da inconsistente com seus recursos econômicos, criando o "es  
tresse de estilo de vida". Esta síndrome se relaciona dire

tamente com hipertensão e está correlacionada diretamente não com renda ou educação, ou sentimentos de privação, mas com a **posição do indivíduo na hierarquia ocupacional da sociedade, bem como se relaciona com o status ou prestígio atribuído a um estilo de vida que o sujeito deseja ter.** Ou seja, o estresse resulta da tentativa individual de manter um estilo de vida de status mais alto, o qual difere do lugar efetivo na hierarquia de classes sociais. (DRESSLER, et alii, 1987)

Esta hipótese está diretamente relacionada com a da alimentação, em relação à Hipertensão Essencial, pois estilo de vida e recursos econômicos estão diretamente relacionados à dieta.

Para DUARTE (op. cit.), as representações que as pessoas fazem a respeito do viver na cidade são ambíguas, podendo promover um melhor desempenho ou expor o indivíduo aos conflitos e perturbações físico-morais. A cidade grande atrai por vários motivos: oferta de trabalho, de recursos médicos, de oportunidade de estudo, enfim, mais movimento. No entanto, a vida na cidade também tem suas dificuldades: má alimentação, barulho, poluição sonora, correria, bebida, tóxico, violência, além do "anonimato" e da "desconfiança generalizada" entre as pessoas.

Analisaremos aqui algumas categorias comuns de fatores relacionados com estilos de vida urbanos estressantes

que registramos nos depoimentos das hipertensas entrevistadas. As diferenças por grupo social foram bem evidentes, e isto levou à apresentação dos dados contrapondo os depoimentos do Grupo A (nível sócio-econômico mais alto) e do Grupo B (nível sócio-econômico mais baixo).

Serão abordados quatro tópicos:

- 1) Exposição à violência urbana;
- 2) Problemas familiares;
- 3) Falta de apoio social;
- 4) Condições de trabalho.

#### 1) **Exposição à violência urbana**

Um fator que surgiu nos relatos das mulheres entrevistadas foi o estresse crônico e diário causado pela violência urbana, tendo algumas delas desencadeado crises hipertensivas após presenciarem assaltos, tiroteios, pessoas feridas ou mesmo sendo elas próprias vítimas de assaltos. Estas situações são muito mais referidas pelo Grupo B. O medo dos assaltos e a permanente insegurança e desamparo frente à violência das ruas e do seu ambiente familiar, configura-se como um dos fatores desencadeantes/agravantes da doença hipertensiva.

T.A.C., 59 anos, prendas domésticas, Grupo B. De

sencadeou a 1ª crise hipertensiva "quando começaram os primeiros assaltos na cidade"; após ser testemunha de um assalto com troca de tiros, onde foi ferido um sobrinho que morava junto de sua casa. Teve ainda outras crises que associa a violência em sua vizinhanças. Ela informa: "Quase vi (um assalto), pois ia passando por perto; quando soube o que era aquela confusão, fiquei apavorada"...e teve outra "crise de pressão".

M.N.S., 44 anos, prendas domésticas (Grupo B):

*"O marido dormia fora, no serviço, e eu passava a noite acordada, com medo trabalhava muito em casa e com as crianças e ainda costurava para fora. Era muita insônia e muito medo, de noite, e fui ficando com muita dor de cabeça".*

Embora seja menos referida pelas mulheres do Grupo A, a violência urbana também as atinge:

T.F.L., 50 anos, proprietária de uma padaria, teve seu local de trabalho assaltado, com sérias perdas materiais; uma semana após, teve outro "choque" sendo assaltada por um ladrão que "botou o revólver no meu ouvido, não sei como não morri de susto". Teve sorte que um grupo de pessoas que passou afugentou o marginal. Ela perdeu a voz, teve crise de choro. É interessante notar que no primeiro caso ela teve

crise de hipertensão, mas no segundo, apesar de ter sido ameaçada diretamente, nada aconteceu. Acredita-se que o apoio trazido pelo grupo de pessoas que afugentou o assaltante e a acudiu, conversou, etc. proporcionaram ocasião para "desabafar" todo o estresse, minimizando o potencial negativo da situação.

## 2) Problemas no relacionamento familiar

A manutenção do grupo familiar unido é uma meta sempre desejada, por muitos motivos; um deles é uma estratêgia de enfrentamento das dificuldades da vida social. Só quando a situação se torna insuportável é que se pensa na dissolução dos vínculos, e muitas das mulheres que entrevistamos preferem aguentar os problemas de relacionamento e submeter-se a condições que são desfavoráveis à sua saúde e à condição de Hipertensa.

D.S. casada, 53 anos, 4 filhos, Grupo B. Mora num bairro onde há muita pobreza e encrencas com a polícia, onde ter uma família constituída é status de bom cidadão, diz , referindo-se ao marido que bate nela e nos filhos:

*"ele não liga para nada em casa... só não largo ele por causa dos filhos, pra não serem marginal".*

N.S., 44 anos, casada, 2 filhos (Grupo B) referindo-se ao relacionamento com o marido:

*"Nós temos condições de ter uma vida equilibrada, o que falta é só compreensão. Todo o meu problema é devido a isto". Quer separar-se dele, mas como não tem condições de se sustentar (é doméstica), vai aguentando...*

L.C., cozinheira diarista, 57 anos (Grupo B) cujo marido bebia muito, mas teve que deixar a bebida por doença, e que ela classifica como "nervoso" e "sem opinião", e cujo filho Único "anda com más companhias", acha que a única saída para os seus problemas está em buscar companhias de nível social diferente do seu:

*"Qual é o pobre que vai dar um caminho certo para outro pobre? Eu me dou bem é com a classe da senhora (referindo-se à pesquisadora) e não com a pobreza feito eu".*

A.F.C., 45 anos, doméstica, Grupo A, tem sérios desentendimentos com o marido, e diz:

*"O que precisar tem tudo, não falto nada, de roupa, médico, tudo o que eu quero".*

O marido faz questão de mantê-la dependente: não a deixa trabalhar, nem dirigir automóvel, nem sair de casa . Quando ela reclama, ele afirma que ela é incapaz, não aceita diálogo e ela não insiste mais. "Porque aí eu vou fazer o negócio pra brigar, né, pra resolver, e aí...então eu digo, vamos deixar...separar não está no meu programa de jeito nenhum". E quer continuar casada "até o dia em que Deus...até o fim da minha vida. Durar um casamento a vida toda é tão bom, né, mesmo que eu seja prejudicada". O projeto de vida, neste caso, é continuar a viver os valores que ela aprendeu, apesar de qualquer coisa, apesar até de reconhecer que esta situação é um dos motivos da sua hipertensão, que é muito forte e está sempre fora de controle, mesmo com uso de muita medicação. Ela confessa : "Pra viver assim pago um preço bem alto, que perturba o estado de nervos da pessoa". Mudar esta situação significa mudar-se a si própria, coisa que ela não admite e nem sabe como fazer.

Neste item, referente aos problemas de relacionamento familiar (conflito com o marido, filhos ou pessoas residentes no mesmo local), o Grupo B refere **quase o dobro** das queixas do Grupo A, isto é, parecem ser muito mais atingidas por conflitos familiares, **sem ter a quem recorrer**, seja como fonte de apoio, ou para um "desabafo", como veremos a seguir.

### 3) Falta de apoio social

Parece haver um consenso na literatura sobre a importância do apoio social ou suporte social, como proteção frente ao estresse e à adversidade, em relação à Hipertensão Essencial. (KOBASA et alii, 1981; PEARLIN et alii, 1981; MAC DONALD, et al, 1984; HOLAHAN e MOOS, 1985; WILLIAMS, et alii, 1985; COTTINGTON, et al 1985; LYNCH, J. 1986; e outros). A personalidade do hipertenso tem a característica de ser hiperreativa aos estímulos sociais; as pessoas e a interação com elas são uma das principais fontes dos estados emocionais de raiva, irritação e ansiedade social, que funcionam como um "gatilho", disparando mecanismos neurofisiológicos predispostos geneticamente para tal.

O suporte social é um recurso mediador que reduz a hipertensão e tem um efeito protetor da saúde. Entende-se por suporte social a qualidade das relações que se é capaz de estabelecer na própria rede social. As qualidades que parecem ser especialmente críticas envolvem a troca de comunicações íntimas e a presença de solidariedade e confiança. Não se sentir solitário em momentos de estresse, ter com quem contar, isto é, ter pessoas com as quais se possa estabelecer um relacionamento emocionalmente positivo, com afeto, confiança e solidariedade, se constitui num fator que protege a saúde do indivíduo.

A qualidade da vida urbana moderna leva a um intenso convívio social com relacionamentos permeados pelo individualismo, pela desconfiança generalizada nas pessoas, convertendo-se assim em um fator duplamente negativo para as pessoas hipertensas. O depoimento das entrevistadas só vem a reforçar o que foi colocado:

Não ter a quem recorrer, não contar com ninguém na "hora do sufoco", não ter com quem "desabafar", ou seja, não ter apoio social, é uma condição que favorece o surgimento e/ou as crises da Hipertensão. O aperto financeiro, as crises conjugais, ou a exposição à violência urbana (da qual as mulheres são o alvo mais fácil) cria, muitas vezes, situações de impasse existencial que, quando acrescida da falta de apoio social, permitem supor um agravamento das condições de saúde. Mais grave se torna esta situação para as mulheres, que reagem a estresse e conflitos buscando apoio social, enquanto que os homens preferem o isolamento. (HOLAHAN and MOOS, 1985).

Nos relatos das hipertensas do Grupo B apareceu com muita frequência a categoria do "desabafo" - significando geralmente uma situação onde existe alguém disponível para escutar, onde se dá livre curso ao excesso de emoção acumulada, numa espécie de catarse de liberação emocional, que ajuda a restaurar um certo equilíbrio anterior. Estar sozinha para enfrentar problemas financeiros, familiares e pessoais é uma

circunstância muito freqüente para as mulheres do Grupo B. É significativo notar-se que os maridos ou companheiros, bem como os parentes, não constituem apoio nem financeiro nem moral para as mulheres deste grupo. Bem diversa é a realidade das mulheres do Grupo A, onde o papel suportivo do marido e da família se faz sentir claramente nas situações difíceis. "Não é à-toa que a categoria do "desabafo" só foi mencionada pelo Grupo B, sempre se referindo ao fato de não ter com quem "desabafar". Houve quem dissesse que não acreditava no "desabafo", mas a dimensão estava presente no seu discurso, como uma alternativa possível. No Grupo A encontramos um equivalente na procura de psicoterapia para ajudar a enfrentar os problemas, como foi dito por algumas.

#### **4) Condições de trabalho**

A vivência de crise econômica, como a que há anos aflige o nosso país, representa a existência de esforços extras de trabalho para manter o padrão econômico-social; a ameaça constante de perda do emprego, ou mesmo transformações no próprio trabalho, tudo isto se converte em agentes patógenos que aumentam muito a freqüência das consultas ao médico, devido a causas psicogênicas ou a doenças causadas pelo próprio esforço extra de trabalho (SILVA, 1986).

Sabe-se que algumas características do processo

de trabalho, como o ganho por produção e as **jornadas prolongadas de trabalho** (grifo nosso) atuam elevando níveis de adrenalina, noradrenalina e esteróides urinários, aumentando a freqüência cardíaca e a pressão arterial (TIMIO, 1980).

Alguns estudos têm sido claros em mostrar como a condição feminina, a ocupação e a mobilidade social podem ser relacionados com hipertensão. Para indústrias, por exemplo, os fatores mais importantes relacionados com hipertensão foram:

- a idade: as mais velhas eram mais hipertensas.
- maior peso corporal.
- herança genética: pais com hipertensão.
- condições de trabalho: alta pressão de tempo, monotonia e falta de participação.
- renda pessoal: **as que têm menor renda são mais hipertensas** (grifo nosso) (ZIMMERMAN e HARTLEY, 1982).

Quando se fala aqui em condições de trabalho, refere-se a más condições em geral, além de excesso de trabalho ou mã remuneração.

O discurso das mulheres entrevistadas, no que se refere ao tema **trabalho**, acentua as diferenças por nível sócio-econômico, como se pode concluir dos depoimentos que se

seguem:

### GRUPO A

Quase todas trabalham fora de casa; entre as que não trabalham, estão as de maior idade e uma outra, ainda jovem e bonita, que não dirige automóvel, não sai sozinha e não trabalha "porque o marido não deixa" (sic).

Boa parte deste grupo está na contingência de ser "chefe de família", devido a viuvez, separação ou quando, mesmo sendo solteiras, sustentam toda a família (por morte do pai ou abandono da família com filhos pequenos, tendo elas assumido o papel de provedor). Referem-se ao trabalho enfatizando o fator independência, decorrente da autonomia financeira, mas ressaltam o cansaço como fator constante em suas vidas, uma vez que a estas responsabilidades se juntam as do cuidado com os filhos e a casa, embora não se ocupando diretamente das tarefas domésticas.

M.D., assistente social:

*"O tipo de trabalho eu gosto, embora exija muito e eu me canso muito. Mas prefiro ter uma vida mais apertada (no horário) com mais independência financeira".*

O trabalho é considerado, em alguns casos, quase uma terapia, para preencher o vazio deixado pelos filhos que cresceram, ou pelo companheiro perdido, ou ainda para trazer um pouco de paz e distância dos conflitos familiares.

S.A.C., almoxarife de repartição federal:

*"O trabalho passa a ser como uma família...se o ambiente é bom, traz um pouco de paz pra gente. O estresse financeiro é o pior (para a sua hipertensão)."*

A.P.S., trabalha com prótese de olhos:

*"No trabalho eu encontro remédio para meus males e dores. Procuro ajudar as pessoas, levantando o ânimo delas".*

T.F.L., panificadora:

*"Esse trabalho é um negócio mais pra homem (enviuvou e assumiu o lugar do marido), mas eu gosto, é quase uma terapia."*

Algumas optaram por dedicar-se menos ao trabalho por causa dos filhos e das responsabilidades familiares.

M.E.M., professora primária aposentada:

*"Em primeiro lugar estava a vida em família, dava mais valor a ela do que à minha vida profissional. (Não progredir na profissão)...foi uma opção de vida, teria que deixar os meninos, seria sempre um impasse."*

T.M.F., dona de boutique:

*"Comecei a trabalhar exatamente porque os meninos entraram numa fase que passaram a não depender da mãe...chegando onde cheguei não tá bem pra mim, mas não vou crescer, entendeu? Estou fazendo um estágio pra esperar os netos chegarem."*

### **GRUPO B**

As entrevistadas do Grupo B sentem-se exauridas por uma vida onde o trabalho é a tônica desde muito cedo. Todas, sem exceção, trabalham, fora do âmbito doméstico, pelo menos dois turnos. Queixam-se da falta de autonomia, da monotonia dos serviços, da pressão constante de tempo para concluir as tarefas (no trabalho por produção), e, principalmente, pelo excesso de trabalho. Considere-se ainda a dupla jornada representada pela execução do trabalho doméstico. Algumas enfatizavam esta situação, associada à não-colaboração do companheiro ou dos filhos nas tarefas domésticas, mesmo quando estes passavam boa parte do dia ociosos na unidade doméstica.

É freqüente, neste grupo, a referência a si mesma como alguém "esgotada de serviço", com "aperreio de negócios", ou conformada com a falta de autonomia no trabalho: "Tudo mundo manda...eu me adapto". Vejamos alguns casos:

M.S. 43 anos, doméstica, casada, dois filhos. O marido sempre ganhou pouco e ela ajudava no orçamento doméstico costurando, bordando e fazendo doces e bolos "para fora", além de cuidar sozinha de todo o serviço doméstico e dos filhos. Morava num lugar afastado e à noite, o marido sempre fora de casa a serviço, não conseguia dormir, com medo de ser assaltada. Quase nunca saía de casa, nem para ir a um cinema ou festa, nunca fez gastos supérfluos para economizar dinheiro. Renunciou a tudo isto, como diz, para construir um lar, uma família, e agora que os filhos estão criados e o relacionamento com o marido é muito ruim, sente "um vazio e um arrependimento"...e a sua hipertensão está completamente descontrolada.

C.O., 47 anos, solteira, auxiliar de enfermagem, para comprar uma casa trabalhou três expedientes, quase sem dormir, durante alguns anos. Ela nos diz:

*"Dei tudo da minha juventude, toda a força." "Talvez essa maneira minha de trabalhar, trabalhar, trabalhar, né? O tempo passou e eu nem vi."*

M.B., 49 anos, auxiliar de enfermagem. Foi casa da, mas o marido a abandonou com um filho, que ela terminou de criar e agora, com 22 anos "está parado em casa, estudando Contabilidade", apesar da facilidade que ela teria de arrumar emprego para ele. Prefere sustentá-lo e dar-lhe a chance de empregar-se noutra área que não a de saúde. Ela refere:

*"Eu só digo que foi essa profissão que eu escolhi (a causa de sua hipertensão), eu e minha irmã (também hipertensa) e por isso eu não coloco meu filho, em área de Saúde de jeito nenhum".*

Quando perguntada sobre o que era ruim no trabalho, respondeu:

*"Plantão noturno, a colega não chegar pra me render e eu ter que dobrar (o plantão), o doente morrer nos meus braços sem eu poder dar jeito, doente vomitando sangue, pedindo socorro a mim e eu doidinha correndo pro telefone, chamando o doutor e sacudindo o doente, que morreu nos meus braços..."*

e continua desfiando o seu rosário de queixas. E acrescenta:

*"Aperreio de casa eu tive: casei, vivi com meu marido 8 anos, quando foi aí ele arranhou outra, uma mãe solteira*

*mais jovem do que eu e saiu de casa".*

Como se pode notar nos depoimentos, há uma superposição de condições estressantes crônicas para o Grupo B, relacionados ao tipo de vida que estas mulheres têm, isto é, suas situações de trabalho, de família, os relacionamentos e os papéis desempenhados aí. A situação feminina é um problema tão complexo, que para melhor compreensão, teremos que nos deter mais adiante na análise do papel feminino, do que representa ser mulher.

Resumindo, as colocações da literatura médica e psicológico-social que relacionam a Hipertensão Essencial com condições ambientais ligadas à modernidade urbana, apontam para elementos fundamentais à compreensão da doença hipertensiva. No entanto, estas condições estão intimamente relacionadas com as características individuais, com a maneira peculiar que o hipertenso (a) tem de reagir aos estímulos advindos do relacionamento com as pessoas, da interação social. As explicações que atribuem as causas da Hipertensão Essencial apenas aos "males da civilização" caem no mesmo tipo de reducionismo, embora com conteúdo diverso, das explicações que atribuem a Hipertensão apenas à personalidade do indivíduo.

Atribuir a causa da Hipertensão ao aglomerado de circunstâncias que estão sob o título de "males da civilização", mais especificamente o papel desempenhado pela moderni

zação urbana, passa a ser considerado como mais um reducionismo - Reduccionismo II -, produzido por uma visão fragmentada da realidade, herdada do Positivismo Lógico e que, no tocante às sociedades modernas, pode ser chamada de "ideologia individualista" : "uma tendência corrente, um fluxo localizado de idéias e valores sem um colamento imediato e unívoco, substantivado ou institucionalizado ao nível sociológico" (DUARTE, op. cit., pag. 54).

Quando tentamos traduzi-lo em condições concretas, como circunstâncias de trabalho, vida familiar, formas de apoio social ou exposição à violência urbana, ele perde sua conotação ideológica de generalização pouco explicativa e começa a se revestir de qualidades que o tornam mais próximo e diretamente ligado aos fatores que examinamos anteriormente (atribuídos ao indivíduo - Reduccionismo I -). Visto deste novo ponto de vista, a vida na cidade grande, as condições desgastantes de trabalho, a vida em família, estão intimamente ligadas ao papel feminino, sob cuja ótica foi feita esta leitura da realidade. Esta não pode ser desvinculada de certas características da identidade feminina, como a importância dada ao apoio social e, mais especificamente ainda, com algumas reações típicas da personalidade das hipertensas, que contribuem para enriquecer o quadro aqui esboçado.

### 2.2.3 - O PAPEL FEMININO COMO CIRCUNSTÂNCIA ESPECIAL

Em Bimini, nas Bahamas, 32,3% da população é Hi pertensa, e, proporcionalmente, **as mulheres são mais afetadas que os homens**: isto é associado com mais idade (mais de 45 a nos) e com mais peso do que os normotensos. Um conjunto de fatores parece contribuir para esta alta incidência da doença hipertensiva, desde o clima sub-tropical, a presença de enor me quantidade de sódio na água de beber, ao consumo excessivo de sal na alimentação, até o estresse psicossocial que acompa nha uma mudança cultural rápida, a qual envolve também maior consumo de cigarros, álcool e aumento no uso de contracepti vos orais pelas mulheres. (HALBERSTEIN and DAVIES, 1984).

Um estudo transcultural (GUTHRIE, et alii, 1982), concluiu que **as mulheres dão mais indicações fenômeno** lógicas e somáticas de estresse em geral. Observou-se também que a literatura sobre o tema aborda mais o universo feminino que o masculino; certamente, isto reflete certos valores cul turais ligados à condição feminina sobre a qual serão feitas algumas considerações.

A oposição dos papéis masculino e feminino tem na família o seu eixo fundamental de articulação, numa relação de complementariedade hierárquica, na qual o elemento homem/marido apresenta maior poder em relação ao elemento mulher .

Ambos repartem significativamente os encargos e tarefas relacionados à manutenção da família, que se constitui no locus onde suas identidades são construídas (DUARTE, 1986).

O âmbito doméstico é não só o centro da auto-imagem feminina, como também o centro definidor de seu acesso ao mundo extra-familiar. Tanto no domínio privado quanto no público, o papel feminino é representado como governado pela ideologia da abnegação e despojamento em prol dos outros. Mesmo quando participa de atividades extra-domésticas, a mulher tende a persistir localizando no núcleo doméstico sua identidade principal. As relações impessoais, derivadas do pertencimento a instituições, parecem escapar ao seu controle e entendimento; quando se confrontam com o espaço da cidadania, este é, invariavelmente, retraduzido para termos privados, domêsticos e personalizados. O amparo emocional e especialmente o econômico está consubstanciado e delegado à figura masculina, que na estrutura hierárquica familiar assume proeminência indiscutível. Em suma, a inserção da mulher no mundo está sempre intermediada por figuras familiares - pais, marido ou filhos. (SALÉM, 1981)

Isto se aplica a mulheres de baixa renda, mas também faz parte da identidade de mulheres de estratos médios e superiores. (RODRIGUES, A., 1978). Estas últimas também expressam uma indiscriminação na forma de lidarem com a esfera extradoméstica e a doméstica. O trabalho é frequentemente

encarado como uma espécie de terapêutica para a crise de aposentadoria no lar, deflagrada pelo crescimento dos filhos (SALEM, 1980).

Para a mulher de baixa renda, menopausa e aposentadoria não constituem fontes de perturbação, ao contrário são até bem recebidas, pois as libera de um cuidado constante (o medo de nova gravidez) e lhes permite, enfim, algum tempo para cuidar de si mesmas. Para elas que existe é uma dupla indeterminação, baseada:

a) Na persistente conjugação entre "excesso de trabalho" e "não ter coisas". O papel atribuído à sorte, ao destino, advém antes de um reconhecimento realista da falta de controle sobre sua existência, do que de uma espécie de fatalismo derrotista.

b) Embora sendo delegado ao homem o enfrentamento do mundo extrafamiliar, este ou é omissivo, ou de fato ausente, aumentando o sentimento de desamparo.

O casamento e a vida em comum, para estas mulheres, estão associadas à idéia, de "melhorar de vida", de poder trabalhar para si mesma, embora a expectativa de abandono iminente também se faça presente. Isto não é apenas uma característica psicológica, mas vivências que "de um modo ou de outro, são socialmente produzidas", pelas vivências de abando

no na infância pelo pai ou pela mãe, ou por morte de um deles, por migração temporária em busca de melhores condições, ou, a inda, pela falta de recursos dos pais em garantir o sustento da prole, que, sem outro amparo, fica entregue a si mesma. (SA LÉM, 1981).

Há muitas pressões sociais, sobre o trabalho fe minino, no sentido de não se aceitar facilmente, nas mulheres, nem sequer as doenças que as afastem de suas atividades doméss ticas diárias, de modo especial na classe de baixa renda, onde há pouca possibilidade do trabalho ser feito por outrem. O mercado de trabalho, porém, exige que se ponha em prática es tratégias de sobrevivência que lancem mão do emprego feminino. Mesmo assim, continuam a existir tentativas de restringir a atividade feminina à casa, criando um verdadeiro "duplo víncu lo", uma solicitação contraditória mas sempre presente, a a tuar como fonte inesgotável de conflito e estresse. A pressão sobre a mulher é forte, mesmo quando o marido está presente. **O emprego e as tarefas caseiras fazem com que ela chegue às ve zes a trabalhar o dobro das horas que os maridos trabalham, a lém de lhes ser cobrado, também, o controle da prole. (DE PAULA e SCOTT, 1985). (Grifo nosso)**

A identidade masculina adulta e plena está asso ciada inextrincavelmente ao trabalho, que deve permitir o e xercício de qualidades físicas e mentais, e que permite o cum primento de duas funções básicas:

- manter o respeito (para os outros e dentro de casa)
- botar comida dentro de casa. (DUARTE, 1986).

O papel paterno inclui o controle dos filhos e filhas, de modo diferenciado: das filhas se exige o controle da sexualidade, dos filhos o controle das atividades profissionais ou do estudo preparatório para tal. Assim se procede, conscientemente ou não, com vistas a uma reprodução social do projeto familiar, tal como se deu na vida dos próprios pais. Nas famílias chefiadas por mulheres, todas estas tarefas têm de ser acrescentadas às normalmente desempenhadas. Acrescente-se a este quadro, o dado de que o trabalho feminino é geralmente menos remunerado que o masculino, e poderemos ter uma idéia da quantidade de pressões sociais e estresses a que as mulheres, principalmente as mais pobres, estão submetidas. Alienadas da percepção das suas condições reais de existência, elas se auto-representam como "frágeis", e "nervosas", atribuem a si próprias "fraqueza" e "pouca coragem" para o enfrentamento dos problemas...

Não é de se estranhar que a procura do médico seja muito mais freqüente para as mulheres que para os homens. Além do mais a assistência médico-previdenciária faz parte, fundamentalmente, da esfera feminina de atividades familiares, é ela quem leva os filhos e até mesmo o marido para a consulta; isto faz parte do seu papel de provedora dos cuidados e

do bem-estar da família.

Em poucas palavras, uma análise da situação da mulher mostra que há uma solicitação intensa de desempenho de papéis sociais diversos: ela é geralmente o ponto de coesão da família, além de ter uma atividade profissional fora de casa pela qual é geralmente mal remunerada. Se ela pertencer a uma classe de menor poder aquisitivo (como as entrevistadas do Grupo B) terá, além da dupla jornada de trabalho e baixa remuneração, as expectativas de "duplo vínculo" atuando como fonte inesgotável de estresse.

Alguns estudos mostram haver uma correlação positiva entre menor renda e mais hipertensão (ZIMMERMAN e HARTLEY, 1982; MENARD, 1987; LYNCH, 1986).

Embora muitos estudos médicos apontem a raça negra como um fator agravante para a Hipertensão Essencial, foi verificado que **brancos e negros do mesmo nível de renda tem índices iguais de hipertensão**, o que significa que a correlação real é entre Hipertensão e nível de renda, e não com raça (ZIMMERMAN e HARTLEY, 1982). Estudos realizados na Grã Bretanha, Finlândia, Noruega, Estados Unidos e França, mostraram que a **pressão arterial média é mais alta nas classes sócio-econômicas mais baixas**. (MENARD, 1987)

LYNCH (1986) demonstrou que a interação social

com pessoas de maior status é um fator estressante, que aumenta a pressão sanguínea em geral. Que conseqüências poderia ter este "efeito de status", por exemplo, para os negros americanos e para os desfavorecidos economicamente, que têm, comprovadamente, mais hipertensão? É fácil tecer a hipótese de que os indivíduos que têm menos renda, que estão mais baixos na pirâmide social e na hierarquia a ela associada, estejam muito mais expostos a este tipo de interação estressante, a qual, aliada ao estilo de vida consumista que caracteriza a modernidade urbana, cria uma superposição de condições estressantes, como pudemos verificar no universo pesquisado, que levam a mais Hipertensão Essencial.

Outro ponto importante deve ser levado em consideração: a literatura abordada é unânime em afirmar que a idade é um fator de risco para a Hipertensão Essencial: quanto mais velho, maior a possibilidade de ficar hipertenso. A faixa etária onde é mais freqüente o aparecimento da Hipertensão Essencial é a meia-idade (40 a 60 anos); isto se verificou também entre as entrevistadas, como um padrão. É importante, pois, tecer alguns comentários sobre a meia-idade, que passou-se a considerar como mais um dos fatores de risco para a Hipertensão Essencial, não isoladamente, mas fazendo parte de um conjunto de circunstâncias.

## **P A R T E I V**

- 1 - A CRISE DA MEIA-IDADE COMO FATOR DE RISCO**
  - 1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA MEIA-IDADE**
  - 1.2 - AS HIPERTENSAS E A CRISE DA MEIA-IDADE**
  - 1.3 - UM CASO DE CURA?**
- 2 - O MITO DA IGUALDADE FACE A DOENÇA**
- 3 - CONCLUSÃO**
- 4 - SUGESTÕES**
- 5 - BIBLIOGRAFIA**

## 1 - A CRISE DA MEIA-IDADE COMO FATOR DE RISCO

Apesar de se considerar a Hipertensão relacionada especialmente ao envelhecimento, verificou-se que em várias comunidades, geralmente isoladas e ditas "primitivas" (o planalto do Chile, a Ilha de Páscoa, Pukapuka, Tokelau, Papua Nova Guiné e partes da África e Ásia), pelo contrário, a pressão aumenta pouco ou nada como a idade (CRUZ-COKE, 1964) (PRIOR, apud OMS, 1978). Parece, pois, que existem outras variáveis, ligadas ao envelhecimento, que são mais importantes para o surgimento da doença hipertensiva que o envelhecimento puro e simples. Uma delas já foi objeto de nossas considerações, quando falamos sobre os efeitos da modernização, em especial o estresse do estilo de vida, gerado por um estilo capitalista de vida, em que a "Vida Boa" está diretamente associada à necessidade socialmente produzida de "ter" mais, ou de consumir cada vez mais. É neste contexto que situamos uma etapa especial do de

envolvimento da personalidade, a "crise" da meia-idade, pois, como veremos a seguir, é exatamente sobre o adulto de meia-idade que se concentram mais fortemente todas as pressões psicossomáticas e econômicas para a consecução do padrão ideal de vida.

### 1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA MEIA-IDADE

O adulto normalmente socializado tem ao seu dispor um repertório de papéis sociais. As fases iniciais da vida são de aprendizagem e ajustamento a estes papéis; o meio da vida, o início da segunda metade da vida, no entanto, geralmente traz consigo mudanças e é um tempo de suma importância psicossocial. Como diz Jung (1981):

*"O meio da vida é um tempo de desenvolvimento máximo, quando a pessoa ainda está trabalhando e operando com toda sua força e todo o seu querer. Mas, nesse momento, tem início o entardecer e começa a segunda metade da vida. A paixão muda de aspecto e passa a ser dever, o querer transforma-se inexoravelmente em obrigações; as voltas da caminhada, que antes estavam cheias de surpresas e descobertas, agora nada mais são do que ro*

*tina...Desenvolvem-se tendências conservadoras, se tudo está em ordem...Principia-se a prestar contas sobre a maneira pela qual a vida se desenvolveu até o momento. Procura-se encontrar suas motivações verdadeiras e surgem descobertas. O indivíduo consegue conhecer sua peculiaridade por meio da consideração crítica de si própria e de seu destino. Mas esses conhecimentos não lhe são dados de graça; Chega-se a tais conhecimentos apenas por abalos violentos."*

Outras considerações são importantes para compreender os conflitos das pessoas de meia-idade. São elas:

a) Encerramento de um ciclo vital reprodutivo (principalmente evidente nas mulheres); os filhos adolescentes ou "já criados" tornando o papel de mãe ou pai menos importante.

b) Pensamentos e sentimentos inevitáveis sobre a futuridade, o tempo e a morte. A perspectiva da velhice já mais próxima, com todo o estereótipo negativo e indesejável com que ela se reveste em nossa cultura voltada para a juventude (KASTEMBAUM e AISEMBERG, 1983).

c) Perdas importantes, iminentes ou já acontecidas, de pessoas queridas.

d) Mudanças da imagem corporal, adaptação ao papel de "coroas" ou "velhos".

e) A vivência de papéis de poder e status social ou a perda iminente deles.

Entre as experiências estressantes da meia-idade, uma ressalta sobremaneira : o pesado encargo econômico de manter a família, educar e encaminhar os filhos para a independência e manter algumas reservas para enfrentar a velhice. Aumentos relativamente altos nos ganhos (5 a 7% ao ano) ocorrem prioritariamente no início ou durante os primeiros anos da meia-idade, concomitantes com a máxima mobilidade ocupacional. Depois deste período, os ganhos tendem a crescer apenas com o crescimento da economia (grifo nosso), talvez 2 ou 3% por ano. Normalmente, o progresso nos ganhos é pequeno depois deste período e algumas pessoas tendem a interpretar isto como fracasso. A exceção é feita para pessoas altamente educadas, que tendem a avançar nos 40 ou 50 anos ainda com mobilidade ocupacional ascendente. (HAMBURG, et al, 1981)

Numa economia pouco estável como a brasileira, com a presença cada vez mais inquietante da inflação, a compressão salarial cada vez maior desgasta a qualidade de vida dos assalariados e trabalhadores, é de se esperar que um dos fatores mais estressantes na meia-idade seja ligado a con

dições econômicas e de trabalho, acrescido pelo conjunto dos outros fatores já citados. A supercarga de trabalho, mais a pressão de conflitos de papel são, para a maior parte das pessoas na meia-idade, as duas maiores condições produtoras de estresse (HAMBURG et al, 1981).

Com efeito, é na meia-idade que se desempenha o maior número de papéis sociais, desde os familiares aos ocupacionais. A consciência do tempo que passa obriga a fazer algumas revisões no projeto de vida, a atentar para as discrepâncias entre aspirações e capacidade de realização, quer na esfera ocupacional quer na dos relacionamentos interpessoais.

No caso das mulheres, cuja vida é marcada por ciclos biológicos socialmente determinantes, há a menopausa representando a saída do ciclo reprodutivo, com suas mudanças endócrinas e psicológicas concomitantes. A saída dos filhos de casa coincide com um tempo em que o companheiro, que também atravessa transições em sua vida, está menos disponível em tempo e emocionalmente do que em outras fases da vida em comum. Os contatos diminuem e a intimidade interpessoal também. Isto pode significar desde liberdade para investir em projetos pessoais potencialmente gratificantes, até, por exemplo, sensação de abandono e maior suscetibilidade a doenças. De qualquer forma, ocupação e trabalho são preocupações funda

mentais nesta fase da vida e grandes conflitos e pressões podem relacionar-se com o trabalho. Um estudo longitudinal (PEARLIN et alii, 1981) relaciona perturbações no trabalho - considerado como evento vital causador de estresses - com desgaste no auto-conceito, diminuindo auto-estima e auto-domínio e tornando a pessoa fragilizada e mais vulnerável ao estresse e à depressão. Os autores concluem apontando como maiores fontes de estresse : a experiência de muitas mudanças, muitos acontecimentos e a impossibilidade de se mudar condições crônicas no sentido desejado.

## 1.2 - AS HIPERTENSAS E A CRISE DA MEIA-IDADE

É interessante observar-se que a literatura sobre meia-idade - salvo melhor juízo - só se refere a pessoas de classe média ou alta (FISKE, 1979). Os nossos dados mostram, no entanto, que a crise da meia-idade (o conjunto de preocupações específicas que incluem fortes preocupações econômicas, profissionais, familiares, reavaliação do projeto de vida, aguda consciência do tempo e proximidade da morte e preocupações com a transcendência) não só existe entre pessoas de nível sócio-econômico inferior, como é até mais freqüente entre elas. O que acontece é que estas preocupações vêm a

somar-se com muitas outras referentes a sobrevivência e relacionamento familiar precário, e pouca ênfase é dada ao problema; no Grupo A, embora tenha sido menos referida; a ênfase dada à crise da meia-idade era muito maior.

No Grupo A, a tônica dos depoimentos é mais ou menos esta: o desencanto, a vida que "já não tem muitas novidades, parece não haver mais o que conquistar". E se questionam: "A vida é isso? Só?" "Dá aquela tristeza, aquela busca, sei lá..." "A gente fica sem saber (se vale a pena), a vida já passou tanto, tanto tempo já, né?" "Muita coisa do que fiz deu certo, os filhos estão bem, aprumados, a casa construída, mas, e eu? E eu?" "Agora que os filhos estão criados, eu sinto uma depressão enorme, porque eles saem, eu fico sozinha, sentindo um vazio..."

No Grupo B, aparece de forma acentuada uma crença na morte próxima. A consciência de que a doença é um fator determinante na diminuição da expectativa pessoal de vida, se combina com a sensação frequente de esgotamento, de extremo cansado, decorrente das condições de vida e de excesso de trabalho. Muitas estavam perto de se aposentar - o que representava uma expectativa positiva - mas acreditavam que não viveriam o suficiente para usufruir desta condição. A aposentadoria parece representar uma chance de - afinal - poder fazer algo de que se gosta, por distração, por prazer: lecionar, fa

zer crochê, tricô, dedicar-se à Igreja, cantar num coral...os projetos são diversos. Em comum, no entanto, há a crença de que nunca irão chegar lá, pois se sentem muito desgastadas pela doença e pela vida de muito trabalho:

*"Faltam 5 anos para eu me aposentar, mas eu acho que não chego lá não, por que vivo cansada, acho que é do que já trabalhei."*

*"Se chegar lá (ri, referindo-se à aposentadoria). Acho que vou morrer cedo porque a família por parte de pai e de mãe é tudo hipertenso (e morreram cedo).*

*"Tenho complexo de velhice, mas não posso mudar, é difícil mudar".*

Há quem se sinta injustificada pelo INPS, que, apesar dela solicitar, nunca a aposenta:

L.C. 57 anos, cozinheira diarista, que além de hipertensa, sofre de erisipela, e problemas no joelho e tem as pernas sempre dormentes e inchadas, diz:

*"Já fiz exame de nervos, exame de coração, e não atestaram (sua aposentadoria), acho que é porque tenho poucos anos de Instituto. O médico disse que é nervos".*

A maior parte (75%) das mulheres que foram abordadas desencadeou a doença hipertensiva por volta dos 40 anos de idade, o que coincide com o início da chamada meia-idade. Dentre estas, as que tinham maior apoio social - geralmente da família - ou um tipo de personalidade vigorosa, combativa, e um nível sócio-econômico mais alto, puderam retardar o início da doença em alguns anos; e há perfeita coincidência entre o desencadear da hipertensão e uma mudança em algumas destas condições. Por exemplo, perder a confiança na sua capacidade de mudar a própria situação doméstica, familiar, com a vivência acentuada de impasse existencial. Ou, também, a vivência de situações que intensificam antigos ressentimentos familiares, antes sob controle.

É de se notar, também, que a ausência destas condições que protegem a saúde, somada à vivência de dramas familiares, perdas afetivas fundamentais (por ex. a morte de um pai de família com muitas crianças, cuja mãe é doméstica) ou ainda estar sob efeito de tratamentos hormonais, foram fatores, entre outros onde incluimos a herança genética (pais com hipertensão), que determinaram a incidência da doença hipertensiva antes da faixa etária da meia-idade.

### 1.3 - UM CASO DE CURA?

M.M., 51 anos, professora primária aposentada, nos

informa que a sua pressão está normal, sem o uso de remédios.

Seu pai e a maior parte dos irmãos são hipertensos. O marido teve um grande enfarte aos 33 anos, outro aos 40, quando fez três pontes de safena, das quais duas infartaram algum tempo após. O pai de M. morreu do coração, e o cunhado também.

Costumava ter enxaqueca e síndrome de tensão pré-menstrual; após o 2º enfarte do marido - que, coincidiu com a morte do pai - iniciou Hipertensão Essencial. Tomou diuréticos, depois mudou para betabloqueadores. Mesmo tomando o remédio, quando tinha mais preocupações a pressão aumentava.

Aposentou-se, os filhos casaram e saíram de casa, ela mudou de uma casa em um bairro para um apartamento em outro bairro. Começou a fazer **Yoga e Acupuntura**. Deixou os remédios e fazia uma dieta prescrita pelo acupuntor. Desde a 2ª semana de tratamento ficou sem sintomas. Após o término do tratamento pela Acupuntura, não voltou mais a ter pressão alta, e às vezes tem queda de pressão (quando toma Resprin, por exemplo). Continua a praticar Yoga há mais de quatro anos, não faz dieta. Assumiu "a gordura, os cabelos brancos, a idade". Entrou para o Movimento de Renovação da Igreja Católica. Passou a encarar a vida de modo diferente, a não dar importância a pequenas coisas. Tem mais confiança no futuro e em Deus. Tem uma personalidade vigorosa e confiante, e sabe reagir às

situações na hora em que surgem. Tem muito apoio do marido , de maneira geral, e pertence ao grupo de nível sócio - econômico superior (Grupo A). Mais de um ano após a entrevista sua pressão continuava normal.

Como se pode notar, M. conseguiu reunir uma sêrie de condições favoráveis à saúde; tem bom nível sócio-econômico, apoio do marido, personalidade vigorosa, pratica uma religião e faz Yoga. Mudou seu estilo de vida e aceitou encarar de frente as mudanças em sua vida, tirando bom proveito do que foi possível. Enfim, mudou seu modo de pensar para uma maneira mais tolerante e que lhe dá calma. Além do mais, o tratamento pela Acupuntura - que considera pressão alta uma consequência de um tipo de vida e não uma doença - parece ter sido decisivo para o caso.

Se tantas "coincidências" puderam normalizar a pressão arterial de M. talvez fosse de bom alvitre tentar tratar os hipertensos seguindo o exemplo, atuando nas áreas de:

- personalidade (modo de reagir)
- ambiente (apoio possível da família e de grupos, por ex...religiosos)
- cuidado com o corpo (por ex...Yoga).

Este caso nos fez supor que o atual fracasso mê

dico na cura da Hipertensão pode ser atribuído ao fato de ser esta uma doença multicausada, cujo tratamento deve, pois, ser multifacetado, considerando outros tópicos além do orgânico propriamente dito.

Resumindo, propõe-se que a meia-idade deve ser encarada como um fator de risco para a Hipertensão Essencial devido à crise existencial que a caracteriza. Esta crise abrange uma revisão do projeto de vida, do que foi conseguido e do que pode - ou não - ser realizado ainda, trazendo consigo a angústia do tempo que passa e, muitas vezes, a falta de esperança em conseguir mudanças no sentido desejado. Esta, por sua vez, diminui o vigor do indivíduo em lutar pela mudança, levando-o a vivenciar sentimentos de impasse existencial, de incapacidade de gerir conflitos, a qual, aliada a um conjunto de fatores gerados pelo estilo de vida, estressante, alimentação inadequada e herança genética, atuam como fatores desencadeantes e/ou agravantes de quadros hipertensivos.

## 2 - O MITO DA IGUALDADE FACE À DOENÇA

Acredita-se que a Hipertensão Essencial não tem

incidência diferenciada por classe social, atingindo igualmente pobres e ricos. Abordou-se informalmente clínicos gerais, cardiologistas, além de dois pesquisadores dos aspectos psíquicos da hipertensão, sobre a relação entre a doença e o nível sócio-econômico: as respostas foram cautelosas e negativas, isto é, não há evidências estabelecidas que diferenciem a incidência por classe social.

Esta crença é respaldada por boa parte da literatura que se consultou, muitos trabalhos sequer mencionam o tópico das desigualdades sociais.

A orientação médica aos pacientes, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (1983), geralmente envolve os seguintes itens:

- dieta: restrição de sal e perda de peso.
- medicação específica a ser tomada regularmente daí em diante.
- exercícios físicos regulares.
- não fumar.

A guisa de recomendação, pode ser também incluída a sugestão de controlar o "nervoso", procurar não se emocionar muito, evitar emoções fortes. Nesta situação há alguns pressupostos implícitos, resenhados por BLACKBURN, (1984) e

que são da maior importância:

- a) Supõe-se que há receptividade e aceitação por parte dos pacientes, isto é, que ele **ouve e aceita o que o médico diz.**
- b) Supõe-se que os pacientes **entendem e compartilham o significado** do que o médico diz.
- c) Supõe-se que há intenção dos pacientes em **mu**dar seu comportamento na direção da recomendação médica.
- d) Supõe-se que os pacientes **têm habilidades com**portamentais para fazer as mudanças prescritas.
- e) Supõe-se existir **apoio** para as mudanças **nece**sárias, no ambiente de casa ou trabalho.

Como todas estas condições muitas vezes não se completam, a aderência ao tratamento tende a ser "privilégio" de alguns. Os tratamentos mais modernos incluem também uma atenção psicológica, com uso de técnicas de biofeedback, **re**laxação (WARREN and WARREN, 1977), (MARMOT, 1985), ou, ainda, uma combinação de modificação de comportamento, usando as **téc**nicas psicológicas já mencionadas, e mais exercícios **respira**

tórios, meditação transcendental e ensinamentos de como en frentar o estresse, associando com tratamento através de dro gas anti-hipertensivas. (PATEL et alii, 1985).

No caso da Hipertensão, no entanto, o tratamento se torna muito difícil de ser cumprido, por uma série de cir cunstâncias bem especiais. A mais importante delas é que mui tas pessoas que são, de fato, hipertensas, não tem consciên cia do fato, a não ser quando os sintomas se agravam perigosa<sup>mente</sup>. Há referências de que pessoas com nível educacional e classe social mais baixa, proporcionalmente, buscam menos o tratamento médico que os grupos de maior poder aquisitivo, em bora a prevalência de Hipertensão seja mais alta entre eles . Isto é atribuído a fatores variados, mas principalmente aos que derivam de condições inadequadas de trabalho. (MENARD et alii, 1987).

Dentre os que buscam atenção médica e são rotula dos como hipertensos, alguns passam a ter menor bem-estar psi cológico devido à forma como o diagnóstico é apresentado. Quan to menos apoio receber do profissional de saúde em seguida ao diagnóstico, maior a possibilidade de sentir-se pior do ponto de vista psicológico; (MACDONALD et al, 1984). Como a Hiper<sup>tensão</sup> é uma doença dita crônica, que necessita de controle constante, esta perspectiva é geradora de ansiedade, mais ain<sup>da</sup> devido aos riscos cardíacos, renais e outros, que estão envolvidos.

Num programa de controle da Hipertensão, WILLIAMS et al (1985) apontam a variável **apoio social** como muito importante para a adesão ao tratamento médico e o controle da doença. **O padrão de comportamento é diferente para homens e mulheres:** estas seguem mais o tratamento que os homens, dentre os 51% que continuaram o tratamento. Os que desistiram do tratamento se caracterizam por menor educação formal, pior percepção de saúde, e pior escore em morbidade. De maneira geral, os que desistem do tratamento e os que não conseguem controlar a Hipertensão têm maior nível de estresse, ou menos capacidade de enfrentá-lo, além de menos apoio social percebido.

Como se pode concluir facilmente do que foi exposto, apenas uma pequena parcela pode se beneficiar do tratamento médico, e uma parcela menor ainda é capaz de utilizar tratamento psicológico associado, uma vez que estes não são institucionalizados e, quando existem, só são acessíveis a uma parcela privilegiada de população.

Além de tudo isto, é importante notar que as recomendações médicas envolvem uma séria mudança de hábitos, que às vezes são profundamente arraigados na maneira de ser e de viver, legitimados por crenças e valores populares como é o caso da preferência por alimentos gordurosos e pela corpulência entre as mulheres mais pobres.

Nos dois grupos que entrevistamos, algumas nunca fumaram, uma boa parte deixou de fumar por recomendação médica, e muito poucas continuaram com o hábito, mas com menor intensidade (fumam menos cigarros por dia). Nenhuma das entrevistadas fazia exercícios físicos regulares, apenas uma do Grupo A praticava Yoga regularmente.

Algumas delas ouviam de seus médicos a recomendação de "evitar emoções fortes", à guisa de conselho que se sabia de antemão impossível de cumprir..

Quanto ao uso da medicação prescrita pelo médico, verificamos que a metade das entrevistadas usa-a diariamente, enquanto que a outra metade só faz uso da medicação durante as crises hipertensivas. Dentre as que fazem uso diário de medicamentos, quase todas são do Grupo A; as do Grupo B geralmente só utilizam a medicação prescrita nos momentos de crise hipertensiva. No entanto, isto não significa que elas não sintam a necessidade de se medicar, na maior parte das vezes é o preço do remédio que o torna proibitivo para o orçamento delas. Mas há outros fatores que influenciam: os efeitos colaterais dos remédios, tais como-fraqueza, sonolência, boca seca, micção frequente, e o efeito cognitivo desempenhado pela idéia de que a medicação deverá ser utilizada por toda a vida.

Alguns efeitos colaterais tendem a aumentar até

mesmo a taxa de absenteísmo ao trabalho; em parte isto se deve à depressão ou ansiedade ligadas à consciência de estar doente e as queixas mais frequentes referem cansaço, dor de cabeça e tontura, boca seca ou gosto ruim na boca, fatores que reduzem o bem estar do indivíduo na sua vida diária (BULPITT and FLETCHER, 1988).

Muitas das entrevistadas têm a convicção de que sua situação é também existencial, além de médica. Há nos depoimentos, de modo geral, uma insatisfação com a conduta médica que valoriza os sintomas físicos e esquece o contexto sócio-psicológico do paciente. Nada é feito em relação ao manejo da situação social e emocional do doente, e o tratamento é apenas voltado para a sintomatologia física. Como a Medicina Científica não reconhece possibilidade de cura para esta enfermidade, as perspectivas apresentadas ao paciente são controlar sua Hipertensão ou piorar sua condição de saúde. A perspectiva sombria do ataque cardíaco, do derrame, de ficar dependente dos outros por hemiplegias, ou mesmo o temor da morte, aparecem com frequência nos depoimentos.

Devido a este conjunto de fatores, e por reconhecer a necessidade do tratamento, há um apelo à medicina popular bem mais frequente entre as mais pobres. O uso do alho é muito comum, beber água de côco, tomar chá de casca de chuchu e ainda o uso (citado por uma pessoa do Grupo A) de lecitina de soja. O mais usado pelas mulheres do Grupo B é o chá

de casca de chuchu, que de acordo com informações que se pôde obter, teria propriedades diuréticas.

EGAN et al (1983), num estudo comparativo entre hipertensos essenciais controlados e resistentes ao tratamento, mostram que há uma associação com mudanças no estilo de vida. Os hipertensos controlados tiveram mudanças do tipo seguinte: livrar-se de uma hipoteca, mudar para um tipo diferente de trabalho, ou tirar férias. Os hipertensos não controlados - que não obtiveram sucesso no programa, haviam experienciado mais mudanças de vida que os controlados, da maneira como segue: mudanças pessoais no hábito de dormir, fumar, nas roupas, nas maneiras, no lazer e nas atividades sociais, por conta de mudanças no relacionamento marital ou de morte de um dos membros da família e amigos íntimos. Os autores concluem que o indivíduo que entra em estresse psicológico e continua sendo solicitado a funcionar com as responsabilidades habituais de trabalho e de casa, terá menos energia disponível para fazer as mudanças necessárias à melhora de sua condição de saúde; a medicação, por si só, parece ineficaz para o indivíduo nesta situação.

Portanto, utilizar apenas o recurso da medicação é não tratar adequadamente o problema, focar apenas um dos seus múltiplos aspectos, cair num reducionismo que prejudica a visão total da situação.

Resumindo, há um conjunto de fatores culturais que fazem com que a "igualdade" perante a doença seja apenas um artefato ideológico alienante - a que denominamos Reducinismo III - pois há padrões desiguais, diferentes e específicom relacionados com a posição na hierarquia social e status sócio-econômico, tanto em relação às circunstâncias que levam a adoecer, quanto ao enfrentamento da doença e nos recursos disponíveis.

### 3 - CONCLUSÃO

A autora tenta caracterizar a Hipertensão Essencial como uma "aflição físico-moral" ligada ao "nervoso", que é categorizado na literatura médico-psicológica e também vulgarizado como "emocional". Sendo um distúrbio cardio-vascular, a Hipertensão Essencial é ligada ao sangue, sua circulação no corpo (aspecto físico) e também ao "nervoso" ou "emocional" (aspecto moral) pois está relacionada às emoções e ao estilo de vida do indivíduo.

Do ponto de vista intrapessoal, interno, há um reconhecimento de que o "emocional" se relaciona com substâncias corporais, predisposições genéticas de funcionamento orgânico, produzindo força ou fraqueza, suscetibilidade ou resistência. Há uma sensibilidade que pode ser "irritada" com facilidade, por causas físicas (ex. superesforço) ou morais (ex. raiva, contrariedade). Dentro deste enfoque, a possibilidade da resistência se liga a qualidade da personalidade como vigor, confiança e assertividade.

Do ponto de vista das influências culturais, focalizou-se o relacionamento interpessoal como o locus da reprodução dos valores culturais e da sua manutenção através do desempenho de papéis familiares e ocupacionais. Sugere-se que a Hipertensão Essencial está relacionada a uma boa socialização, isto é, a uma forte adoção de valores culturais, associada a dificuldades em manipular situações sociais de maneira favorável.

Há forte relação entre a Hipertensão Essencial e o modo de vida nos grandes centros urbanos, associado à diminuição da qualidade de vida resultante da "modernidade urbana". A exposição à violência urbana, a falta de apoio social, o excesso de trabalho ligado a baixo poder aquisitivo, a dificuldade dos relacionamentos interpessoais importantes (ligados principalmente à família), somados à enorme pressão consumista que caracteriza o ideal de vida capitalista, formam o "caldo de cultura", o cenário onde a Hipertensão assume dimensões cada vez mais assustadoras.

Outras influências culturais foram enfocadas como aspectos cruciais na construção diferencial das identidades: o papel do gênero feminino e sua relação com o adoecerão são bastante peculiares. A mulher é o "pólo privilegiado de ausculta" na nossa cultura e representa a maior parte da demanda às terapêuticas em geral, além de serem o alvo mais frequente das investigações científicas. De fato, a literatura

consultada e os dados obtidos em entrevistas prévias, realizadas com alguns médicos, apontaram maior demanda terapêutica entre as mulheres. Os dados coletados mostram que **as mulheres de maior poder aquisitivo seguem mais as prescrições médicas**. Defende-se aqui o ponto de vista de que o fator econômico não é o único determinante para esta situação, que está sob forte influência cultural. O modo como são construídas as identidades sociais e a ideologia subjacente que elas refletem, determinam o comportamento frente à doença e ao modo de tratá-la. Como se verificou, o ato de compartilhar simbolicamente das crenças e valores da ideologia individualista torna "natural" a aderência às suas terapêuticas. No grupo de menos poder aquisitivo, o estilo de vida é mais patogênico, o acesso à medicação é menor e a adoção de medidas terapêuticas às vezes esbarra em padrões e valores diferentes, que são fruto das condições de vida e das estratégias de sobrevivência adotadas. Tome-se o exemplo da recomendação médica para emagrecer, no caso das hipertensas. Para as mulheres das classes média e alta, ser esbelta é um padrão desejável, mas o mesmo não ocorre com as mulheres de classe baixa, onde a corpulência é atributo desejável e apreciado, dificultando pois o cumprimento da recomendação médica.

Enfatizou-se também o fator cronológico, cristalizando-se a meia-idade como uma fase de revisões existenciais e, principalmente, como período áureo da construção da

realidade cultural, traduzindo-se na solicitação múltipla de desempenho de papéis, com inevitáveis exigências conflitivas. O aumento das interações sociais, da taxa de fala envolvida nestes contatos e, em última instância, dos estímulos sociais representados pelas pessoas com quem se tem contato, atuam como um "gatilho" para o surgimento da Hipertensão Essencial em pessoas geneticamente suscetíveis a este padrão de resposta.

O nível sócio-econômico inferior parece acumular condições patógenas para a doença, mas as mais favorecidas e economicamente são também atingidas, o que vem a mostrar que o estilo de vida inerente à cultura da modernidade urbana pode ser tão patógeno quanto bactérias ou microrganismos. Adoecer neste contexto pode representar uma reação legítima diante de ameaças à integridade como pessoa, como ser social.

As causas biológicas são tratadas com medicação apropriada, enquanto que os fatores sociais geralmente permanecem ignorados ou não são levados em conta pela terapêutica médico-científica atual. Defende-se aqui a necessidade de uma mudança de paradigma científico no enfoque da Hipertensão Essencial. Propõe-se a recusa da visão tradicional fragmentada e individualizante - cujas raízes remontam ao pensamento cartesiano - e o desenvolvimento de uma alternativa multidisciplinar, multifacetada, para a compreensão da Hipertensão Essencial dentro de um significado também existencial e cultural.

Talvez o índice cada vez mais alto de Hipertensões Essenciais deva ser encarado como um alerta, uma denúncia sem palavras de um estilo de vida desumanizante, do extremo individualismo alienante gerado pelas condições da modernidade urbana - esta sendo a grande "crise moral" onde se insere o indivíduo que adocece.

#### 4 - SUGESTÕES

Alguns tópicos não puderam ser melhor explorados no presente trabalho; no entanto podem representar uma rica fonte de novas informações sobre o assunto. Sugere-se, para estudos futuros, pesquisas sobre o papel desempenhado pela alimentação, nos diferentes grupos sociais, e sua relação com a Hipertensão Essencial. Sabe-se que obesidade pode levar à Hipertensão, mas como é a dinâmica desta relação? Qual a influência do grau de adoção dos padrões culturais, incluindo aí os padrões de dieta? Que condições criam suscetibilidade, haveria uma dieta mais frequente em hipertensos, seria diferente do padrão alimentar dos normotensos?

Ficam as indagações a título de estímulo a novas descobertas.

Sugere-se ainda uma ação terapêutica integrada, para o tratamento da Hipertensão Essencial, que considere a pessoa como uma totalidade bio-psico-social. Para tanto, faz-se necessária uma equipe multidisciplinar, da qual fariam parte médico, enfermeira, nutricionista, assistente social e psicólogo. Ao médico caberia o 1º contato com o paciente, para avaliação, exames e diagnóstico. Os contatos posteriores dependeriam da gravidade da condição clínica do paciente e adaptação à medicação. Paralelamente, o paciente seria atendido pela enfermagem, para maiores esclarecimentos sobre sua doença, o objetivo do tratamento, os fatores de risco e possíveis efeitos da medicação prescrita. À nutricionista caberia demonstrar a importância do controle do peso e uma orientação sobre cardápios, se possível adaptando-os às preferências alimentares e ao poder aquisitivo; prestaria também assistência durante a mudança de hábitos alimentares. A assistente social atuaria com o paciente visando atingir a família e a comunidade, num trabalho de conscientização sobre a importância de condições adequadas de trabalho, de alimentação, de fontes de apoio social, e da qualidade dos relacionamentos interpessoais. O psicólogo daria informações sobre como enfrentar o estresse, o uso de técnicas de relaxação - para o paciente - e orientaria os familiares a interagir com este de forma a estimular e ajudar o desenvolvimento de auto-controle e auto-confiança.

Desta maneira seria proporcionado um cuidado in

tegral de saúde ao paciente, ao mesmo tempo que se conscientizariam pequenos núcleos da comunidade, envolvendo-os de forma positiva no controle da doença hipertensiva.

Como última sugestão, recomenda-se que devem ser valorizados os recursos e as práticas informais, populares, de tratamento, observando-se as limitações da sua eficácia.

## 5 - BIBLIOGRAFIA

ANDRIEN, L. Cardiovascular effects of noise. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, suppl. 657, 1982. p.7-14.

ARGYLE, M. A Interação Social. Rio, Zahar, 1976. 571p.

ALEXANDER, Franz. *Psychosomatic Medicine*. New York , Norton & Company, 1950. 300 p.

BERGER, P. e LUCKMANN, Th. *A Construção Social da Realidade*. Rio, Vozes, 1973. 247p.

BEAGLEHOLE, R. et alii. Blood pressure in tokelauan children in two contrasting environments. *American Journal of Epidemiology*, 108:283-8, 1978.

- BLACKBURN, H. The primary prevention of high blood pressure; a population approach. *Annals of Clinic Research*, 43 (16): 9-17, suppl. 1984.
- BLUMHAGEN, Dan. A folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4: 197-227, Dec. 1980.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 191 p.
- BULLPIT, C. and FLETCHER, A. Importance of Well-Being to Hypertensive Patients. *The American Journal of Medicine*, 84 suppl. 1B pp.40-46, jan, 1988.
- COTTINGTON, E. et alii. Psychosocial factors and blood pressure in the Michigan Statewide of blood pressure survey. *American Journal of Epidemiology*, 121 (4):515-27, 1985.
- CRUZ-COKE, R. et alii - Influence of Migration on Blood-Pressure of Easter Islanders. *Lancet*, London 1 (7335): 697-9, mar. 1984.

- DAHL, L.K. Salt and hypertension. *American Journal of Clinical Nutrition*, 25: 231-44, 1972.
- DEMO, Pedro. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo, Atlas, 1981. 255 p.
- DE PAULA, R. e SCOTT, R.P. Terapia Familiar, Duplo Vínculo e o Contexto Sócio-Cultural do Recife. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34 (5), p.327-336, 1985.
- DEPRESSION, Stress and immunity. *Lancet*, London, 1 (8548): 1467-8, June, 1987.
- DIAMOND, Eric. The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92 (2): 410-33, September, 1982.
- DRESSLER, W. et alii. Arterial blood pressure and modernization in Brazil. *American Anthropologist*, 89 (2): June, 1987.
- DUARTE, L.F.D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986, 290p.
- EGAN, K.J. et alii. The impact of psychological on the control of hypertension. *Journal of Human Stress*, 9(4): 4-10, Dec. 1983.

- FISKE, M. *Meia idade*. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1979. 128p.
- FREYRE, Gilberto. *Médicos, doentes e contextos sociais; uma abordagem sociológica*. Porto Alegre, Globo, 1983. 286p.
- GROSS, F. et alii. *Tratamento de la hipertension arterial; Guia practica para el medico y otros agentes*. Genebra, OMS, 1985. 79p.
- GUTHRIE, George et alii. Symptoms of stress in four societies. *The Journal of Social Psychology*, 95(2):165-72, April, 1975.
- HALBERSTEIN, R.A. et alii. Bio-social aspects of high blood pressure in people of the Bahamas. *Human Biology*, 56 (2): 317-28, May. 1984.
- HAMBURG, David & HAMBURG, Beatrix. Occupational stress, endocrine changes, and coping behavior in the middle years of adult life. In: LEVI, Lennart (ed.) *Society, stress and disease*. Oxford, University Press, 1981.

- HELLER, R.F. et alii. Blood pressure measurement in the United Kingdom heart disease prevention project. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32: 235-9, 1978.
- HOLAHAN, Charles J. & MOOS, Rudolf H. Life stress and health; personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3): 739-47, 1985.
- JOHNSTON, D.W. Can and should type A behaviour be changed? *Postgraduate Medical Journal*, 62: 758-8, 1986.
- \_\_\_\_\_. Invited review; psychological interventions in cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (5): 447-56, 1985.
- JUNG, C.G. *O desenvolvimento da personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1981. 223p.
- KAPLAN, D. & MANNERS, R. *Teoria da cultura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981. 305p.
- KASTEMBAUN, R. & AISEMBERG, R. *Psicologia da morte*. São Paulo, EDUSP, 1983. 445p.

KOBASA, S. et alii. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of health and social behavior*, 22: 368-78, December, 1981.

LACHMAN, Sheldon. *Distúrbios psicossomáticos; um interpretação behaviorista*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1974. 197p.

LAKEY, Brian & HELLER, Kenneth. Response biases and the relation between negative life events and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (6): 1662-8, 1985.

LANDY, David ed. *Culture, disease and healing; Studies in medical anthropology*. London, Collier Macmillan, 1977. 559p.

LYNCH, J.J. *The language of the heart*. New York, Basic Books, 1983. 349 p.

MACDONALD, L.A. et alii. Labelling in hypertension; a review of the behavioral and psychological consequences. *Journal of Chronic Diseases*, 37 (12): 933-42, 1984.

- MACIEL, C.L. Cuidado, hospital! uma visão crítica. *Psicossomática*, Recife, 3 (4): 123-5, out./dez., 1987.
- MARMOT, M.G. Psychosocial factors and blood pressure . *Preventive Medicine*, 14: 451-65, 1985.
- MELLO FILHO, Julio. *Concepção psicossomática:visão atual*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979. 214p.
- MENARD, J. et alii. Influência das categorias ocupacionais na prevalência dos fatores de risco cardiovascular da hipertensão e seu controle 1987, n.3. Publicação do Laboratório Merck Sharp & Dohme.
- MORRISON, R. et alii. Role of social competence in borderline essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53 (2): 248-55, 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de um Comité de expertos. Ginebra, 1978. 27p. (Informes Técnicos , 628)
- \_\_\_\_\_. *Prevenção primaria de la hipertension essencial* . Ginebra, 1983. 44p. (Informes Técnicos, 686).

- PAES, N.A. Mortalidade no Recife; aplicação de um modelo de riscos competitivos. *Rev. Saude Publica*, 19: 251-62, 1965.
- PAIVA, L. Miller de. Neuroses cardiovasculares. In: *Medicina psicossomática*. São Paulo, Artes Médicas, 1966. Cap. 44 p. 537-799.
- PATEL, Ch. et alii. Trial of relaxation in reducing coronary risk; four years follow-up. *British Medical Journal*, 290: 1103-6, April, 1985.
- PEARLIN, L. et alii. The stress process. *Journal of Social Behavior*, 22 (4): 337-56, December, 1981.
- PINTO, R.P. et alii. Behavioral instruction for a patients relative to increase antihypertensive compliance. *Psychosomatics*, 26 (8): 677-9, Aug. 1985.
- RODRIGUES, A.M. *Operário, operaria*. São Paulo, Símbolo, 1978. 144p.
- SALEM, Tania. *O velho e o novo*. Petrópolis, Vozes, 1980. 240p.

- SALEM, Tania. Mulheres faveladas: com a venda nos olhos. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*, 1 p.49-99, 1981.
- SIGERIST, H. The special position of the sick. In: LANDY, David. *Culture, disease and healing*. New York, Mac Millan, 1977. p.385-393.
- STEDMAN'S Medical Dictionary. Baltimore, Williams-Wilkins, 1976.
- SILVA, Edith Seligman. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: ANGERAMI, V. org. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo, Traço, 1986. p.54-132.
- TIMIO, M. *Classes sociales y enfermedad*. México, Nova Imagem, 1980. p.82-92.
- TOTMAN, R. *Causas sociais da doença*. São Paulo, Ibasá, 1982. 280p.
- VAN DER PLOEG, H.M. et alii. The role of anger in hypertension. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4): 186-93, 1985.

WILLIAMS, C.A. et alii. The edgecombe county high blood pressure control program; III social support, social stressors, and treatment dropout. *American Journal of Public Health*, 75 (5): 483-6, 1985.

ZALUAR, A. *A máquina e a revolta*. São Paulo, Brasiliense, 1985. 265p.

ZIMMERMAN, M. & HARTLEY, W. High blood pressure among employed woman; a multi-factor discriminant analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23: 205-20, September, 1982.

**MÁRCIO MARQUES -2712444-15**  
**DATILOGRAFIA-IMPRESSÃO**