

FLÁVIA URBINI DOS SANTOS

**RELAÇÃO ENTRE EVENTOS ESTRESSORES E
URGÊNCIA HIPERTENSIVA EM MULHERES**

PUC - Campinas

2007

FLÁVIA URBINI DOS SANTOS

**RELAÇÃO ENTRE EVENTOS ESTRESSORES E
URGÊNCIA HIPERTENSIVA EM MULHERES**

PUC – Campinas

2007

FLÁVIA URBINI DOS SANTOS

**RELAÇÃO ENTRE EVENTOS ESTRESSANTES E
URGÊNCIA HIPERTENSIVA EM MULHERES**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Centro de Ciências da Vida da
PUC – Campinas, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Orientadora: Dra. Marilda Emmanuel de Novaes Lipp

PUC – Campinas

2007

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.132 Santos, Flávia Urbini dos
S237r Relação entre eventos estressores e urgência hipertensiva em mulheres / Flávia Urbini
dos Santos. - Campinas: PUC-Campinas, 2007.
111p.

Orientadora: Marilda Emmanuel de Novaes Lipp.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

1. Hipertensão. 2. Hipertensão - Tratamento. 3. Stress (Psicologia). 4. Mulheres -
Aspectos Psicológicos. 5. Emergências Médicas. I. Lipp, Marilda Novaes. II. Pontifícia
Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

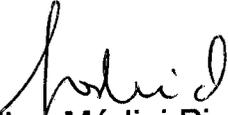
22.ed.CDD – t616.132

FLÁVIA URBINI DOS SANTOS

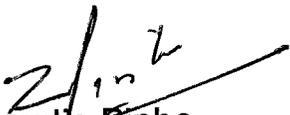
**RELAÇÃO ENTRE EVENTOS ESTRESSORES
E URGÊNCIA HIPERTENSIVA EM MULHERES**

BANCA EXAMINADORA


Presidente e Orientadora: Prof^a Dra. Marilda E. Novaes Lipp


Prof^a Dra. Elisa Médici Pizão Yoshida


Prof^a Dra. Maria Adélia Jorge MacFadden


Prof. Dr. Claudio Pinho

Prof. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Sousa

Campinas, 07 de Fevereiro de 2007.

Agradeço a Deus a oportunidade de colocar
ao meu lado pessoas tão especiais.

Agradecimento especial

À minha querida orientadora **Dra. Marilda Lipp**, que me ensinou a acreditar que sou capaz de vencer meus objetivos usando minhas próprias habilidades. Que confiou no meu trabalho e me ensinou admirar no ser humano a pessoa que luta sem medo de vencer. Obrigada pela oportunidade de estar ao seu lado durante toda esta caminhada.

Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que incentivaram e acreditaram em mim em toda a minha vida e em especial nesta conquista. Agradeço a todos com muito carinho pela imensa atenção e paciência, mas não poderia deixar de agradecer em especial:

Meu pai **José Flávio** e minha mãe **Zilda** por demonstrarem muita confiança e orgulho nos momentos em que me foram difíceis. Sempre me apoiando e acreditando no meu potencial.

Minha irmã **Carolina** que me ensinou a lutar pelos meus sonhos.

Meu namorado **Rodrigo** pelo carinho e compreensão nos momentos de ansiedade.

À minhas amigas **Ana Carolina, Sabrina, Isolina e Aline** que me auxiliaram durante toda a caminhada.

À equipe de amigas do **Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress**, pelo apoio e carinho.

Dr. Cláudio Pinho por me proporcionar maior conhecimento sobre meu objeto de estudo.

Aos responsáveis e funcionários do **Centro de Saúde de Mogi-Guaçu e Campinas** por ter disponibilizado o local para que eu realizasse meu trabalho.

Aos participantes que se dedicaram e confiaram neste estudo.

Ao **CNPQ**, pelo auxílio da bolsa de estudos, viabilizando a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	iv
LISTA DE ANEXO.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
APRESENTAÇÃO.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
- Hipertensão.....	1
- Aspectos Psicológicos da hipertensão.....	8
- Crise hipertensiva e urgência hipertensiva.....	12
- Stress.....	18
- Aspectos psicológicos na cardiologia.....	25
OBJETIVOS.....	28
MÉTODO.....	29
- Participantes.....	29
- Instrumentos.....	30
PROCEDIMENTO.....	32
RESULTADOS.....	34
DISCUSSÃO.....	58
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXOS.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Descrição da faixa etária da amostra.....	35
Figura 2. Descrição da escolaridade da amostra.....	36
Figura 3. Descrição do estado civil da amostra.....	37
Figura 4. Descrição da religião da amostra.....	38
Figura 5. Presença de stress na amostra.....	40
Figura 6. Fase do Stress na amostra.....	41
Figura 7. Predominância do tipo de sintomas na amostra.....	42
Figura 8. Predominância de sintomas Físicos e Psicológicos.....	43
Figura 9. Sintomas Físicos predominantes nos 8 participantes na fase de resistência.....	44
Figura 10. Sintomas Psicológicos predominantes nos 8 participantes na fase de resistência.....	45
Figura 11. Número de pessoas na fase de quase exaustão e seus sintomas físicos mais freqüentes.....	46
Figura 12. Número de pessoas na fase de quase exaustão e seus sintomas psicológicos mais freqüentes.....	47
Figura 13. Fase do stress na faixa etária 45 – 50 anos de idade.....	48
Figura 14. Sintomas psicológicos predominantes na faixa etária entre 45 e 50 anos de idade.....	49
Figura 15. Sintomas físicos predominantes na faixa etária entre 45 – 50 anos de idade.....	50
Figura 16. Fase do stress na faixa etária 70 – 75 anos de idade.....	51

Figura 17. Sintomas físicos predominantes na faixa etária entre 70 – 75 anos de idade.....	52
Figura 18. Sintomas psicológicos predominantes na faixa etária entre 70 – 75 anos de idade.....	53
Figura 19. Número de pessoas que responderam a cada categoria.....	54

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
Anexo B. Ficha de Identificação.....	78
Anexo C. Escala de Fontes de Stress.....	79
Anexo D. Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuário.....	80
Anexo E. Apostila: O Stress: Conceitos Teóricos.....	81
Anexo F. Caracterização da Amostra.....	85
Anexo G. Número de estressores por categoria e participante.....	86
Anexo H. Dados de identificação de cada respondente e resposta à questão nº 28 da Escala de Fontes de Stress.....	87
Anexo I. Glossário Termos Médicos.....	94

Santos, F.U. (2007). Relação entre eventos estressores e urgência hipertensiva em mulheres. Dissertação de Mestrado, PUC - Campinas.

Resumo

A hipertensão tem sido muito estudada pelos profissionais da área da saúde. Considera-se a hipertensão uma doença causada pela associação de diferentes fatores de risco, entre eles o *stress*. Os efeitos do *stress* no paciente hipertenso, assim como em pacientes com outras doenças, vêm merecendo atenção, considerando-se sua grande influência. O objetivo deste estudo foi avaliar a possível relação entre os eventos estressantes e a ocorrência da urgência hipertensiva. Participaram vinte mulheres com idade média de 45-55 anos. Os dados foram coletados em um único encontro com o paciente em urgência hipertensiva. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos e Escala de Fontes de *Stress*. A maioria dos participantes apresentou o diagnóstico de *stress* e a média do número de fontes estressoras presentes nos últimos seis meses foi 3,15. O tipo de fonte de *stress* mais freqüente foi a ameaça à integridade. Esses resultados sugerem novas pesquisas nessa área com maior número de participantes para uma melhor compreensão da influência dos eventos estressantes na ocorrência da urgência hipertensiva.

Palavras-chave: urgência hipertensiva, *stress*, eventos estressores.

Santos, F.U. (2007). Stressful events and the hypertensive urgency in women. Master Dissertation. PUC - Campinas

Abstract

Hypertension has been studied by many health professionals. According to many researches hypertension is caused by an association of many different risk factors, and stress could be one of them. There are several of studies that demonstrate stress effects on hypertensive patients. The purpose of this study was to verify the possible association between stressful events and hypertensive crises occurrence. This sample was comprised by 20 women whose age was around 45-55. All data were collected in one-section interview with hypertensive urgency patients, and the instruments used were: The Inventory of Stress Symptoms (ISSL), and the Stress Sources Scale. According to the results, most of the subjects had the stress diagnosis, and the present stressors average in the last 6 months was 3,15. The most frequent stressor found was threat to personal integrity. These results suggest that new and larger researches are necessary to deeply understand the influence of stressful events on the hypertensive urgency occurrence.

Key-words: hypertensive urgency, stress, stressful events.

Apresentação

O presente estudo constituiu-se, para mim, uma grande oportunidade como pesquisadora, e espero que seja uma contribuição para a Psicologia e a Medicina, em especial à Cardiologia.

A hipertensão arterial sistêmica, por ser doença de grande prevalência no mundo e no Brasil, tem sido bastante estudada e pesquisada em diferentes áreas da Psicologia e da Medicina. O *stress* – uma reação do organismo diante de novos eventos ou diante da necessidade de novas adaptações – vem sendo considerado um dos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento ou desencadeamento de diferentes doenças, dentre elas a hipertensão e as urgências hipertensivas (uma das mais graves complicações da hipertensão não diagnosticada e não tratada).

Fatores externos e internos podem ser fontes de *stress* para os indivíduos que não desenvolveram habilidades de enfrentamento adequado. Já foram realizados diversos estudos que relacionam o *stress* emocional ao surgimento de doenças, no entanto poucos são os que enfatizam o papel das possíveis fontes estressoras no desencadeamento e desenvolvimento das urgências hipertensivas.

O interesse por este trabalho, que teve como objetivo avaliar a relação entre as fontes estressoras e as urgências hipertensivas, surgiu em outubro de 2003 com a experiência que tive como bolsista de aperfeiçoamento em pesquisa financiada pelo CNPq, no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* (LEPS) da Puc–Campinas: “O Treino Cognitivo de Controle de Raiva e seus Efeitos na Reatividade Cardiovascular em Momentos de *Stress* Interpessoal”.

Os trabalhos desenvolvidos no LEPS, coordenados, dirigidos e orientados pela Professora Dra. Marilda Lipp, buscam estabelecer as possíveis relações entre o *stress* e as diferentes doenças. Diante disso, este estudo teve por objetivo avaliar a possível relação entre os eventos estressores e o desencadeamento da urgência hipertensiva.

O presente trabalho constitui-se de várias partes. A primeira - a introdução - apresenta o referencial teórico sobre o tema, levando em consideração dados sobre a hipertensão, sobre o *stress* e suas implicações na saúde do hipertenso e a definição sobre crise hipertensiva, urgência hipertensiva, emergência hipertensiva e pseudocrise, enfatizando a relevância dos aspectos psicológicos da hipertensão na Cardiologia.

A segunda parte aborda o método, os participantes da pesquisa, o material utilizado, o local e o procedimento do estudo. Em seguida temos os resultados, a discussão, a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

No decorrer da pesquisa algumas dificuldades ocorreram. Uma delas foi encontrar homens que se enquadrassem nos critérios de inclusão. Outra dificuldade foi aguardar o encaminhamento dos participantes, que ocorria com muita lentidão.

A escassez da literatura sobre o tema da pesquisa, enfatizando em especial a urgência hipertensiva, também foi outra dificuldade, demonstrando a insuficiência de estudos que relacionam a área da Cardiologia com a de Psicologia.

Conclui-se que estudos nessa linha de pesquisa exigem muito cuidado na delimitação dos critérios de inclusão e exclusão assim como na escolha da

instituição para realização da pesquisa. Outro aspecto de grande relevância é a flexibilidade e a persistência por parte da pesquisadora e a colaboração de pessoas fundamentais, como, por exemplo, a orientadora.

INTRODUÇÃO

Hipertensão

A hipertensão arterial é considerada a doença cardiovascular mais prevalente no mundo. Diferentes porcentagens são encontradas nos vários países, porém a incidência aumenta com a idade: 50% dos pacientes hipertensos têm mais de 60 anos (Borelli, Amodeo, Souza, Correa, Machado, Lima, Gozzi, Mauro & Villagra, 2004) A hipertensão arterial acomete mais as pessoas da raça negra do que da raça branca, sendo mais freqüente nas pessoas com menor instrução e em grupos de baixo nível socioeconômico (Ribeiro, 2003).

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica, conhecida como uma “doença silenciosa”, é um grande desafio, pois a maioria das pessoas não apresenta sintomas. Sua condição assintomática dificulta o diagnóstico e o controle, trazendo como consequência um grande número de hipertensos sem conhecimento da doença e com a pressão arterial não controlada (Lieberman, 2001).

Segundo Gandarilhas, Câmara e Scarparo (2005) a hipertensão vem apresentando uma incidência crescente em âmbito mundial, sendo considerada a enfermidade do nosso século.

A classificação para o diagnóstico da hipertensão passou por diversas modificações. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1978), hipertenso seria considerado o sujeito com pressão sistólica igual ou superior a 160mmHg e diastólica igual ou superior a 95mmHg. Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), considerava-se hipertensa uma pessoa acima de 18 anos se a pressão arterial diastólica estiver acima de 90-99 e sistólica 140-159,

demonstrando a importância de se dar atenção às pessoas com pressão diastólica 85-89 e sistólica 130-139, por serem consideradas dentro da normalidade limítrofe e, portanto, podendo se beneficiar de medidas preventivas. Já as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), que são as mais recentes, classificam a hipertensão arterial sistêmica conforme os critérios mencionados na Tabela 1.

Tabela 1.

classificação	Pressão sistólica mmHg	Pressão diastólica mmHg
ótima	<120	<80
normal	<130	<85
limítrofe	130 -139	85 – 89
hipertensão		
estágio 1	140 -159	90 – 99
estágio 2	160 -179	100 -109
estágio 3	>180	>110
sistólica isolada	>140	<90

fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006)

É preciso ter cuidado ao rotular um indivíduo de hipertenso, pois qualquer número pode ser considerado arbitrário e insuficiente se não forem levados também em consideração outros fatores de risco como obesidade, colesterol e tabagismo, dentre outros, que merecem atenção especial quando se trata da

avaliação da gravidade da hipertensão e da possibilidade de desenvolver doenças cardiovasculares (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006). As diretrizes que definem a hipertensão arterial possibilitam uma classificação da pressão arterial, mas não se pode deixar de contextualizar esse valor numérico dentro da realidade de cada indivíduo (Brandão, Brandão, Magalhães & Pozzan, 2003).

Um dos maiores desafios deste milênio é obter controle da pressão arterial do maior número possível de pessoas, uma vez que pelo menos 50 milhões de norte-americanos são hipertensos e no Brasil a prevalência em diferentes regiões está entre 12% e 35% (Brandão, Brandão, Magalhães & Pozzan, 2003). A hipertensão tem impacto não só na saúde do indivíduo, mas também no contexto no qual ele está inserido. Por exemplo, o III Consenso Brasileiro de Hipertensão (1998) afirma que 40% das aposentadorias precoces e do absenteísmo no trabalho associam-se a indivíduos hipertensos.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), em 2003, no Brasil, 27,4% dos óbitos estavam relacionados a causas decorrentes de doenças cardiovasculares. A prevalência da doença ficou em torno de 25 a 30% na população adulta. Com relação à hospitalização, em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares e conseqüentemente um custo global de R\$ 1.323.775.008,28.

Pelo fato de a hipertensão arterial ser uma doença multifatorial decorrente tanto dos aspectos genéticos como dos ambientais associados, torna-se fundamental a modificação de estilo de vida inadequado, pois quando esse tipo de estilo interage com fatores genéticos, aumenta-se a predisposição ao aparecimento da hipertensão arterial (Amodeo & Heimann, 2003).

Uma das grandes preocupações que estão associadas ao fato de uma pessoa ser hipertensa é o maior risco de desenvolver doença arterial coronariana, principalmente quando associada a outros fatores de risco (Brandão, Magalhães & Pozzan, 2003). Define-se como fator de risco maior para a doença arterial coronariana o tabagismo, a dislipidemia, o diabetes melito, a idade acima de 60 anos, a história familiar de doença coronariana em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos de idade (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2002). A hipertensão arterial, o fumo e o *stress* são, segundo Sousa (1995), os três fatores de risco principais para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Dentre as doenças coronarianas, as mais comuns e as principais causas de morte no mundo são: a angina pectoris (angina do peito) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). Números da Federação Mundial de Cardiologia (FMC) apontam que uma em cada três mortes no mundo é decorrente de doenças coronarianas (Ribeiro,2005). O diretor da FMC e ex-presidente da entidade, Mário Maranhão, afirma que uma grande preocupação dos cardiologistas hoje é o aumento do número de doentes do coração nos países em desenvolvimento.

Segundo Polanczyk (2005), em termos de diagnóstico e prognóstico, as doenças cardiovasculares estão em evolução, porém é necessário avaliar o que e como realmente estão sendo utilizadas essas informações na melhoria da saúde da população. Segundo a autora, após cinco décadas de entendimento dos fatores relacionados à gênese das doenças coronarianas, tem sido observado ao

redor do mundo um melhor controle dos fatores de risco e uma redução dos coeficientes de mortalidade.

São diversos os estudos que procuram um entendimento detalhado e aprofundado das características individuais e ambientais relacionadas com a maior probabilidade de doença cardíaca. Há mais de 55 anos, na cidade de Framingham vêm sendo realizados estudos com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento da doença cardíaca. Dados da pesquisa mostram uma redução de 59% na mortalidade por doença coronariana no período de 1950 a 1999.

Polanczyk (2005) considera que políticas de saúde baseadas nessas evidências devem ser consolidadas. Várias iniciativas do Ministério da Saúde foram adotadas para reduzir a incidência na população brasileira das doenças não transmissíveis, como, por exemplo, campanhas de esclarecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica. A autora ressalta que é fundamental manter tais iniciativas de modo permanente e continuado e não somente para alguns por algum tempo, mas para todos o tempo todo. Segundo a autora, se medidas de prevenção primária e secundária fossem adotadas de modo mais enérgico, a epidemiologia das doenças cardiovasculares poderia ser modificada drasticamente nos próximos 50 anos.

Ciorlia e Godoy (2005) consideram que a mortalidade por doenças cardiovasculares vem sofrendo uma queda tanto nos Estados Unidos como em outros países em desenvolvimento, pois está havendo mudanças no estilo de vida e nos fatores de risco. Os autores sugerem com base nos resultados que as

iniciativas voltadas para a prevenção devem ser prioritárias a fim de se modificarem as taxas de mortalidade devido às doenças cardiovasculares.

Rossini, Machado e Xavier (2006) realizaram um estudo com 139 pacientes hipertensos e tabagistas inscritos no programa de Hipertensos e Diabéticos-Hiperdia no município de Brusque-SC com o objetivo de investigar a prevalência e multiplicidade de fatores de risco e concluíram que há a necessidade de programas que possibilitem uma abordagem multidisciplinar mais criteriosa e a redução de risco cardiovascular.

Conceição, Gomes, Tauil e Rosa (2006) verificaram e classificaram os níveis de pressão arterial dos servidores com mais de 40 anos de idade da Universidade de Brasília para estimar a prevalência de fatores de risco cardiovascular e suas conseqüências com altos índices de níveis pressóricos, presentes em 37,9% dos participantes, e apontaram a necessidade de medidas preventivas e terapêuticas aos servidores.

Essa mesma discussão foi encontrada no estudo realizado por Monego, Brandão e Jardim (2006) com 3.169 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade com o objetivo de conhecer a ocorrência e a associação de estilo de vida (tabaco, álcool, atividade física e hábito alimentar) e hipertensão arterial. Nesse estudo verificou-se que os fatores de risco se instalam desde a infância, sendo assim primordial o incentivo de programas preventivos que se iniciem dentro da escola infantil, como uma maneira de divulgar ações de promoção de saúde.

7

Outro aspecto de grande importância no que se refere à prevenção é o custo para o tratamento da doença coronariana, pois segundo Ribeiro (2005), o custo

médio anual para tratamento da doença coronariana por paciente é de R\$ 2.273,00 para o SUS e R\$ 6.788,00 para o sistema privado, e os gastos indicados pela pesquisa com os medicamentos em um período de dois anos representam 41% dos custos do SUS e 17% dos custos das instituições privadas.

Favarato, Favarato, Hueb e Aldrighi (2006) realizaram uma pesquisa com 542 sujeitos com doença arterial coronariana com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a três tratamentos: clínico, cirúrgico ou por angioplastia, pois consideram que o ônus causado pelas doenças não deveria ser considerado apenas em termos financeiros, mas também em termos de anos de vida perdidos decorrentes de morte prematura ou vividos com incapacidade. Os resultados apresentaram que os pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio tiveram evolução mais favorável, com melhora progressiva nos homens aos seis e doze meses após o procedimento e nas mulheres após seis meses seguida de queda aos doze meses. Isso enfatiza a importância de medidas preventivas também após os procedimentos cirúrgicos.

Segundo Rohde (2005), são vários os estudos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mas isso não torna simples o tratamento, pois muitos estudos tratam os fatores de maneira muito independentes. Ele considera necessário um consenso entre os pesquisadores quanto às informações prognósticas essenciais, já que elas envolvem implicações

terapêuticas e também possibilitam informar de forma aberta, construtiva e clara aos pacientes os riscos de sua doença. O autor dá grande ênfase na escolha entre qualidade de vida e quantidade de vida, apresentando a primeira como um

aspecto relevante no estabelecimento de estratégias terapêuticas individualizadas que necessitam de ampla e detalhada discussão de informações prognósticas. Dessa forma, são importantes pesquisas confiáveis sobre o assunto no Brasil.

Aspectos psicológicos da hipertensão

Neste século vem sendo constatado que os pacientes hipertensos apresentam algumas características comuns de personalidade. As pesquisas nessa área buscam compreender se tais traços de personalidade já existiam antes do quadro de hipertensão, e, em caso positivo, se apresentam significância etiológica no desenvolvimento da doença, ou se decorrem dela. As hipóteses de que traços de personalidade contribuam para o desenvolvimento da hipertensão clássica nas primeiras fases da doença são bastante convincentes (Cottier, Perini & Rauchfleisch, 1987). A relação entre hipertensão arterial e traços de personalidade principalmente no que se refere à reatividade vem sendo enfatizada (Lipp, Bignotto & Alcino, 1997).

O comportamento humano é resultado de uma complexa relação de fatores psicológicos determinados por disponibilidades genéticas e mecanismos desenvolvidos em resposta ao ambiente. As pesquisas até então realizadas evidenciam que a hipertensão possui etiologia multifatorial e que aspectos psicológicos possuem forte influência no desenvolvimento da doença (Cottier, Perini & Rauchfleisch, 1987)

Gandarilhas, Câmara e Scarparo (2005) realizaram uma pesquisa com 62 moradores hipertensos da cidade de Porto Alegre que se dirigiam ao posto instalado no campus central da PUC-RS com o objetivo de avaliar quais eram as

variáveis constitucionais, sociais, econômicas e culturais que podiam ser consideradas como estressores em comunidades carentes.

Observou-se que em geral o hipertenso relaciona seu problema à falta de planos ou expectativas para o futuro, e apresenta tendência a se afastar e evitar questões que envolvam contato com seus próprios problemas. A solidão e a carência afetiva também foram muito enfatizadas, assim como uma passividade em decorrência de circunstâncias sociais e econômicas. Evidencia-se, portanto, a presença de diversos estressores envolvidos no cotidiano do hipertenso.

A reatividade à hipertensão está relacionada a três diferentes aspectos: 1) os sujeitos que estão expostos ao *stress* repetitivo, influenciados pela frequência, pela intensidade e pelo tipo de estímulo, podem desenvolver a hipertensão; 2) a maneira como o indivíduo reage aos estímulos e a propensão genética podem facilitar a aquisição de fatores de risco cardiovasculares, doenças renais e a hipertensão e 3) a personalidade caracterizada pela dificuldade de expressar sentimentos de raiva e hostilidade e a necessidade de se desculpar nos relacionamentos interpessoais podem desencadear o quadro da hipertensão (Shapiro & Miller, 1987).

De acordo com MacFadden e Ribeiro (1998), a possibilidade da elevação da pressão arterial pode estar associada aos sentimentos de hostilidade intensa e fortes tendências agressivas reprimidas.

Existe alguma evidência de que o padrão de comportamento Tipo A ou qualquer falta de habilidade para lidar com demandas estressantes possa causar

o quadro hipertensivo. Existem divergências entre os autores no que se refere à influência da ansiedade, da depressão e das neuroses. Segundo Cottier, Perini e Rauchfleisch (1987), não existem evidências da influência dessas características no quadro hipertensivo, e quanto à alexitimia, os autores acreditam ser necessárias novas pesquisas que avaliem essa relação.

Já segundo MacFadden e Ribeiro (1998), apesar das inúmeras pesquisas, não há uma definição dos aspectos psicológicos que realmente podem desencadear a hipertensão. Porém essas descobertas são importantes, pois muitos casos de crises hipertensivas podem se transformar em crises duradouras e permanentes, pois o bloqueio da expressão do afeto e da emoção e a ansiedade, por exemplo, podem atuar sobre o sistema nervoso, favorecendo as crises e o agravamento ou o desenvolvimento da pressão alta.

As características de personalidade do hipertenso segundo diferentes pesquisas são definidas como: agressividade reprimida; tendência dependente e impulsos competitivos e hostis; tensão psicológica e ansiedade excessiva além da submissão (Sverker, 1987).

Lipp et al. (1991), MacFadden (1993) e Lipp e Rocha (1994) revelam outros aspectos de personalidade que o hipertenso tende a possuir, tais como: inassertividade, alexitimia, tendência a ser explosivo, desejo de controlar tudo que se refere ao seu ambiente, competitividade, premência de tempo, hostilidade latente, dificuldade de relaxar e necessidade de agradar a todos, e, em momentos de *stress*, tendência a ter apnéia e respiração superficial. Todos estes aspectos

são relevantes e levariam o hipertenso a apresentar dificuldade de lidar com eventos estressantes.

Lipp, Bignotto e Alcino (1997) realizaram um estudo com o objetivo de verificar se o *stress* social pode gerar reatividade cardiovascular desencadeada pelo *stress* de contatos interpessoais. Para isso, utilizaram a escala de assertividade de Rathus (1973), três fitas com descrições das cenas provocadoras do *stress*, roteiro para as sessões de *role play* e um roteiro para o tratamento de hipertensos. Os resultados apontaram 75% dos sujeitos como inassertivos. Essa inassertividade se manifestou tanto nas cenas positivas quanto nas negativas, e verificou-se que o *stress* social é capaz de desencadear uma reatividade excessiva na pessoa hipertensa. Após o treino do controle do *stress*, não houve mudanças na assertividade, o que demonstra segundo as autoras a necessidade de outras pesquisas que possam verificar a relação entre inassertividade e hipertensão arterial.

Castro e Scatena (2004) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a manifestação emocional do paciente hipertenso. Analisaram qualitativamente e quantitativamente as manifestações de *stress* em 136 pacientes, e puderam constatar que 52% dos participantes tinham o diagnóstico de *stress*, deixando claro que o *stress* é um agravante ao bem-estar biopsicossocial no hipertenso.

Outro aspecto que merece destaque segundo Costa (2003) é o relacionado à procura de ajuda médica por homens e mulheres. Para avaliar esse aspecto realizou uma pesquisa com 21 homens que procuraram um ambulatório de reprodução humana em busca de tratamento para esterilidade ou de informações e métodos de planejamento familiar em uma universidade paulista. O objetivo era

avaliar como as representações e as atitudes em relação ao cuidado com a saúde e à procura por médicos estão relacionadas às diferenças dadas às atribuições de gênero.

A autora observou que não só na procura dessa especialidade específica, mas em diversas especialidades os homens procuram menos atendimento do que as mulheres, tentando superar suas dificuldades no cotidiano, mantendo a concepção de que são fortes e espertos. Essa concepção pode ser observada no discurso de um dos respondentes: “Eu falo por mim. Se eu tenho uma dor nas costas eu não venho ao médico, se eu tenho uma dor na barriga, eu não venho. Mulher não. Se ela tiver uma coceira na orelha ela está no médico. Isto eu acho que se deve ao fato da vaidade, a mulher tem mais vaidade...” (p. 85).

Crise hipertensiva e urgência hipertensiva

As urgências hipertensivas e as emergências hipertensivas são denominadas crises hipertensivas. A crise hipertensiva é caracterizada por uma elevação rápida, intensa e sintomática da pressão arterial, podendo ou não lesionar órgãos-alvo (Anexo I), assim como haver risco de morte imediato ou potencial (Santello & Praxedes, 2003). Quando o paciente se encontra em emergência hipertensiva, e se considerado paciente em estado grave e/ou agudo, deve ser internado em um centro de tratamento intensivo, com o monitoramento da pressão arterial de forma contínua e cuidadosa (Eberunos, 1985).

Dependendo da possibilidade ou não de lesionar órgãos-alvo (Anexo I) a crise hipertensiva pode-se manifestar como urgência ou emergência hipertensiva. A urgência hipertensiva é considerada uma das situações de alerta da hipertensão arterial não controlada (Lieberman, 2001). As urgências hipertensivas são

elevações da pressão arterial diastólica 120-130mmHg sem evidências de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, sendo necessária uma redução gradual da pressão arterial em 24-48 horas para que ocorra a recuperação e a readaptação do paciente.

A emergência hipertensiva caracteriza-se por elevação importante da pressão arterial diastólica de 120-130mmHg, ou qualquer valor que possa trazer danos de órgão-alvo (Anexo I), sendo necessária uma redução imediata em minutos ou horas. Essa redução não precisa necessariamente ser a índices normais, mas sim a índices que possam afastar risco de morte e impedir o agravamento ou deteriorização de órgão-alvo (Borges 2003).(Anexo I)

A abordagem da crise hipertensiva envolve duas fases seqüenciais. A primeira enfatiza a necessidade de excluir as pessoas com pseudocrise hipertensiva e a segunda fase é a diferenciação entre urgência e emergência hipertensiva (Santello & Praxedes 2003).

Define-se pseudocrise hipertensiva aquela que geralmente ocorre em pacientes que já estão em tratamento, mas cuja pressão arterial não está controlada. O paciente apresenta pressão arterial muito elevada e acaba sendo encaminhado para a emergência, mas o seu quadro clínico nem é de urgência nem de emergência hipertensiva. A pseudocrise também pode ocorrer em pacientes que apresentam uma elevação transitória da pressão arterial causada por diferentes fatores emocionais ou dores, dentre outros aspectos (Martin, Higashiyama, Garcia, Luizon & Cipullo, 2004).

Caracterização das emergências e urgências hipertensivas (Santello & Praxedes, 2003):

Emergência hipertensiva: risco iminente de morte ou de deteriorização rápida do órgão-alvo; requer redução imediata da pressão arterial, avaliada em minutos ou algumas horas:

1. Hipertensão maligna (com papiledema); (Anexo I)

2. Hipertensão grave associada a complicações agudas:

A. Cerebrovasculares

- encefalopatia hipertensiva; (Anexo I)
- hemorragia intracerebral;
- hemorragia subaracnóidea (Anexo I), acidente vascular cerebral isquêmico com transformação hemorrágica ou em uso de trombolíticos.

B. Cardiocirculatórias:

- dissecção aórtica aguda;
- insuficiência cardíaca com edema pulmonar hipertensivo;
- infarto agudo do miocárdio;
- angina instável.

C. Renais

- insuficiência renal rapidamente progressiva.

3. Crises adrenérgicas graves (Anexo I): crises do feocromocitoma (Anexo I); dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, "crack", LSD, etc.).

4. Hipertensão na gestação: eclampsia, síndrome HELLP (Anexo I), hipertensão grave em final de gestação.

5. Cirurgia e trauma: traumatismo craniano e hemorragias cirúrgicas.

Urgência hipertensiva: risco de deteriorização de órgão-alvo (Anexo I) menor; risco de vida em potencial, redução mais lenta da pressão arterial avaliada em até 24 horas:

1. Hipertensão acelerada (sem papiledema);

2. Hipertensão com: insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, aneurisma de aorta, acidente vascular cerebral isquêmico não complicado, queimaduras extensas, epistaxes severas, estados de hipocoagulabilidade.

3. Crises renais: glomerulonefrite (Anexo I) aguda, crise renal do escleroderma (Anexo I), síndrome hemolítico-urêmica (Anexo I).

4. Pré-operatório em cirurgias de urgência.

5. Intra-operatório (cirurgias cardíacas, vasculares, neurocirurgias, feocromocitoma (Anexo I), etc.).

6. Hipertensão severa no pós-operatório (transplante de órgão, neurocirurgias, cirurgias vasculares, cardíaca etc).

7. Crises adrenérgicas leves/moderadas:

- síndrome do rebote (suspensão abrupta de inibidores adrenérgicos); (Anexo I)
- interação medicamentosa - alimentar (tiramina vs. inibidores da monoamina oxidase);
- consumo excessivo de estimulantes (anfetaminas, tricíclicos, etc).

8. Na gestação: pré-eclampsia e hipertensão severa.

São poucos os estudos realizados sobre a incidência e a prevalência de crise hipertensiva, o que torna mais difícil a identificação e a prevenção de conseqüências mais graves. Em 2002, foi realizado um estudo no Hospital da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que indicou que vários pacientes que chegam à unidade de emergência recebem o diagnóstico inapropriado de crise hipertensiva e, conseqüentemente, recebem medicações excessivas e desnecessárias, o que aumenta os altos índices de mortalidade. Uma das principais causas dessa realidade está na falta de critérios que excluam ou incluam a pessoa dentro do que é considerada uma crise hipertensiva (Nobre, Chauchar, Viana, Pereira & Lima, 2002).

Em 2000 foi realizado um estudo retrospectivo com a análise de prontuários médicos em pacientes atendidos no setor de emergência do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com o objetivo de avaliar a prevalência, o quadro clínico e as lesões orgânicas envolvidas em crises hipertensivas. Apesar dos poucos dados relativos a essa complicação, encontrou-se que entre 20% e 30% da população brasileira atendida nesse setor sofrem dessa síndrome. Com relação à prevalência das crises hipertensivas, a urgência foi encontrada em dois terços dos casos avaliados. Os fatores de risco, tais como tabagismo e diabetes, também tiveram destaque nos pacientes com crise hipertensiva (um quarto e um quinto respectivamente). As estações do ano que apresentaram maior ocorrência de crises foram o outono e o inverno no período

da manhã. As mulheres foram as que apresentaram maior frequência de crise principalmente nas urgências hipertensivas. As queixas mais comuns nos pacientes com urgência hipertensiva foram cefaléia e tontura (Martin, Higashiana, Garcia, Luizon & Cipullo, 2004).

Em 2001, foi realizada uma dissertação de mestrado intitulada “Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva” com uma amostra de 70 pacientes de ambos os sexos atendidos na urgência hipertensiva no Pronto-Socorro do Hospital e Maternidade Albert Sabin na cidade de Campinas, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida desses pacientes através do questionário SF-36.

Os pacientes com urgência hipertensiva demonstraram valores menores nos domínios vitalidade e saúde mental, sendo as variáveis que mais interferiram na qualidade de vida o distúrbio do sono e as pessoas do sexo feminino, e as variáveis que influenciaram, mas com menor intensidade foram renda e escolaridade, os não empregados, os conscientes e em tratamento da hipertensão arterial, os diabéticos, aqueles com comorbidades, e os que relataram nervosismo. Notou-se que as pessoas que estavam com o diagnóstico de *stress* sentiam-se mais doentes, mais pessimistas, o que revela a fundamental importância na identificação de pessoas com *stress* para o tratamento e prevenção da urgência hipertensiva (Lieberman,2001).

O modo como as pessoas lidam com as situações do cotidiano é influenciado e determinado por diferentes aspectos, mas aquelas que aprenderam ou desenvolveram habilidades para trabalhar com o *stress* no decorrer da vida em geral têm maiores chances de expressar assertivamente suas emoções e,

conseqüentemente, menores chances de favorecer o surgimento da crise hipertensiva (Castro & Scatena,2004).

A prevalência de pacientes com urgência hipertensiva no pronto-socorro é alta, mas as características clínicas desses pacientes são pouco estudadas, assim como a influência do *stress* e de outros fatores psicológicos que podem ou não contribuir para o fracasso do controle da hipertensão (Lieberman,2001).

O estudo mais aprofundado dos diferentes aspectos que podem interferir no desencadeamento da urgência hipertensiva é fundamental para o desenvolvimento de medidas que modifiquem o alto índice de pessoas que chegam ao pronto-socorro com esse diagnóstico.

Stress

Os seres humanos constantemente enfrentam pressões; conseqüentemente o corpo sofre exigências, sem, contudo, demonstrar problemas maiores. No entanto existem pressões que podem provocar um desgaste físico e emocional muito grande, gerando um cansaço duradouro e levando ao processo denominado *stress* (Mota, 2003).

O *stress* e seus efeitos para a saúde e o bem-estar do ser humano têm sido estudados por diversos autores em todo o mundo (Savoia, 2003). A origem da concepção de *stress* se deu nas ciências biológicas. Louis Pauster (1822-1895) realizou um estudo com galinhas que apresentavam maior disposição a infecções causadas pelo bacilo de antraz, o que segundo Gunther & Machado (2003) seria considerado nos dias de hoje que estas estavam expostas ao *stress*).

O endocrinologista Hans Selye foi o primeiro a utilizar o termo *stress* na área da saúde para se referir a um conjunto de sintomas (falta de apetite, pressão alta, fadiga, etc) que as pessoas tinham em comum. Em 1936, Selye utilizou o termo *stress* para designar uma quebra da homeostase, equilíbrio interno, a qual denominou “síndrome geral de adaptação”, e em 1937 redefiniu como “resposta não específica do corpo a qualquer exigência”.

Cannon (1932) descreveu o *stress* como uma reação fisiológica que possibilita o organismo sobreviver e se adaptar, designando o termo homeostase para o esforço dos processos fisiológicos em manter um estado de equilíbrio interno do organismo.

Lipp e Malagris (1995) definiram o *stress* como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, desencadeada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

Selye (1974) sugeriu que o organismo sempre procura uma adaptação ao evento estressor, necessitando de muita energia adaptativa, e desenvolveu o conceito trifásico do *stress*, que pode se manifestar tanto no físico quanto no psicológico da pessoa. Os estágios são assim definidos:

Estágio de alarme: é considerado o estágio inicial do *stress*, no qual o organismo se prepara para reagir por meio da fuga ou da luta. Conhecido também como “eustress” ou reação saudável do *stress*, pois o indivíduo consegue diante de um estímulo enfrentá-lo e posteriormente retornar à homeostase, ou seja, utiliza-o a seu favor.

Os primeiros sinais do *stress* são: taquicardia, sudorese, tensão muscular, boca seca e aumento da produtividade. Caso o *stress* permaneça presente por um tempo indeterminado, inicia-se o segundo estágio, que é o da resistência, quando então o organismo tenta uma adaptação para encontrar uma homeostase interna.

Estágio de resistência: caracteriza-se pela busca de adaptação pelo organismo e os sintomas iniciais do *stress* desaparecem dando lugar a dois sintomas que nem sempre são identificados: sensação de desgaste generalizado sem uma causa específica e dificuldade com a memória. O organismo encontra-se com maior desgaste, o que o torna propenso a piorar ou a desenvolver algum quadro sintomatológico e ao aparecimento de manifestações psicossociais, tais como medo, isolamento social, roer unhas, oscilação do apetite, impotência sexual, dúvida quanto a si próprio, sensibilidade emotiva excessiva, entre outros (Lipp, 1984). Nesse estágio, se o estressor for eliminado, o processo de *stress* termina. Porém se o organismo não conseguir enfrentar adequadamente o estressor e ele permanecer, inicia-se um novo estágio denominado exaustão.

Estágio de exaustão: caracteriza-se pela permanência de estímulos estressantes, o que desencadeia uma falha na capacidade adaptativa do organismo, tornando-o propenso a doenças. Embora bastante grave, não é irreversível, desde que afete unicamente partes do corpo (Selye, 1956). Nesse estágio encontram-se sintomas que se assemelham aos do estágio inicial do *stress* (alerta), porém sua magnitude é mais intensa já que a doença provavelmente já está instalada. O corpo que se encontra em desgaste intenso pode desencadear até mesmo a morte de acordo com as doenças que podem ocorrer (Lipp, 2003). Essas doenças sofrem influência da predisposição de cada

indivíduo, assim como aspectos da sua história de vida e saúde, que incluem idade, condições ambientais, dentre outros.

Baseada no modelo trifásico do *stress* desenvolvido por Selye (1974), Lipp (1989) elaborou o Inventário de Sintomas de Stress (ISS) que foi validado por Lipp e Guevara em 1994. Esse inventário leva em consideração o modelo trifásico do *stress*, porém, em 2000, Lipp, no decorrer da sua prática tanto clínica quanto de pesquisa, identificou uma quarta fase do *stress* - denominada quase-exaustão, entre o estágio de resistência e de exaustão -, aprimorando a interpretação do primeiro instrumento, resultando no Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), que divide o processo de *stress* em quatro fases e não em três como o ISS (Lipp, 2000).

Estágio de quase-exaustão: esse estágio se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa que não está mais conseguindo resistir e se adaptar à situação. As doenças começam a aparecer, porém não tão graves quanto no estágio de exaustão. Embora a pessoa apresente um desgaste, consegue executar suas tarefas até certo ponto, o que difere da exaustão em que a pessoa não consegue na maioria das vezes trabalhar e se concentrar (Lipp, 2000). O indivíduo muitas vezes sente um imenso cansaço e em outras consegue produzir por sentir-se bem e tranquilo (Lipp, 2003).

A reação de *stress* é desencadeada por um estímulo ou situação que passa a ser chamada de estressor, ou seja, qualquer evento gerador de um estado forte de tensão (Selye, 1965). São diversos os fatores que podem desencadear o *stress*, não somente os negativos, mas também os positivos, como o casamento, por

exemplo, em que é necessária uma adaptação a uma nova situação, fazendo com que a pessoa despenda energia para lidar com o evento (Lipp, 1996).

As fontes estressoras podem ser internas ou externas. Compreende-se como uma fonte interna de *stress* as características próprias dos indivíduos, suas cognições (maneira como percebe e enfrenta o mundo), seus conjuntos de crenças, valores, nível de alexitimia e de assertividade, enfim: tudo aquilo que faz parte do seu mundo interno. As fontes externas de *stress* são caracterizadas pelos eventos que ocorrem na vida das pessoas e sobre os quais não há controle, como morte, acidentes, doenças, até as próprias dificuldades nas relações do cotidiano (Lipp, 1996).

As fontes externas de *stress* são consideradas como criadoras de tensão quando acabam ultrapassando a capacidade do sujeito em se adaptar pela intensidade e freqüência que ocorrem. Já as fontes internas são determinadas pela vulnerabilidade psicológica e genética aliada a pensamentos disfuncionais (Lipp, 2001).

O *stress* envolve um processo psicológico e o que o define é a percepção do indivíduo sobre a situação (Lazarus & Folkman, 1984). Uma mesma situação pode ser interpretada de diferentes maneiras e essa interpretação irá depender dos recursos de enfrentamento e da interpretação dada ao fato pela pessoa. As cognições (pensamentos, sentimentos, valores, crenças e atitudes) irão influenciar a resposta comportamental do indivíduo (Rangé, 1995).

Ellis (1973) considera que a cognição é o determinante mais importante da emoção humana. Estados de disfunção emocional e muitos aspectos da psicopatologia são resultados dos pensamentos disfuncionais que são: exageros, supergeneralizações, supersimplificações, deduções ou suposições que geram as crenças irracionais que estão categorizadas em “deveres”, “obrigações”, “necessidades”, que provavelmente desencadeiam *stress*.

Um evento ou um estímulo pode gerar um *stress* por ser intrinsecamente aversivo devido às suas características reais, ou devido à interpretação que o indivíduo lhe dá (Lipp, 1984).

A causa do *stress* também pode estar relacionada a mudanças significativas na vida de um indivíduo em um curto período de tempo. A Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe desenvolvida em 1967 baseia-se na concepção de que a energia exigida para o indivíduo se reajustar à sociedade, depois de uma mudança significativa, cria um desgaste que pode levar a doenças sérias (Lipp, 1984). Quanto maior o número de estressores ocorridos dentro de doze meses, maiores as chances de um problema de saúde ocorrer em decorrência de esforço feito para a adaptação (Holmes & Rahe, 1967).

As relações estabelecidas com a sociedade podem funcionar como fatores estressantes, tais como o tipo de profissão exercida e as características inerentes à pessoa e ao seu convívio social. A sobrecarga das situações provocadoras do *stress* e/ou a sua manutenção podem levar a efeitos que prejudicam o corpo e a mente. Esses efeitos nocivos levam ao aparecimento de doenças ou ao agravamento das já existentes. Uma das doenças que podem ser desencadeadas por conta de fatores estressores é a hipertensão arterial (Castro & Scatena, 2004).

Diante de uma situação de *stress*, o órgão mais enfraquecido ou mais vulnerável provavelmente sofrerá algum dano. É importante compreendermos que o *stress* não é uma doença, mas sim o fator desencadeante de doenças. Ele apenas enfraquece o organismo; o sistema imunológico afetado que torna a pessoa mais vulnerável a qualquer doença de contágio (Lipp, 2000).

Apesar de inúmeras pesquisas já realizadas, ainda há divergência quanto a definir o *stress* como causa ou fator desencadeante de doenças. Existe uma hipótese da existência da relação entre o agente estressor e a doença, enfatizando que o primeiro desencadeia a doença quando essa é latente ou subclínica (Desmsdale et. al., 2000 apud Liberman, 2001).

O treino do controle do *stress* tem sido proposto por diversos autores e abordagens e o modelo do tratamento baseia-se em princípios comportamental-cognitivos e tem como objetivo promover melhora na qualidade de vida, identificando as fontes de *stress* internas ou externas. Esse treino leva em consideração os quatro pilares no controle do *stress*: relaxamento, alimentação, exercícios físicos e reestruturação cognitiva, além dos princípios da teoria racional emotiva de Albert Ellis: utilização de técnicas tais como resolução de problemas, treino de assertividade, treino de controle da ansiedade, dentre outros.

O treino do controle do *stress* tem como objetivo ajudar a pessoa a entendê-lo e a identificar seus sintomas quando se está chegando a um ponto crítico, reconhecer as fontes de *stress* para tentar eliminar as que forem possíveis, reestruturar o modo de pensar e de observar o mundo, lidar com as ansiedades, treinar assertividade, adquirir técnicas de enfrentamento que possam ser usadas em situações em que não se pode evitar o estressor e com isso aprender a

reconhecer seus limites e estabelecer prioridades que facilitem a aquisição de qualidade de vida (Lipp, Bignotto & Malagris, 1998).

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006) a elevação da pressão tem relação com situações estressantes que acabam gerando efeitos na reatividade cardiovascular, sendo o treino do controle do *stress* uma das medidas não farmacológicas úteis tanto no controle do *stress* como na adesão de pacientes a medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas.

Aspectos psicológicos na cardiologia

“Durante séculos, o coração foi considerado a sede do ser. Os sacerdotes egípcios que preparavam os mortos para viagem celestial descartavam o cérebro e mantinham o coração no corpo. Sem ele, ninguém seria admitido na “outra vida”. Os filósofos gregos, e também o cristianismo, seguiram a mesma tradição, creditando ao órgão o abrigo da alma e da consciência moral” (Ferrari, 2005, p.3).

Assim como o coração foi considerado a essência do ser, houve também a compreensão da importância do elo entre a Psicologia e a Medicina, que passaram por diversas modificações desde a antigüidade. Foram consideradas como uma só prática na qual os aspectos emocionais e sociais não deveriam ser excluídos na compreensão do diagnóstico, assim como houve uma tentativa de ruptura quando a Medicina assumiu o corpo e a mente como entidades separadas. A Psicologia, que era restrita à doença e à debilidade mental, também foi sofrendo transformações e expansão de atividades, passando a se relacionar com a Cardiologia (Romano, 1990).

Quando estudos empíricos destacaram fatores comportamentais como uma das principais causas das doenças ateroscleróticas, e os estados psíquicos como fatores que proporcionam a evolução do mal cardíaco e problemas psicológicos devido ao uso de medicamentos, a relação entre a Cardiologia e a Psicologia tornou-se mais estreita (Romano, 2001).

O elo entre a Psicologia e a Cardiologia foi se solidificando com as pesquisas que avaliavam ao mesmo tempo as ligações entre o psiquismo e o coração, levando em consideração se o comprometimento funcional do organismo pode ser desencadeado por um distúrbio emocional significativo, e procurando compreender quais os aspectos emocionais que merecem receber ênfase quando tratamos de pacientes com doenças cardíacas (Romano, 1990).

Os aspectos psicossomáticos na compreensão do cardiopata são de extrema importância na medida em que esse paciente que traz uma queixa relacionada à doença orgânica traz também uma queixa emocional. Observam-se incidências de queixas derivadas de angústia ou ansiedade entre 10% a 14% dos pacientes; se levarmos em conta os altos índices de morte por doenças cardíacas, pode-se inferir que o homem que morre do coração é o resultado de uma sociedade que procura desconsiderar a vida afetiva (Perez, 1990).

O processo emocional pode exercer uma função informativa ao sinalizar possíveis ameaças à autopreservação e à preservação da espécie. Essa sinalização vai depender da situação externa e de como a interna avalia a experiência. Tudo aquilo que ameaça tais objetivos gerará sensações desagradáveis. Compreender esse processo é de extrema importância para avaliar como as emoções repercutem no coração (Campos, 1992).

Contudo, nota-se que os fatores emocionais estão envolvidos no desenvolver da doença e são fatores de risco para inúmeras doenças cardíacas, dentre elas a hipertensão. Cabe ressaltar que o fator psicológico isolado não tem o poder de criar a doença, mas favorecer o surgimento de doenças a que o sujeito geneticamente tem maior predisposição (Bezerra, 2003).

A percepção da importância dos aspectos psicológicos no surgimento, agravamento ou aceleração da doença e a valorização dos serviços da Psicologia no atendimento e prevenção tornam indiscutível a relevância da aproximação da Psicologia com a Cardiologia na realidade atual e de pesquisas que possibilitem mudanças eficazes e rápidas nesse processo.

Está havendo um esforço conjunto de promover uma colaboração maior entre a Cardiologia e a Psicologia, porém algumas pessoas ainda apresentam muita dificuldade em aceitar o tratamento psicológico, de modo que algumas crises hipertensivas, em especial de pacientes com urgência hipertensiva, poderiam ser evitadas com o uso adequado de estratégias de enfrentamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a possível relação entre os eventos estressantes e a ocorrência da urgência hipertensiva.

Objetivos específicos:

1. Avaliar o *stress* no paciente que apresenta diagnóstico de urgência hipertensiva.
2. Avaliar os eventos estressores ocorridos nos seis meses antes da urgência hipertensiva.
3. Categorizar por tipo de situação os eventos estressores ocorridos nos seis meses antes da urgência hipertensiva.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 20 hipertensas na faixa etária entre 45 e 75 anos, com uma média de 45 -50 anos, encaminhadas por cardiologistas e enfermeiros do Centro de Saúde de Campinas e Mogi-Guaçu e do Pronto- Socorro da Puc-Campinas.

Critério de inclusão e exclusão

Mediante os objetivos propostos, foi estabelecido como critérios de inclusão à participante:

- apresentar diagnóstico de urgência hipertensiva;
- apresentar diagnóstico de hipertensão arterial essencial;
- ter recebido atendimento médico em serviços de centro de saúde ou pronto-socorro por apresentar níveis de pressão elevados;

Como critério de exclusão estabeleceu-se que a participante não poderia:

- ter como diagnóstico emergência hipertensiva;
- estar hospitalizado;
- ter diagnóstico de hipertensão arterial secundária;
- apresentar quadro psiquiátrico conhecido ou deficiência mental;
- apresentar qualquer doença que possa interferir na sua participação (como internação, por exemplo).

MATERIAL

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes materiais e instrumentos:

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, contendo explicações sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do paciente caso aceitasse participar. O termo (Anexo A) seguiu as normas estabelecidas pela resolução do Conselho Federal de Psicologia, publicadas em dezembro de 2000.
- **Ficha de identificação** utilizada para obter informações gerais sobre o paciente, tais como sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil e dados sobre a crise hipertensiva (tipo de tratamento que vinha realizando, idade da primeira crise hipertensiva (caso não fosse a primeira), e o número de crises ao longo da vida (Anexo B).
- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**, que visava identificar os sintomas apresentados pelo paciente, e avaliar se o sujeito tem ou não o diagnóstico de *stress*, o tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico) e a fase do processo do *stress* na qual o paciente se encontrava, baseada no modelo quadrifásico do *stress* validado por Lipp em 2000.
- **Escala de fontes de stress**, aplicada ao próprio paciente com crise hipertensiva, visava identificar as possíveis fontes estressoras que podiam

desencadear a crise hipertensiva (Anexo C). Esse instrumento foi elaborado na dissertação de mestrado de Thania Mello Gomes de Matos na PUC-Campinas em Janeiro de 2005, com o objetivo de avaliar os eventos de vida que podem influenciar ou agravar o quadro de *stress* em familiares de pacientes diagnosticados com esquizofrenia.

Termo de compromisso para utilização de dados de prontuário, que visava informar ao paciente que se necessário seu prontuário seria consultado para obtenção de dados exclusivamente para fins de pesquisa, mantendo-se o sigilo (Anexo D).

Procedimento

No projeto inicial, o objetivo era avaliar a relação de eventos estressores e urgência hipertensiva em homens e mulheres, mas no decorrer da coleta de dados foi modificado este objetivo, pois a demanda era somente de mulheres, surgindo apenas dois participantes do sexo masculino o que tornou insuficiente para uma avaliação. A escolha por pacientes com urgência hipertensiva se deve ao fato de poderem ser avaliadas apesar de estarem com elevações da pressão arterial, diferente da emergência hipertensiva que geralmente pela gravidade que o paciente se encontra é diretamente direcionado para internação. O fato da demanda de participantes ser pequena se justifica levando em consideração que o número de pessoas com urgência hipertensiva é baixo.

Levando em consideração este dado, os critérios de inclusão e exclusão mantiveram-se os mesmos e a pesquisa foi iniciada. Após o diagnóstico de urgência hipertensiva, os médicos e enfermeiros encaminhavam as participantes a uma entrevista com a psicóloga pesquisadora.

Inicialmente, foi estabelecido um *rapport* da psicóloga pesquisadora com as participantes; a pesquisadora apresentou-se e explicou os objetivos e procedimentos referentes ao estudo. Em caso de aceitação, a participante assinava as duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: uma permanecia com a pesquisadora e a outra com a participante. Em seguida, a pesquisadora preenchia a folha de identificação; lendo a pergunta à participante e anotando as respostas, aplicava a Escala de Fontes de Stress e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

Durante a avaliação do diagnóstico do *stress* e das fontes estressoras a pesquisadora lia para o entrevistado cada uma das questões e as respostas eram assinaladas pela própria pesquisadora. A entrevista com cada participante duraram em média 30 minutos e foi realizada em um único encontro. Após a aplicação dos instrumentos, a pesquisadora agradecia a participação e dispensava a participante.

Benefícios para as participantes

Após a realização das entrevistas e da obtenção dos resultados quanto ao diagnóstico de *stress* e das fontes estressoras, foi oferecida uma devolutiva para as participantes, na qual foram discutidas informações sobre o *stress* e o adoecer, e oferecidas duas apostilas, uma sobre o *stress* emocional e seu controle, e a outra sobre a pressão arterial (Anexo E).

Resultados

Método de análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada primeiramente através de uma caracterização dos sujeitos, por faixa etária, escolaridade, estado civil, religião, tipo de fármaco utilizado, adesão ao tratamento, comorbidades, número de crises hipertensivas. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para avaliar a relação entre as variáveis - diagnóstico do *stress*, fase do *stress*, escolaridade, idade, religião e estado civil - e por fim uma avaliação qualitativa dos dados obtidos da aplicação da Escala de Fontes de Stress.

Caracterização da amostra

Inicialmente são apresentados os dados sociodemográficos da amostra; em seguida é feita a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e da Escala de Fontes de Stress, através de gráficos; por fim são descritos os dados qualitativos do trabalho.

A amostra foi composta por 20 mulheres na faixa etária entre 45 e 75 anos, com média de 45 a 50 anos; a maioria apresentava o 1º grau incompleto, era casada e tinha a religião católica como a predominante. Os dados individuais de cada participante podem ser vistos no Quadro1 - Caracterização da Amostra (Anexo F).

Faixa etária

A distribuição da amostra por faixa etária está apresentada na figura 1. A maior representatividade é a da faixa etária de 45 a 50 anos.

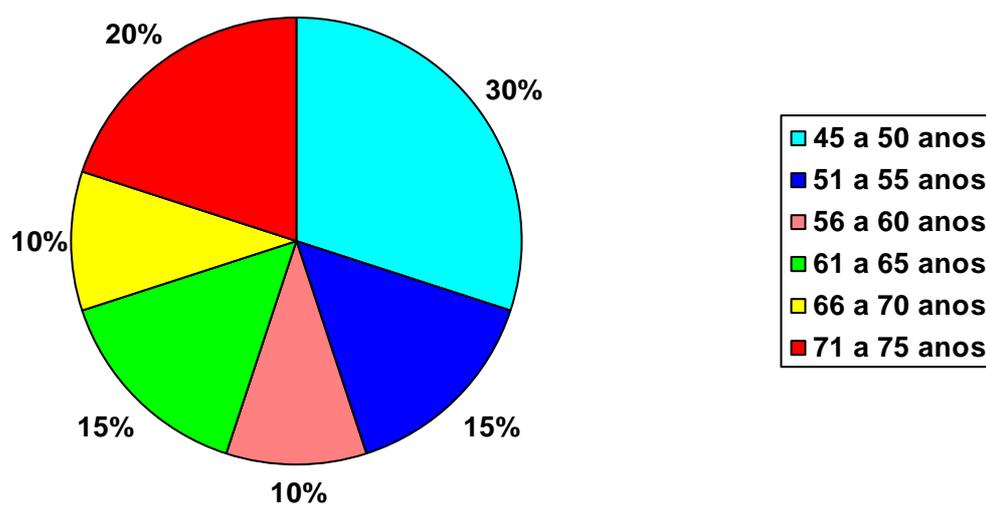


Figura1: Descrição da faixa etária da amostra.

Escolaridade

Como pode ser verificado, várias participantes alcançaram o 2º grau completo e nenhuma tinha nível universitário.

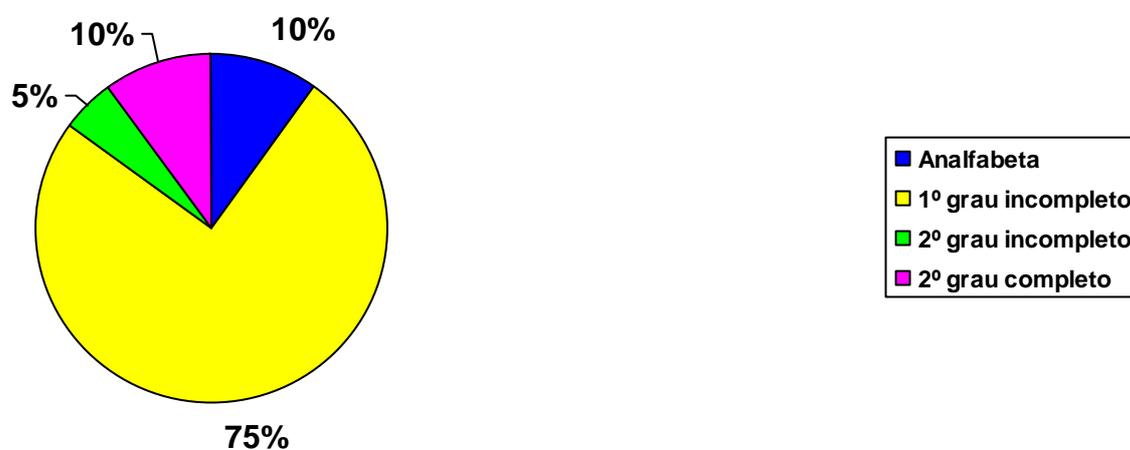


Figura 2: Descrição da escolaridade da amostra.

Estado civil

A amostra é composta da maioria de participantes casadas sendo a minoria divorciada/separada.

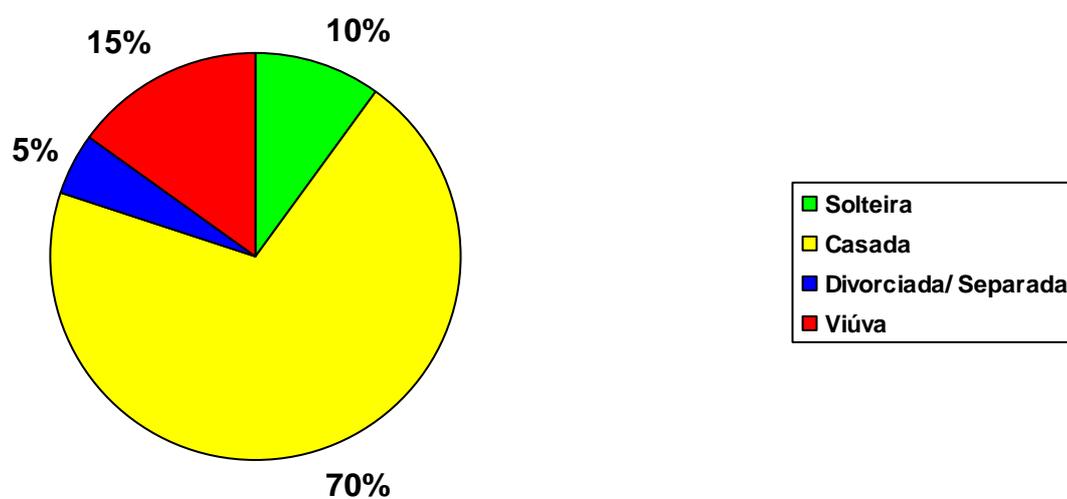


Figura 3: Descrição do estado civil da amostra.

Religião

A distribuição da amostra por religião está apresentada na figura 4. A maior representatividade é a da religião católica.

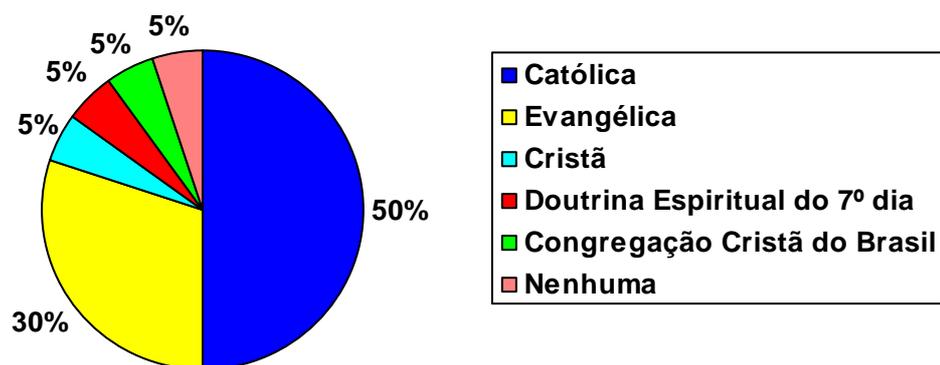


Figura 4: Descrição da religião da amostra.

Na ficha de identificação, as participantes respondiam questões referentes a tipos de fármacos que utilizavam, se aderiam ou não ao tratamento, as comorbidades, números de crise hipertensiva e há quantos anos tiveram a primeira crise. Esses dados são apresentados abaixo.

Tipo de fármaco utilizado

Captopril	AAS
Propranolol	Somalgin
Diazepan	Micardis
Paracetamol	Hidroclorítiazida
Itroplorazida	

Adesão ao tratamento

Das vinte participantes, apenas uma disse que algumas vezes esquece de tomar a medicação corretamente, porém no dia da avaliação apesar de estar com a pressão alta disse ter tomado a medicação conforme lhe fora prescrito, portanto 100% da amostra disse aderir ao tratamento.

Comorbidades

Além da urgência hipertensiva apresentada no momento da avaliação foram questionadas as comorbidades a cada participante.

Arritmia cardíaca	Colesterol	Problemas circulatórios
Diabetes	Doença de Chagas	Tuberculose
Labirintite	Reumatismo	Triglicérides

Número de crises hipertensivas

As participantes foram questionados quanto ao número de crises hipertensivas que haviam tido ao longo da vida até o momento da avaliação. A maioria teve de três a quatro crises conforme pode ser visto na tabela abaixo

Número de crises	Número de participantes
1 a 2 crises	3
3 a 4 crises	8
5 a 6 crises	6
Mais de 7 crises	3

Stress

O ISSL utilizado permitiu identificar os sintomas apresentados pelas participantes e avaliar se elas tinham ou não o diagnóstico de *stress*, o tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico) e a fase do *stress* na qual elas se encontravam. Para uma melhor compreensão dos dados obtidos através da aplicação desse inventário, os resultados serão apresentados em figuras.

A figura 5 mostra a grande prevalência de sintomas de *stress* na amostra: 80% obtiveram o diagnóstico de *stress*.

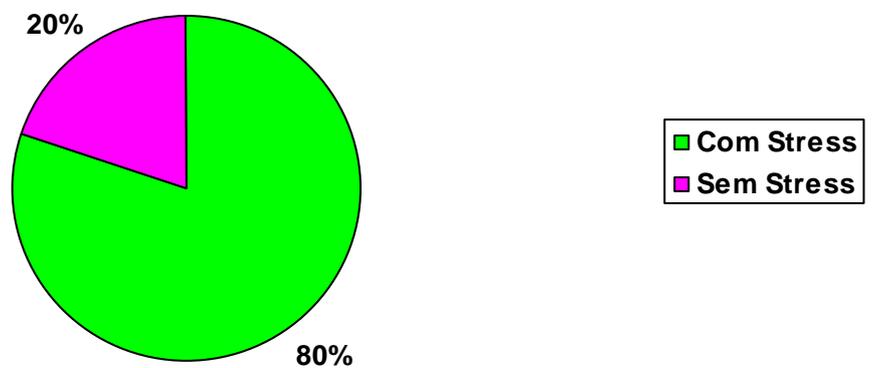


Figura 5: Presença de *stress* na amostra.

Fase do *stress*

Quanto à fase do *stress*, verificou-se que 40% estavam em fase de resistência enquanto 35% se encontravam já na fase avançada (quase-exaustão) (Figura 6).

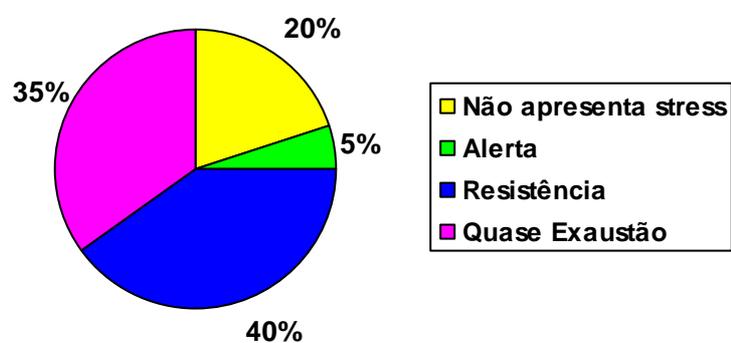


Figura 6: Fase do *stress* na amostra.

Predominância de sintomas

O teste utilizado permitiu avaliar o tipo de sintomas de *stress* mais freqüente na amostra. A maioria das participantes tinha sintomas co-existentes nas áreas física e psicológica (Figura 7).

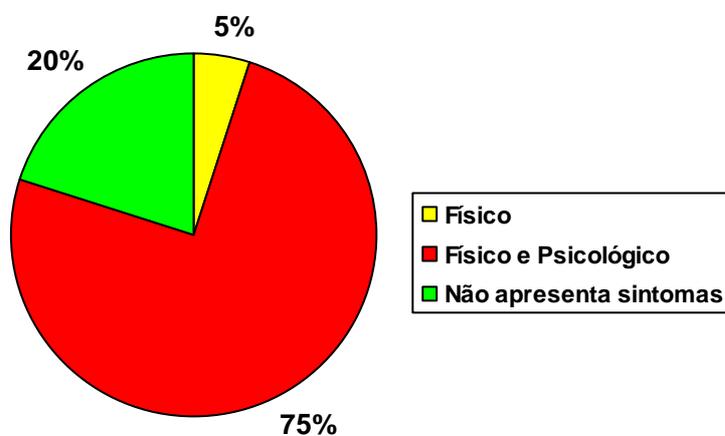


Figura 7: Predominância de tipo de sintomas na amostra.

Predominância de sintomas físicos e psicológicos

A figura 8 apresenta as quinze participantes que obtiveram a predominância de sintomas físicos e psicológicos.

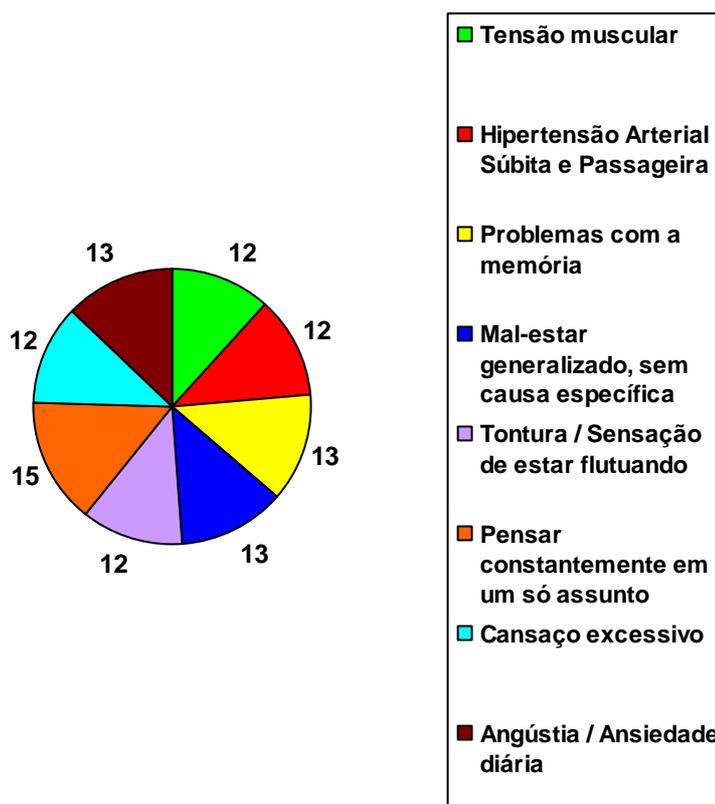


Figura 8: Predominância de sintomas em quinze pessoas com sintomas físicos e psicológicos .

Predominância de sintomas físicos na fase de resistência

Na figura 9 pode ser verificada a predominância de sintomas físicos apresentados pelas oito participantes que se encontravam na fase de resistência.

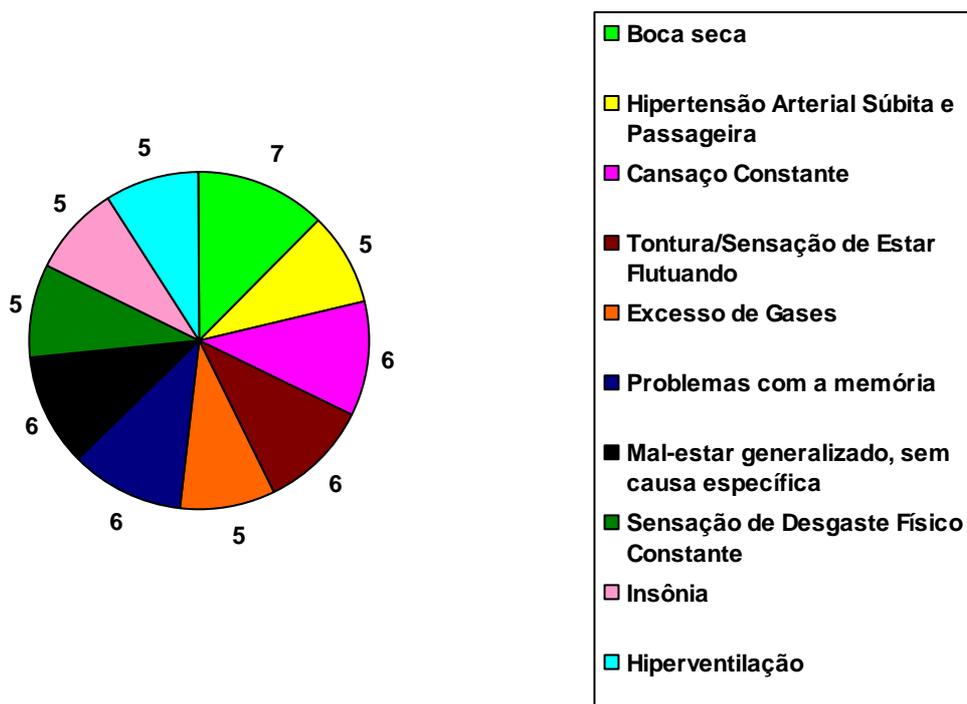


Figura 9: Sintomas físicos predominantes nas oito participantes na fase de resistência.

Predominância de sintomas psicológicos na fase de resistência

Na figura 10 pode ser verificada a predominância de sintomas psicológicos apresentados pelas oito participantes que se encontravam na fase de resistência.

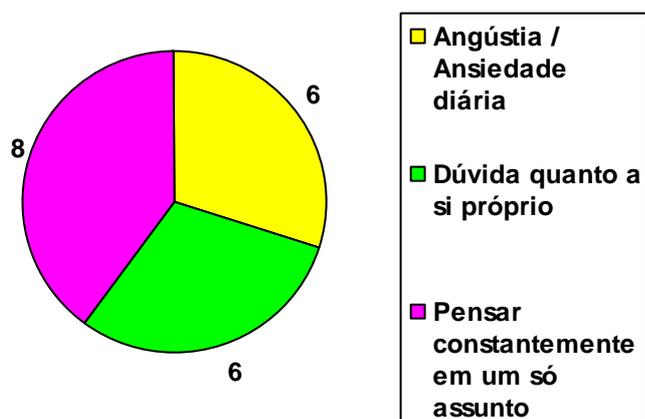


Figura 10: Sintomas psicológicos predominantes nas oito participantes na fase de resistência.

Predominância de sintomas físicos na fase de quase-exaustão

Na figura 11 pode-se verificar a predominância de sintomas físicos nas sete pessoas que se encontravam na fase de quase-exaustão do *stress*

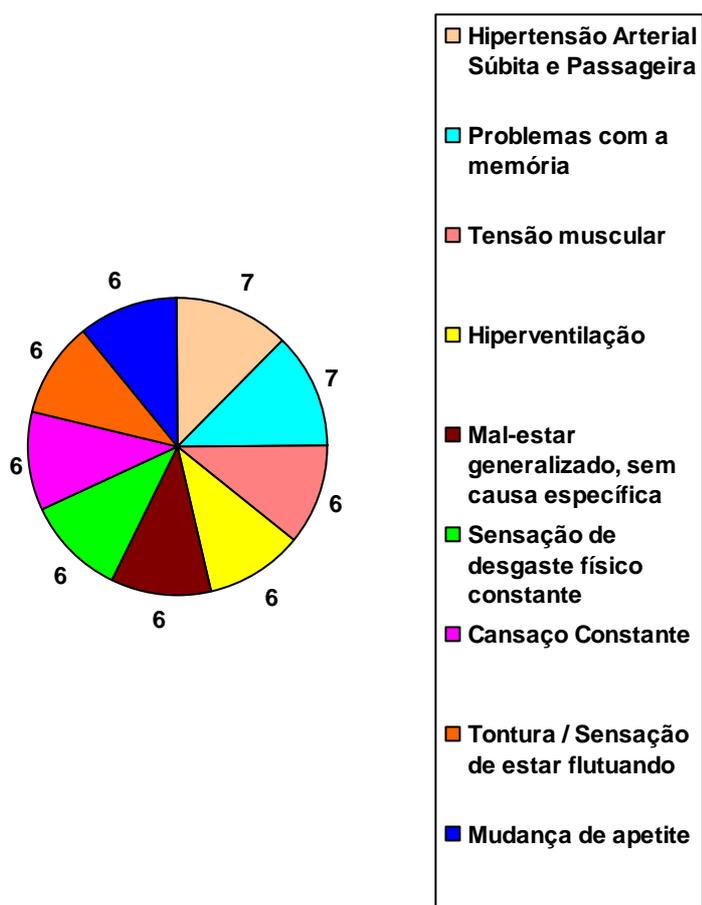


Figura 11: Número de pessoas na fase de quase-exaustão e seus sintomas físicos mais frequentes.

Predominância de sintomas psicológicos na fase de quase-exaustão

Na figura 12 pode-se verificar os sintomas psicológicos nas sete pessoas que se encontravam na fase de quase-exaustão do *stress*.

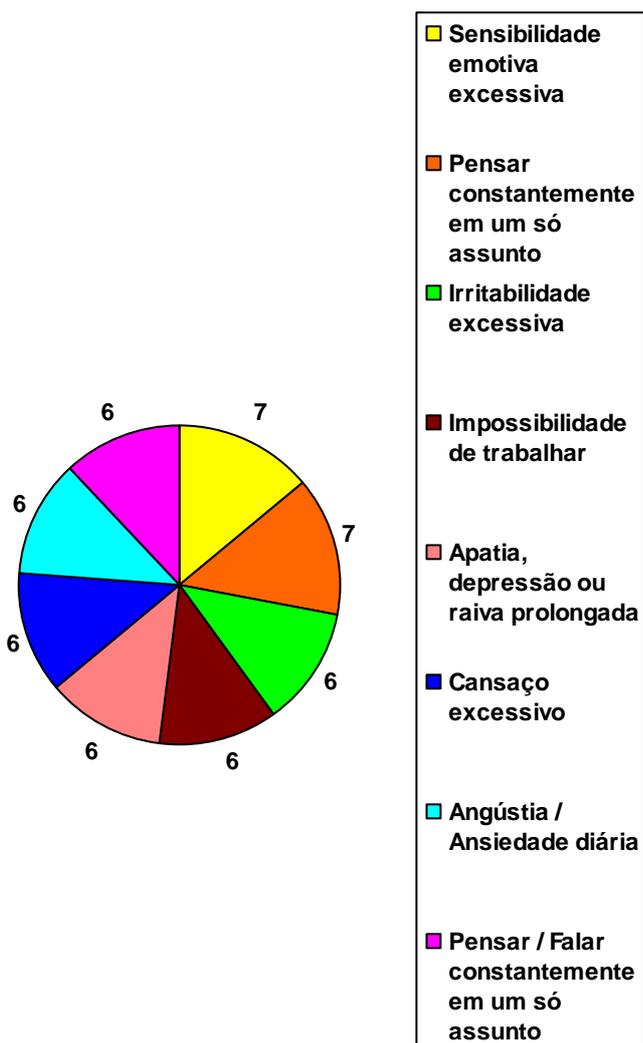


Figura 12: Número de pessoas na fase de quase-exaustão e seus sintomas psicológicos mais freqüentes.

Fase do *stress* das participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos

A figura 13 se refere à fase do *stress* das seis participantes que estão na faixa etária entre 45 e 50 anos.

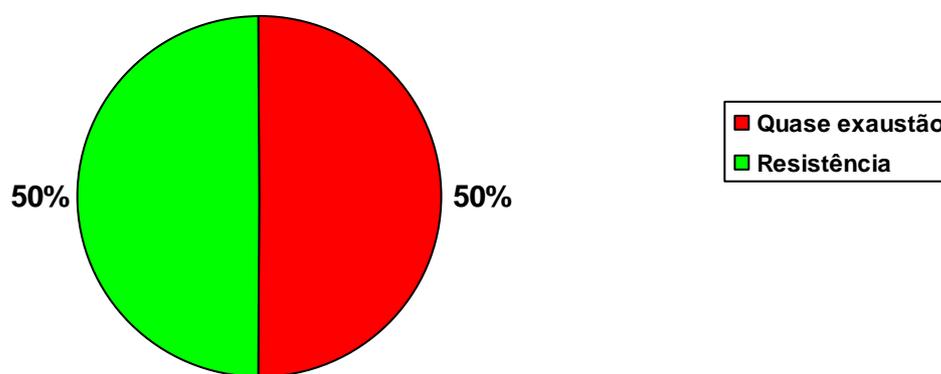


Figura 13: Fase do *stress* das participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos de idade.

Predominância de sintomas psicológicos nas participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos.

Na figura 14 pode ser verificada a predominância de sintomas psicológicos nas seis participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos. Os sintomas psicológicos predominantes foram: **sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si próprio, diminuição da libido, cansaço excessivo.**

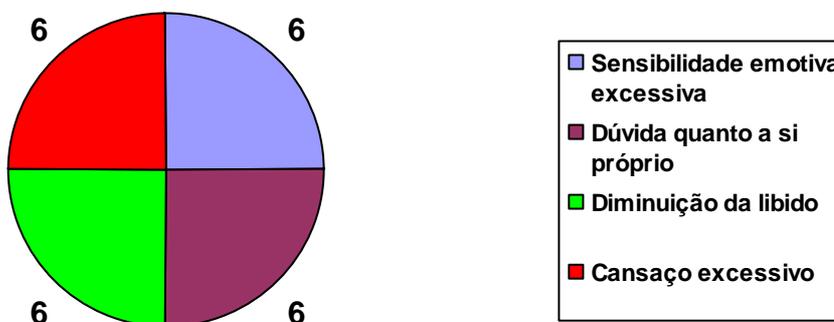


Figura 14: Sintomas psicológicos predominantes nas participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos.

Predominância de sintomas físicos nas participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos

Na figura 15 pode ser verificada a predominância de sintomas físicos nas seis participantes na faixa etária entre 45 e 50 anos. Os sintomas físicos predominantes foram: **problemas com a memória, dificuldades sexuais.**

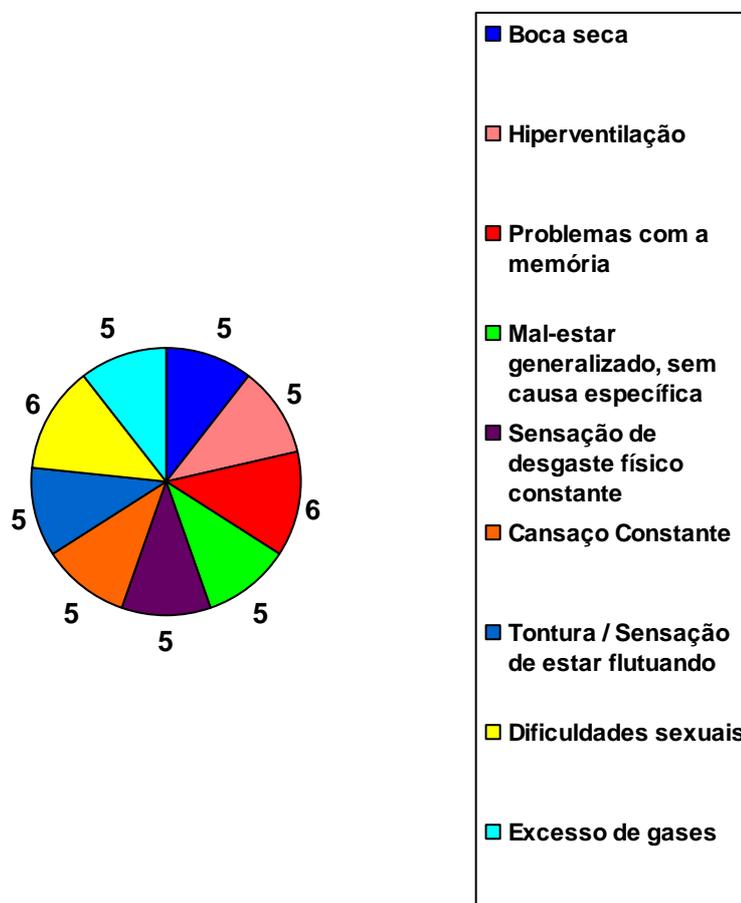


Figura 15: Sintomas físicos predominantes na faixa etária entre 45 e 50 anos.

Fase do *stress* na faixa etária entre 70 e 75 anos

A figura 16 mostra a fase do *stress* das seis participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos.

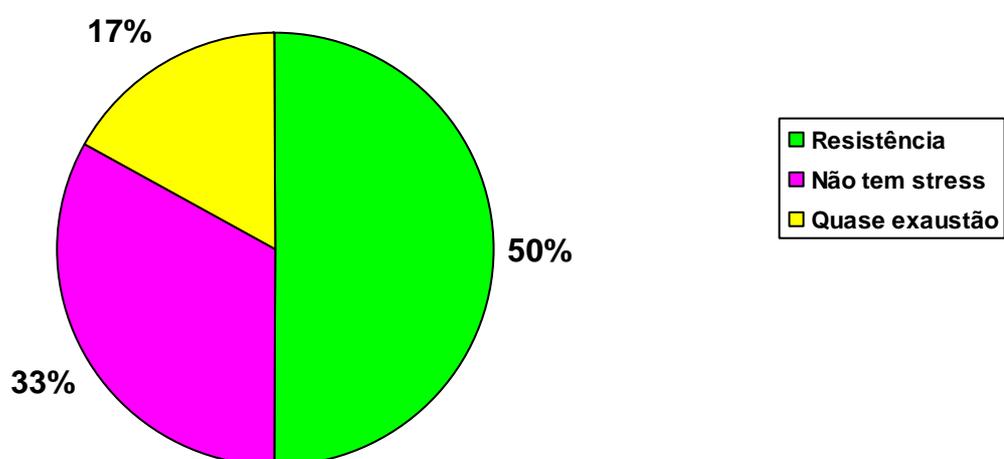


Figura 16: Fase do *stress* das participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos.

Predominância de sintomas físicos nas participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos

Na Figura 17 pode ser verificada a predominância de sintomas físicos nas participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos.

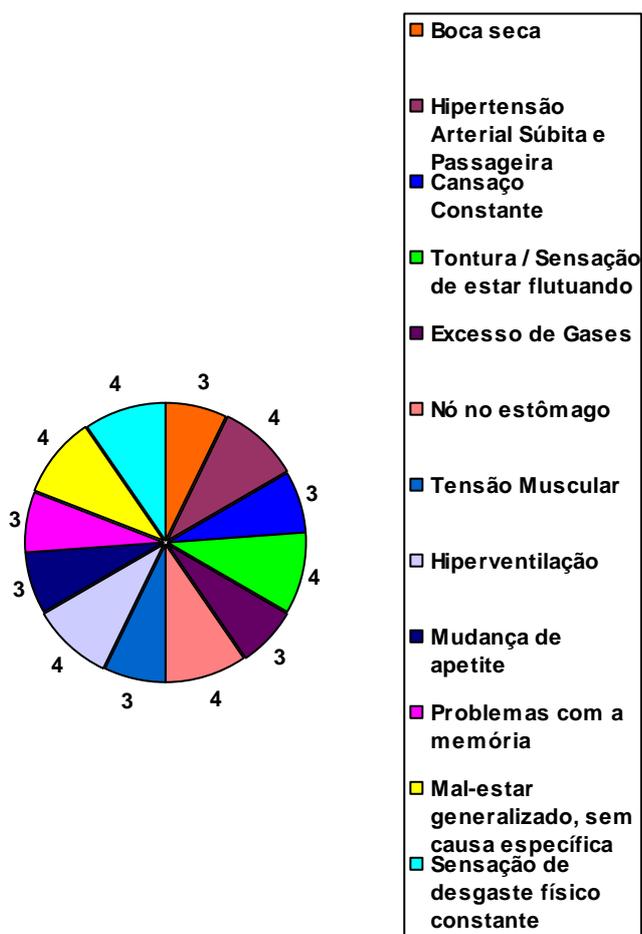


Figura 17: Sintomas físicos predominantes na faixa etária entre 70 e 75 anos

Predominância de sintomas psicológicos nas participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos

Na figura 18 pode ser verificada a predominância de sintomas psicológicos nas participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos.



Figura 18: Sintomas psicológicos predominantes nas participantes na faixa etária entre 70 e 75 anos.

A Escala de Fontes de Stress contém 27 itens. Desses, 19 foram assinalados pelas participantes. Para uma melhor compreensão dos dados obtidos através da aplicação da escala, os itens foram agrupados em quatro categorias (Anexo C). Cada categoria corresponde a um conjunto de questões referentes a diferentes fontes estressoras. A primeira categoria corresponde a **perdas**, a segunda a **mudanças**, a terceira corresponde a **ganhos** e a quarta e última categoria corresponde à **ameaça à integridade**.

Essas quatro categorias foram desenvolvidas por Thania Gomes de Matos em sua dissertação de mestrado Fontes de Stress em Pacientes esquizofrênicos: avaliação a partir da percepção de familiares. Estas categorias foram desenvolvidas levando em consideração os dados adquiridos inicialmente por um estudo piloto.

O número de fontes de *stress* assinalado por cada participante por categoria está apresentado no Anexo G.

O número total de fontes de *stress* mencionadas pelas vinte participantes foi 63, e a média de fontes de *stress* por cada participante foi 3,15.

Categoria mais freqüente

A categoria mais freqüente foi assinada por quinze das vinte pessoas avaliadas. Dentro dessa categoria, a fonte de *stress* predominante foi ficar doente. Na figura 19 está representada a amostra dividida por categorias e na figura 20 a predominância de fontes de *stress* nas diferentes categorias em número de pessoas.

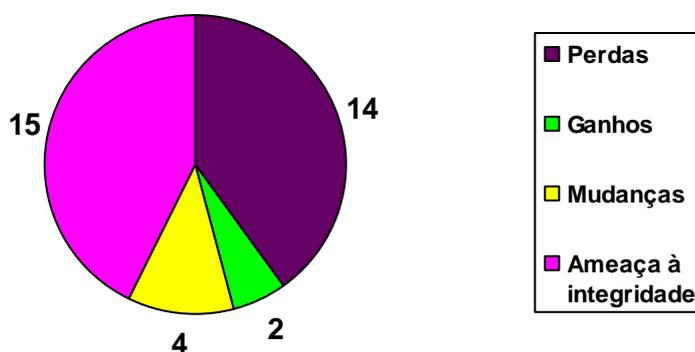


Figura 19: Número total de pessoas que responderam a cada categoria.

Predominância de fontes de *stress* nas diferentes categorias

A fonte de *stress* predominante foi: “ficou doente” que se enquadra na categoria ameaça à integridade. Esse dado pode nos mostrar a força do instinto de sobrevivência, levando em consideração que apesar de tantas dificuldades as participantes se preocupam e muito com o adoecer.

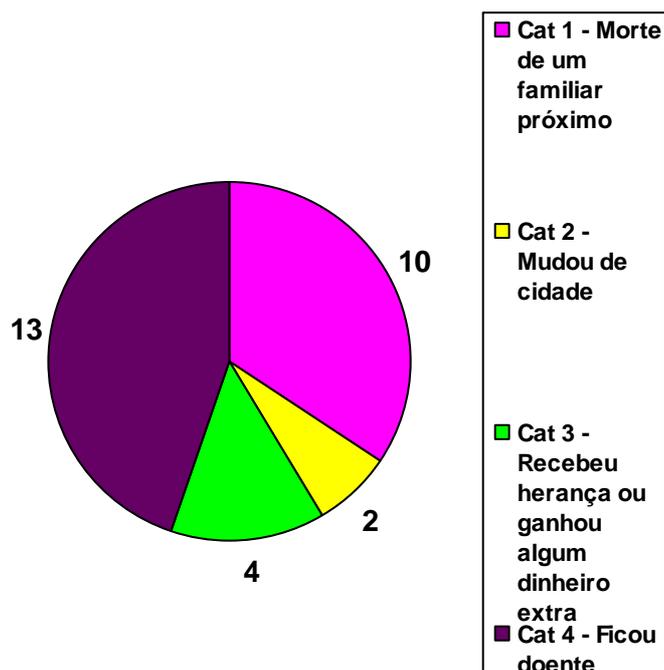


Figura 20: Predominância de fontes de *stress* nas diferentes categorias.

A categoria **ameaça à integridade** foi a mais freqüente entre as participantes quanto ao número de respondentes e à quantidade de fontes de *stress*.

A categoria **mudou de cidade** foi a que exibiu o menor número de participantes e de fontes de *stress*.

A partir desses dados foram feitas análises estatísticas utilizando-se o teste qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de $p < 0,05$. O pacote estatístico utilizado foi o Instat 3.

Avaliou-se se havia associação significativa entre a fase do *stress* e a idade das respondentes e verificou-se não haver tal associação ($\chi^2 = 3,0$; $p = 0,22$).

Com relação à associação entre a fase do *stress* e a adesão das respondentes ao tratamento, verifica-se não haver também tal associação ($\chi^2 = 1,95$; $p = 0,37$).

O qui-quadrado aplicado à análise da associação entre fase do *stress* e escolaridade ($\chi^2 = 2,52$; $p = 0,28$), assim como fase do *stress* e estado civil ($\chi^2 = 1,27$; $p = 0,52$) e fase do *stress* e religião ($\chi^2 = 2,44$; $p = 0,29$) não revelou ser significativo.

Esses resultados indicam, portanto, que em nenhuma das variáveis houve significância estatística.

Os dados qualitativos coletados durante as entrevistas foram transcritos literalmente das respostas de cada participante aos itens da ficha de identificação - idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, profissão e religião - e da resposta à questão 28 da Escala de Fontes de *Stress*: “Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento? Por quê?”(Anexo H).

A questão 28 possibilitou avaliar que essas participantes se preocupam muito com fontes estressoras que são externas a elas, como família, filhos, marido e quando estão diante de estressores internos apresentam restrita capacidade de resolução de problemas.

Esses dados foram encontrados na grande maioria das respondentes. Por exemplo, a paciente número 2 revelou que a situação mais significativa em sua vida no momento da avaliação era “a separação da minha filha. Porque foi um

sonho que acabou”, enquanto para a paciente número 15 a situação mais significativa era “preocupação com saúde e serviço de casa”.

A questão financeira também foi um estressor significativo na vida das respondentes. Por exemplo, a paciente número 14 revelou que a situação mais significativa era “a questão financeira muito difícil. Trabalho na lavoura e o valor é muito baixo”, assim como a paciente número 4 que também estava com dificuldades financeiras: “Nesse momento é o problema do benefício. Fico com isso na cabeça o tempo todo. Meus filhos é que estão me ajudando. Meus remédios não posso comprar.”

O preconceito também foi um estressor relatado pela paciente número 3: “... É a estupidez do meu marido. Isso me irrita e eu estouro. Ele fala da minha cor. Parece ser racista... Falei que ia comprar um carro preto e ele disse que não gosta de preto...”.

Esses relatos revelaram que essas participantes se envolvem muito com questões emocionais, o que afeta de forma direta a saúde e a preocupação com ela.

Discussão

Este trabalho pretendeu avaliar a relação entre o diagnóstico de *stress*, a presença de estressores e a ocorrência da crise hipertensiva, em especial da urgência hipertensiva. A amostra foi composta por vinte mulheres na faixa etária entre 45 e 75 anos, encaminhadas pelo centro de saúde das cidades de Mogi-Guaçu e Campinas.

Pretendeu-se inicialmente que a amostra contivesse dez homens e dez mulheres, porém o número de homens para atender aos critérios de inclusão estabelecidos não foi alcançado.

Segundo os profissionais responsáveis pelo encaminhamento, a demanda de mulheres é sempre maior que a de homens, que dificilmente realizam uma prevenção e acompanhamento da doença, fator preocupante e que merece atenção.

No entanto a prevalência de mulheres que procuram esses serviços pode ser atribuída também a outros fatores. Por exemplo, Martin, Higashiyama, Garcia, Luizon e Cipullo (2004) encontraram maior frequência de crise principalmente nas urgências hipertensivas no sexo feminino, o que poderia refletir a maior demanda das mulheres.

Outro aspecto relacionado à maior procura de mulheres ao atendimento médico pode ter relação com as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde. Costa (2003), em sua pesquisa com 21 homens, percebeu que independente da doença, a dificuldade do homem em procurar ajuda médica estava relacionada à crença de que não procurar o médico é sinal de força e assertividade, e o contrário representaria falta de inteligência e de esperteza. Sendo assim, segundo a autora, a maior procura de mulheres por ajuda médica se justificaria por serem vistas como mais frágeis e portanto com maior necessidade de ajuda.

Questiona-se se esse seria o real motivo da maior procura feminina ou se o excesso de trabalho e de exigências e o *stress* decorrente dessas demandas sociais não estariam contribuindo para a maior prevalência de crises hipertensivas no sexo feminino.

A literatura especializada enfatiza o *stress* como um dos fatores de risco no desenvolvimento e/ou agravamento de diversos quadros físicos e psicológicos, incluindo a hipertensão. Isso vem ao encontro do estudo realizado por Castro e Scatena (2004) com hipertensos em que foi constatado em 52% dos participantes o diagnóstico do *stress*, deixando claro que ele é um agravante no bem-estar do hipertenso. A hipertensão é uma das doenças cardiovasculares que pode ser desencadeada por inúmeros fatores, dentre eles os genéticos, sociais e ambientais. Por isso, Amodeo e Heimann (2003) consideram que por ser a hipertensão uma doença multifatorial, torna-se fundamental a modificação de estilos de vida inadequados.

As V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006) recomendam promover modificações no estilo de vida inadequado para melhorar a qualidade de vida do hipertenso. Recomendam também que o treino do controle do *stress* seja oferecido. Lipp, Bignotto e Malagris (1998) definem o treino do controle do *stress* como uma maneira de ajudar o sujeito a compreender o que é o *stress*, quais são as possíveis causas e como procurar lidar com cada uma delas. (considera texto para introdução).

No presente estudo, foram avaliadas diversas fontes estressoras que poderiam causar o desencadeamento da urgência hipertensiva. Apesar de o instrumento utilizado não ter sido construído especificamente para essa população de hipertensos, e portanto conter itens não apropriados à amostra atual, foi possível avaliar os dados qualitativamente.

Os itens que a pesquisa mostrou não serem adequados para a amostra são: nascimento de um filho, nascimento de um irmão, gravidez, mudou de escola, uma vez que as participantes estavam na faixa etária entre 45 e 75 anos, e esses dados são esperados para uma população mais jovem.

Talvez se essa mesma escala tivesse sido aplicada a uma amostra cujas participantes fossem mais novas, os dados poderiam ter sido mais apropriados. Caberia então reorganizar essa Escala de Fontes de *Stress*, levando em consideração a faixa etária estudada e os dados coletados através da questão: “Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse

momento? Por quê?”, que demonstram as reais preocupações do paciente hipertenso.

Apesar dessa constatação foi possível avaliar os outros itens, encontrando muita riqueza nos dados. Das vinte participantes, todas apresentaram pelo menos um evento estressante significativo em suas vidas, durante os últimos seis meses. A média do número de eventos estressantes foi de 3,15 por participante, o que enfatiza a importância do efeito do *stress* no desencadeamento da urgência hipertensiva. Essa evidência aumenta quando se avalia que 80% da amostra estudada apresentava o diagnóstico de *stress*.

Quando os dados da Escala de Fontes de *Stress* foram analisados, observou-se que a maneira como as participantes avaliavam as fontes estressoras variava muito. Uma mesma fonte era avaliada como algo estressante para umas e para outras como uma situação muito tranquila. Esse dado reforça o postulado por Lazarus e Folkman (1984) de que o que define o *stress* é a percepção do indivíduo sobre a situação, assim como Ellis (1973) que enfatiza a importância de fatores cognitivos na gênese do *stress* emocional. Os dados corroboram os de Shapiro e Miller (1987), que enfatizaram diferentes aspectos referentes à reatividade cardiovascular, relacionando ao desencadeamento da hipertensão a maneira como o indivíduo reage aos estímulos.

Os dados revelaram que quinze das vinte participantes avaliadas apresentaram vulnerabilidade ao *stress* – ameaça à integridade – enquadrada na categoria 4. A fonte de *stress* predominante dentro dessa categoria foi o ficar doente, o se pode considerar esperado por ser uma amostra com idade entre 45-50 anos.

Dois participantes apresentaram vulnerabilidade ao *stress* enquadrada na categoria 3 – ganhos. Isso vem ao encontro da definição de *stress* de Lipp e Malagris (1995), como uma reação do organismo que pode ser desencadeada por uma situação que irrite, amedronte, excite, confunda ou faça a pessoa imensamente feliz.

A maioria das respondentes preocupava-se muito com a vida de seus filhos. A paciente número 11 relatou que a filha separou e está muito nervosa com isso. “Nervoso com a família. Filha separou do marido, há dois dias e está morando conosco.”

Além disso, muitas vezes procuravam controlar a vida dos filhos como se estivessem se referindo à própria vida. A paciente número 12 atribuiu sua crise ao casamento do filho “Casamento do filho. Porque eles me enganaram, eu não queria que ele casasse porque ela me maltrata.”

Esse desejo de controlar tudo que se refere ao seu ambiente está de acordo com o que Lipp et al. (1991), MacFadden (1993), Lipp e Rocha (1994) apontaram como um dos aspectos da personalidade do hipertenso.

O fato de viverem relacionamentos infelizes principalmente com o marido vem ao encontro com as pesquisas de Sverker (1987) de que dentre as características do hipertenso estão a tendência à dependência e à submissão. A paciente número 10 relatou “A briga com o meu marido. Porque brigamos muito. Somos muito ciumentos. Ele sempre foi um homem desconfiado”. Assim como a paciente número 6 que relatou ter um marido que nunca trabalhou e quer comandar o que não é dele. No caso, estava se referindo a uma herança que tem por receber. “Herança para receber. Porque marido quer comandar algo que não é dele. Este nunca trabalhou. Ele foi casado com quatro mulheres e nunca trabalhou. É dominador, quer saber de tudo. Ele faz escândalo. Ele faz um jogo que ele fica sendo o certo. Não tenho relação sexual há 22 anos.”

A amostra que fez parte deste estudo é proveniente de população de baixo nível socioeconômico e cultural; a maioria apresentava o 1º grau incompleto e muita dificuldade financeira. O que vem ao encontro dos resultados de Ribeiro (2003) de que a hipertensão acomete mais as pessoas com menor instrução e com baixo nível socioeconômico. A paciente número 7 revelou que “Eu não tenho nada que esteja me preocupando. A minha aposentadoria não vem há nove meses, será que pode ser isso?”, o mesmo ocorreu no relato da paciente número 16: “São as dívidas. Porque sou pobre, mas de cara limpa. Sou orgulhosa e não conto para ninguém.”

O relato da paciente 16 também confirma a dificuldade do paciente hipertenso em expressar afeto, emoção e ansiedade, conforme MacFadden e Ribeiro (1998).

No que se refere à predominância de sintomas físicos e psicológicos, o sintoma predominante relatado por quinze das vinte participantes avaliadas foi pensar constantemente em um só assunto. Os sintomas psicológicos mais freqüentes foram sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si própria, diminuição da libido e cansaço excessivo.

Esses dados apontam para algumas das características da personalidade do hipertenso estudadas por Lipp et al.(1991), MacFadden (1993), Lipp e Rocha (1994) e MacFadden e Ribeiro (1998).

A Escala de Fontes de *Stress* utilizada neste estudo foi construída por Gomes de Matos (2005) em sua dissertação de mestrado com o objetivo de averiguar a possível relação entre a ocorrência de eventos estressantes e o desencadeamento de surtos esquizofrênicos. Apesar de as populações estudadas serem diferentes, alguns resultados se relacionam. Neste estudo com pacientes com o diagnóstico de urgência hipertensiva assim como no estudo com pacientes esquizofrênicos desenvolvido por Gomes de Matos, a amostra apresentava eventos estressores que desencadearam no caso dos hipertensos a crise hipertensiva e nos esquizofrênicos surtos. A média de eventos estressantes em ambos os estudos foi da ordem de 3,15 por pessoa.

Os participantes de ambos os estudos eram de nível socioeconômico e cultural baixo, o que explica os problemas financeiros similares e o baixo nível de escolaridade.

A fonte de *stress* mais freqüente em ambos os estudos foi enquadrada na categoria 4: ameaça à integridade. Porém a fonte relacionada a essa categoria no estudo de Gomes de Mattos (2005) foi risco físico ou psicológico antes do surto, e neste estudo com pacientes com urgência hipertensiva a fonte mais freqüente foi ficar doente, que esta inserida na categoria ameaça à integridade.

Os dados apresentados neste estudo demonstraram que os eventos externos e internos podem influenciar, e, possivelmente, acarretar o desencadeamento da urgência hipertensiva. Nesse sentido, novas pesquisas precisam ser realizadas levando em consideração esses dados, porém com um instrumento elaborado especificamente para essa população, assim como estudar um maior número de pacientes com urgência hipertensiva.

Algumas questões precisam ser mais enfatizadas como as que se referem ao desejo de controlar a vida de todos, à preocupação exagerada com qualquer evento, à dificuldade em expressar afeto e de lutar pelos seus ideais.

Novas questões abertas poderiam ser elaboradas como uma maneira de oferecer oportunidade aos respondentes de expressar de modo mais aberto o evento que consideram como mais significativo e assim realmente relatar os dados sem censura, assim como elaborar um estudo exploratório investigando o histórico com mais profundidade.

Como o desejo de controlar tudo é muito intenso no paciente com hipertensão (Lipp et al., 1991; MacFadden, 1993 e Lipp & Rocha (1994), a questão aberta também possibilitou um menor controle da respondente e maiores possibilidades à pesquisadora na obtenção dos dados.

Conclusão

Ao focar a presença do diagnóstico do *stress* assim como de eventos estressantes antecedentes à urgência hipertensiva, o presente estudo tentou trazer contribuições tanto para o campo da Psicologia como para o da Cardiologia.

Esta pesquisa, que teve por objetivo avaliar a possível relação entre *stress*, eventos estressores e ocorrência da urgência hipertensiva, revelou que 80% da amostra encontrava-se com *stress*; e dentre os que tinham *stress*, 40% estavam na fase de resistência. Os sintomas assinalados com mais frequência foram tanto de natureza física quanto psicológica.

Ao avaliar a Escala de Fontes de *Stress*, todas as respondentes apresentaram pelo menos um evento estressor nos últimos seis meses que antecederam a urgência hipertensiva com média de fontes de *stress* de 3,15 por cada participante. A categoria mais frequente foi a ameaça à integridade e a menos frequente foi a categoria “ganhos”. A fonte de *stress* predominante dentro da categoria ameaça a integridade foi ficar doente. As características de personalidade: desejo de controlar tudo no ambiente, dificuldade de expressar sentimentos e tendência à dependência e submissão foram observadas na maioria das respondentes.

A prevalência de mulheres na amostra confirmou o que a literatura enfatiza quanto a que os homens procuram menos atendimento médico do que as mulheres. Fica apenas a dúvida se isso está relacionado com a concepção tradicionalista de que o homem é forte e não precisa de ajuda ou se revela que a mulher sofre maiores exigências e, portanto, está submetida a eventos estressantes de maior impacto.

O presente estudo poderá servir de base para novos trabalhos utilizando esse mesmo método, porém acrescentando questões que enfoquem outros aspectos não investigados, como, o motivo de a amostra ser predominantemente de mulheres, e adaptem a Escala de Fontes de *Stress* a essa população. Considerando que poucos são os trabalhos desenvolvidos sobre os aspectos psicológicos envolvidos no desencadeamento da urgência hipertensiva torna-se fundamental dar continuidade a novas pesquisas nesta área.

Cabe ressaltar, portanto, que a importância de novas pesquisas nessa área deverá levar em consideração um maior número de participantes a fim de que essas questões possam ser melhor avaliadas e medidas preventivas possam ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

- Amodeo, C. & Heimann, J. C. (2003). Endotélio e Hipertensão Arterial Sistêmica: Mecanismos de Lesão/ Novo Alvo Terapêutico? **Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo**, 13: 121-9.
- Assad, T.E. (1985). **Emergências Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Ed Epume.
- Bezerra, P. P. L. (2003). **Revascularização do miocárdio: Stress, Qualidade de vida e restabelecimento pós-cirúrgico**. Dissertação de mestrado. Campinas –PUC – Campinas.
- Boreli, F. A. O.; Amodeo, C. Jr, O. P.; Souza, M. G.; Correa, L. A.; Machado, V. H. L.; Lima, W. H. C.; Gozzi, S. L.; Mauro, V. F.; Villagra, M. E. R. (2004). Hipertensão renovascular etiologia e fisiopatologia. **Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica**.30 (4): 152-161.
- Borges, S. (2003). Emergência e Urgência hipertensiva. **Jornal da SOCERJ**, ano VIII, 04.
- Brandão, A. P., Brandão, A. A. Magalhães, M. E. C., Pozzan, R. (2003). Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo**;13 (1): 7-19.
- Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In Júlio de Mello Fº (Org.). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cannon, W. B. (1932). **The Wisdom of the body**. New York:Noeron.
- Castro, A. P.; Scatena, M. C. M. (2004). Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 12 (6): 1-8.

- Ciorlia, L. A. S.; Godoy, M. F. (2005). Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. Seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. **Arquivos de Cardiologia**, 1-12.
- Conceição, T. V.; Gomes, F. A.; Tauil, P. L.; Rosa, T. T. (2006). Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovascular em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 86 (1):1-10.
- Costa, R. G. (2003). Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudo de População**, 20, (1), jan / jun.
- Cottier; Perini and Rauchfluisch. (1987). Personality traits and hypertension: an overview. In Series Editors: W. H. Birkenhager e J. I. Rud **Behavioral factors in hypertension** (9).
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (1998) III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial: Campos do Jordão, S. P.
- Eberunos, J. A. (1985) **Emergências Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Epume
- Ellis, A. (1973). **Humanistic Psychology: The rational Emotive approach**. N.Y.: Julian.
- Favarato, M. E. C. S., Favarato, D., Hueb, W. A & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: Comparação entre ganhos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 52, (4): 1 - 13
- Ferrari, A. C. (2005). Fragmentos de histórias. **Revista de Psicologia, Psicanálise, Neurociência e Conhecimento. Viver Mente & Cérebro**. Scientific American, 151: 3-3.

- Gandarilhas, M.A.; Câmara, S.G.; Scarparo, H. (2005). Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, Jan /Abr. 18 (1): 1 - 18
- Gunther, I. A. & Machado, S. S. (2003). Revistando a saúde: da visão patogênica à visão salutogênica de estresse. In. Z. A Trindade & A. N. Andrade (Org.). **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo (45-54)
- Homes, T.H. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment. Rating Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, 11: 213-218.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). **Cognitive appraisal process: stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing company.
- Liberman, A. (2001). **Estudo de qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC- Campinas.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, (3-4): 5-19.
- Lipp, M. E. N.(1989) **Qualidade de Vida: O controle do stress para executivos**. Rio de Janeiro: Souza Cruz
- Lipp, M. E. N. et. al.(1991) Hipertensão arterial e stress. In: M. Krobel (Ed.) **Psicossomática**. Campinas: Unicamp 175 -184.
- Lipp, M. E. N. & Guevara, A. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de Psicologia**, 11 (3): 43-49.
- Lipp, M. E. N & Malagris, L. N. (1995). O manejo do stress. In: B. Range (Org).

Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas, II. p Campinas: Fundo Editorial Psy 279-292

Lipp, M. E. N. (org) (1996). **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações, e grupos de risco.** Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N. & Rocha, J. C. (1996). **Stress, Hipertensão e Qualidade de Vida.** Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N.; Bignotto, M. M; Alcino, A. B. (1997). Efeitos do treino de controle do stress social na reatividade cardiovascular de hipertensos. **Psicologia: teoria, investigação e prática**, 2: 137-146.

Lipp, M. E. N.; Alcino, A. B.; Bignotto, M. M; Malagris, L. E. N. (1998). O treino de controle do stress para hipertensos: uma contribuição para a medicina comportamental. **Estudos de Psicologia**. (15) 3: 59-66.

Lipp, M. E. N. (org.) (2000). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções.** Campinas. Papirus.

Lipp, M. E. N. (2000). **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adulto de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rer. de Psiquiatria Clínica** 28 (6): 347-346

Lipp, M. E. N. (2003). O Modelo Quadrifásico do Stress. In. M. E. N. Lipp (Org.). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: teoria e aplicação clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 17 – 21.

MacFadden, M. A. J. (1993)**Contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manifestações psicossomáticas.** Tese de doutorado.

Campinas: Unicamp.

MacFadden, M. A. J. & Ribeiro, A. V. (1998). Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, Jan/Mar 44 (1):1 - 10

Matos, T. M. G. (2005). Avaliação de fontes de stress antecedentes a um surto psicótico esquizofrênico a partir do ponto de vista de seus familiares. **Dissertação de Mestrado**. Campinas: PUC – Campinas.

Martin, J. F. V.; Higashiana, E.; Garcia, E.; Luizon, M. R. & Cipullo, J. P. (2004). Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 83 (2): 1-11.

Monego, E.T. & Jardim, P.C.B.V. (2006). Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 87 (1):1-16.

Mota, E. M. T. (2003). Liga de Hipertensão Arterial/ NGA – 8 Belém/ SES-SP.

Nobre, F.; Chauchar, F; Viana, J. M.; Pereira, G. J. V. & Lima, N. K. C. (2002). Evaluation of the Medical Care of Patients with Hypertension in na Emergency Department and in Ambulatory Hipertension Unit. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 78 (2): 1-4.

Peres, G.H. (1990).Elementos para uma reflexão sobre a interação somática e psíquica na doença cardíaca.. In B.W. Romano **Psicologia Aplicada a Cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk.

Polanczyk,C. A . (2005). Fatores de risco cardiovascular no Brasil: Os próximos 50 anos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**,84 (3): 1 – 5.

Rangé, B. (1995) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Editorial Psy II.

Rathus, S. A. (1973). A 30 – item schedule for assessing assertive behavior. **Behaviour therapy**, 4, 398-406.

Ribeiro, M. R. (2003). **Prevenção e saúde do hipertenso**. São Paulo: Vetor.

Ribeiro, R. (2005). Site:

www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.vxlpub?id+97717

Acessado no dia 02/08/2005.

Rohde, L. E. (2005). O prognóstico da insuficiência cardíaca no Brasil: a busca de dados confiáveis e representativos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 84 (1): 1-4.

Romano, B. W. (1990). **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk.

Romano, B. W. (2001). **Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rossini, N.; Machado, J. N. & Xavier, H. T. (2006). Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do Município de Brusque, SC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 86 (3): 1 – 7.

Santello, J. L.; Praxedes, J. N. (2003). Emergências Hipertensivas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**; 1: 176-88.

Savoia, N. A. (2003) A relação entre stress e Transtorno do Pânico. In M. E. N. Lipp, M. E. N. (Org) **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Selye, H. A. (1936). "A syndrome produced by diverse nocuous agents". **Nature**, 138: 32.

Selye, H. A. (1956). **The stress of life**. Nova York, McGraw-Hill.

Selye, H. A. (1965). **Stress: A tensão da vida**. (Trad. Frederico Branco). São Paulo: Ed. Ibrasa.

Selye, H. A. (1974). **Stress without distress**. Filadelfia: Lipincott.

Shapiro, A. P., Miller, R. E. (1987). Behavioral consequences of hypertension and their relationship to personality. In: S. Julius and D. R. Bassetti Editors **Hand book of hypertension. Behavioral factors in hypertension**. N.Y: Elsevier Science Publishers B. V.

Site:

http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_aa.php

Acessado no dia 14/02/2007

Sousa, A.G.M.R. (1995). **Rumos da Psicologia hospitalar em Cardiologia**. São Paulo: Papyrus.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia (2002) IV Diretrizes de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão – SP: **Sociedade Brasileira de Hipertensão**

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Sociedade Brasileira de Hipertensão <site www.sbh.org.br> consultado no dia 02/08/2005.

Sverker Jern.(1897). Specificity of personality factors found in hypertension. **Hand book of. Hypertension.** 9. Behavioral factors in hypertension. In S. Julius e D.R. Bassett, N.Y: Elsevier Science Publishers B.

Walen, R. Susan; Digiuseppe, R.; Wessler, R. L. (1980) **A pradtitioner´s guide to rational emotive therapy.** NY : Ox Ford University. Press.

ANEXOS

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título do estudo: Relação entre eventos estressores e urgência hipertensiva****Pesquisadora: Flávia Urbini dos Santos****Orientadora da Pesquisa: Dra. Marilda E. Novaes Lipp****Instituição: PUC-Campinas**

Local de realização: os pacientes serão encaminhados por Dr. Cláudio Pinho, responsável pelo Pronto-Socorro da PUC-Campinas (ambulatório de hipertensos refratários).

Natureza do estudo

Você está sendo convidado a participar de um trabalho que visa investigar a possível relação entre a ocorrência de eventos estressantes e o desencadeamento da urgência hipertensiva.

Participantes do estudo

A participação será voluntária, com o devido consentimento por escrito de cada um de vocês para o uso dos dados coletados.

Envolvimento das participantes do estudo

A participação neste estudo se faz através de uma entrevista com a psicóloga pesquisadora, além de responder a testes psicológicos e a um questionário.

Você tem a liberdade de recusar a participar e pode ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você.

Riscos e desconforto

A participação nesta pesquisa não traz complicações e os procedimentos utilizados seguem normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais, sendo divulgados apenas resultados gerais e não resultados individuais. Seu nome nunca será revelado. A identificação das participantes será preservada também no que se refere a dados coletados dos prontuários.

Benefícios

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto nós esperamos que ela nos dê informações importantes sobre as possíveis fontes estressoras desencadeadoras da urgência hipertensiva.

Pagamento

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação.

Observação

Caso sejam necessários maiores esclarecimentos sobre este estudo e sua participação, entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: 19-91268136 ou com o Comitê de Ética pelo telefone: 19-37296808.

Cópia:

Este termo está sendo assinado em duas vias, uma delas permanecerá com o participante.

Declaração

Declaro que entendi o objetivo e o procedimento da pesquisa e que concordo voluntariamente em dela participar, sabendo que poderei interromper minha participação na hora que desejar, sem qualquer problema para mim e que meus dados serão mantidos em sigilo.

Nome e assinatura do participante: _____

RG:

Endereço:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo em vista todas as informações apresentadas anteriormente e atentamente lidas por mim, eu, de forma livre e esclarecida, concordo em participar do estudo descrito:

Data: __ / __ /

Assinatura do participante

Data: __ / __ /

Assinatura da investigadora:

Flávia Urbini dos Santos

CRP: 06/65830

Anexo B**Ficha de identificação:**

Nome do paciente: _____

Diagnóstico: _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____ Grau de instrução: _____

Estado Civil: _____

Possui filhos: _____ Quantos _____

Idade: _____

Com quem mora o paciente: _____

Profissão: _____ Faixa salarial: _____

Religião: _____

Data da primeira crise hipertensiva: _____

Quantidade de crises hipertensivas: _____

Tratamentos que vem realizando no momento:

ANEXO C

ESCALA DE FONTES DE STRESS

INICIAIS: _____

Nº _____

DATA: ____/____/2006

QUESTÕES**Ocorreu nos últimos 6 meses?**

1. Morte do cônjuge?
2. Morte de um dos pais?
3. Morte de um irmão familiar próximo?
4. Divórcio, separação conjugal ou término de namoro?
5. Casamento?
6. Início de namoro?
7. Nascimento de um filho?
8. Nascimento de um irmão?
9. Gravidez?
10. Brigas com parentes ou pessoas importantes?
11. Foi admitido em um emprego novo?

12. Perdeu o emprego?
13. Mudou de emprego/ cargo/ função?
14. Fez novas dívidas?
15. Recebeu herança ou ganhou algum dinheiro extra?
16. Cônjuge/ familiar perdeu o emprego?
17. Ficou doente?
18. Sofreu algum acidente?
19. Sofreu algum assalto ou seqüestro?
20. Sofreu abuso sexual?
21. Cometeu alguma infração à lei?
22. Mudou de país?
23. Mudou de cidade?
24. Mudou de casa?
25. Mudou de bairro?
26. Mudou de escola?
27. Mudou de religião?
28. Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?

Anexo D

Termo de compromisso para utilização de dados de prontuário

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de mestrado que está sendo realizada pela mestranda Flávia Urbini dos Santos e orientada pela professora Dra. Marilda E. Novaes Lipp, da Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Puc-Campinas. O objetivo é avaliar a possível relação entre a ocorrência de eventos estressantes e o desencadeamento da urgência hipertensiva.

A fim de possibilitar a seleção dos sujeitos para a pesquisa será necessário identificar nos prontuários os pacientes com crise hipertensiva que estiveram neste hospital e tiveram como diagnóstico: urgência hipertensiva.

Comprometo-me a utilizar os dados obtidos exclusivamente para fins de pesquisa. Comprometo-me também a manter em sigilo todos os dados obtidos no que se refere à identificação dos pacientes utilizando-os somente para fins de elaboração da minha dissertação de mestrado.

Flávia Urbini dos Santos
CRP06/65830/(19)91268136

Dra. Marilda E. Novaes Lipp
Orientadora

Anexo E

Marilda Novaes Lipp

APOSTILA
O STRESS: CONCEITOS TEÓRICOS
Definições

Stress é uma reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de uma adaptação grande a um evento ou situação de importância. Este evento pode ter um sentido negativo ou positivo.

Stress Negativo é o stress em excesso. Ocorre quando a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação. O organismo fica destituído de nutrientes e reduzida a energia mental. Produtividade e capacidade de trabalho ficam muito prejudicadas. A qualidade de vida sofre danos. Posteriormente a pessoa pode vir a adoecer.

Stress Positivo é o stress em fase inicial, a do alerta. O organismo produz adrenalina que dá animo, vigor e energia fazendo a pessoa produzir mais e se mais criativa. Ela pode passar por períodos em que dormir e descansar passa a não ter tanta importância. É a fase da produtividade. Ninguém consegue ficar em alerta por muito tempo pois o stress se transforma em excessivo quando dura demais.

Stress Ideal: quando a pessoa aprende o manejo do stress e gerencia a fase de alerta de modo eficiente, alternando entre, estar em alerta e sair de alerta. Para quem aprende a fazer isto o “céu é o limite”. O organismo precisa entrar em homeostase após uma permanência em alerta para que se recupere. Após a recuperação não há dano em entrar de novo em alerta. Se não há um período de recuperação, então, doenças começam a ocorrer pois o organismo se exaure e o stress fica excessivo.

O stress pode ser excessivo porque o evento estressor é forte demais ou porque se prolonga em excesso.

O Stress Emocional: seu percurso

O modelo teórico do stress passou a ser quadrifásico com a adição da fase de quase exaustão recentemente descoberta.

82

Fase do Alerta é a fase positiva do stress, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação. É caracterizada pela produção e ação da adrenalina que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada.

Fase da Resistência : Se a fase de alertas é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia entrando na fase de resistência, quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, reestabelecer o equilíbrio interior (chamado de homeostase) que foi quebrado na fase de Alerta. A produtividade cai dramaticamente. Caracteriza-se pela produção de cortisol. A vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias se acentua.

Fase de Quase Exaustão: (A fase recém descoberta) Quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar, ainda há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar, porem tudo isto é feito com esforço e estes momentos de funcionamento normal se intercalam com momentos de total desconforto. Há muita ansiedade nesta fase. A pessoa experimenta uma gangorra emocional. O cortisol é produzido em maior quantidade e começa a ter o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas. Doenças começam a surgir.

Fase de Exaustão: É a fase mais negativa do stress, a patológica. É o momento em que um desequilíbrio interior muito grande ocorre. A pessoa entra em depressão, não consegue concentrar ou trabalhar. Suas decisões muitas vezes são impensadas. Doenças graves podem ocorrer, como úlceras, pressão alta, psoríase, vitiligo.

Como Controlar o Stress

Dra. Marilda Novaes Lipp

Stress é uma reação, com componentes físicos e emocionais, que o organismo tem frente a qualquer situação que represente um desafio maior.

O Stress pode ser benéfico em doses moderadas, pois em momentos de tensão produzimos uma substancia chamada adrenalina (ou dopamina) que nos dá animo, vigor, entusiasmo e energia. Quando produzimos adrenalina ficamos em “alerta” prontos para lutar ou fugir das situações mais difíceis. Nesta fase do stress além de força e vigor, freqüentemente sentimos taquicardia, tensão

muscular, boca seca, nó (pressão) no estomago e ficamos com as mãos frias e suadas.

Se o stress é continuado, o organismo se cansa em excesso e a pessoa começa a se desgastar demais. Os sintomas desta fase que é chamada de “resistência” são sensação de desgaste generalizado e dificuldades com a memória.

83

Se o que nos causa stress desaparece, ou se conseguimos lidar com ele adequadamente, os sintomas desaparecem. Porém quando o estressor continua presente, aí nossas dificuldades começam a aparecer de fato. As conseqüências do stress excessivo podem ser:

Gastrite, (mais tarde ulcera), problemas de pele (como herpes, dermatites, urticária, psoríase e vitiligo) e hipertensão arterial dentre outros.

O stress excessivo também pode acarretar o envelhecimento precoce, dar depressão e ansiedade. Dificuldades sexuais são freqüentes na pessoa muito estressada.

Estes sintomas são reversíveis e a pessoa pode ficar inteiramente boa se não chegar na ultima fase do stress, conhecida como exaustão. Quando se chega nessa fase, que só ocorre depois de muito stress, a pessoa já não tem mais energia, fica incapacitada de concentrar, de trabalhar e não tem vontade de fazer nada. Doenças serias podem ocorrer e em casos raros, também pode ocorrer a morte subta.

Para se proteger do stress excessivo aqui vão algumas recomendações:

Alimentação: É importante repor as energias, vitaminas e nutrientes que são utilizados nos momentos de maior stress, para tanto, comer bastante verduras, de preferência cruas ou só feitas no vapor, tais como: brócolis, chicória, acelga, alface, e outras verduras ricas em vitaminas do complexo B, vitamina C, magnésio e manganês. Em caso de insônia (comum em momentos de stress) não deixe de tomar um copo de leite antes de dormir ou de comer um pouco de gergelim, que é rico em cálcio e ajuda o sono.

Relaxamento: Quando estamos tensos precisamos de alguns momentos de descanso, a fim de nos recuperarmos do stress do dia. Este relaxamento pode ser em forma de exercícios de respiração profunda, yoga, relaxamento muscular, musica, filmes, bate papo ou leitura. O relaxamento ajuda a se eliminar o excesso de adrenalina produzida e restabelece a homeostase interna do organismo.

Exercício Físico: Quando exercitamos por 30 minutos ou mais, nosso corpo produz uma substancia chamada “beta endorfina” que produz uma sensação de tranqüilidade e de bem estar. Quando se está atravessando momentos difíceis o exercício físico seja ele ginástica, pular corda, caminhar, dançar, etc., nos ajuda a atingir uma sensação de bem estar e calma.

Estabilidade Emocional: É importante manter uma atitude positiva perante a vida, procurando sempre ver o lado bom das coisas. Deve-se levar alguns momentos para refletir nas nossas prioridades, naquilo que queremos alcançar de fato na vida. Muitas vezes nos perdemos em detalhes sem importância deixando de lado coisas realmente relevantes. Controlar a pressa, a corrida contra o relógio também é importante, além disso se recomenda que a pessoa passe a curtir

84

processo do “ser”, do “existir” em si, em vez de só se preocupar com o “fazer”. É bom lembrar que não se pode ser sempre amado e admirado por todos. Seguindo estas dicas você pode garantir uma boa qualidade de vida e um controle do stress satisfatório.

Qualidade de Vida: Qualidade de vida significa muito mais do que apenas viver, pois muitas pessoas, mesmo ricas e bem sucedidas no trabalho, às vezes tem uma qualidade de vida péssima. Pesquisas realizadas no Brasil mostram que grande numero de executivos, por exemplo, embora muito bem financeiramente, não usufruem boa qualidade de vida. Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: **social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde.**

Para que a pessoa possa ser considerada como tendo uma boa qualidade de vida, torna-se necessário que ela tenha sucesso em todos esses quadrantes. Não adianta você ter muito sucesso só na carreira, ou só na área social e não ter nas outras. O viver bem se refere a ter uma vida bem equilibrada em todas áreas. Uma das maneiras de se conseguir uma boa qualidade de vida é através do controle adequado do stress emocional.

Fonte: Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Anexo F

Quadro 1 – Caracterização da Amostra

	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Religião
1	Feminino	70	Analfabeto	Viúva	Católica
2	Feminino	49	2º grau completo	Casada	Católica
3	Feminino	48	1º grau incompleto	Casada	Evangélica
4	Feminino	53	1º grau incompleto	Casada	Cristã
5	Feminino	51	2º grau completo	Casada	Doutrina Espiritual do 7º dia
6	Feminino	54	1º grau incompleto	Solteiro	Católica
7	Feminino	60	1º grau incompleto	Divorciada / Separada	Evangélica
8	Feminino	45	2º grau incompleto	Casada	Nenhuma
9	Feminino	57	1º grau incompleto	Casada	Evangélica
10	Feminino	46	1º grau incompleto	Casada	Evangélica
11	Feminino	62	1º grau incompleto	Casada	Evangélica
12	Feminino	46	1º grau incompleto	Casada	Evangélica
13	Feminino	70	Analfabeto	Solteira	Católica
14	Feminino	62	1º grau incompleto	Casada	Católica
15	Feminino	75	1º grau incompleto	Casada	Católica
16	Feminino	75	1º grau incompleto	Viúva	Católica
17	Feminino	61	1º grau incompleto	Casada	Católica
18	Feminino	75	1º grau	Viúva	Católica

			incompleto		
19	Feminino	71	1º grau incompleto	Casada	Católica
20	Feminino	49	1º grau incompleto	Casada	Congregação Cristã do Brasil
Total	20	20	20	20	20

Anexo G**Tabela 1.** Número de estressores por categoria e participante.

	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4	Total
	Perdas	Mudanças	Ganhos	Ameaça à integridade	
Participante 1	2	0	0	0	2
Participante 2	2	0	0	1	3
Participante 3	1	0	0	2	3
Participante 4	3	0	0	1	4
Participante 5	0	0	0	1	1
Participante 6	0	0	1	3	4
Participante 7	1	0	0	0	1
Participante 8	2	2	1	2	7
Participante 9	3	1	2	3	9
Participante 10	0	0	0	2	2
Participante 11	1	0	0	0	1
Participante 12	0	2	0	0	2
Participante 13	1	0	0	2	3
Participante 14	1	0	0	2	3
Participante 15	1	0	0	1	2
Participante 16	2	0	0	2	4
Participante 17	1	0	0	1	2
Participante 18	1	0	0	2	3
Participante 19	1	1	0	1	3
Participante 20	0	0	1	3	4
TOTAL	23	6	5	29	63

ANEXO H**Paciente nº1:**

Iniciais: A.M.L.R
Idade: 70 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: Nunca estudou
Estado civil: Viúva há 34 anos
Profissão: Dona de casa
Religião: Católica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

-“ Morte do meu irmão. Porque eram os meus 2 irmãos homens que eu tinha”.

Paciente nº2:

Iniciais: M.C.S.C
Idade: 49 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 2º grau completo
Estado civil: Casada
Profissão: Auxiliar de enfermagem
Religião: Católica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“A separação da minha filha. Porque foi um sonho que acabou”.

Paciente nº3:

Iniciais: V.M.P
Idade: 48 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 1ª série completa
Estado civil: Casada
Profissão: Serviços Gerais

Religião: Evangélica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Nervosismo que eu passo por causa da cunhada que tem meu marido como filho. È a sogra! E a estupidez do marido. Isso me irrita e eu estoro. Ele fala da minha cor. Parece ser racista. Minha filha de 16 anos se juntou com o namorado e eu

88

não sei o que faço. Bati o carro em fevereiro. Falei que ia comprar um carro preto e ele disse que não gosta de preto. Eu coloquei meu marido para fora, me senti culpada e o chamei de volta, mas não adiantou. Eu fui fumante e devido a pressão e a religião eu parei, ele ascende o cigarro e não respeita. Ele quer que eu volte. Faço tratamento com psiquiatra e tenho depressão forte, já tentei me matar 2 vezes. Para assustar, de nervoso”.

Paciente nº4:

Iniciais: M.M.V.S

Idade: 53 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 1ª série completa

Estado civil: Casada, está divorciando

Profissão: Dona de casa

Religião: Cristã praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Nesse momento é o problema do benefício. Fico com isso na cabeça o tempo todo. Meus filhos é que estão me ajudando. Meus remédios não posso comprar. Meu ex-marido me preocupa. Eu vivi com ele 33 e ele disse que não vai me ajudar em nada. Estou passando por muita dificuldade financeira”.

Paciente nº5:

Iniciais: M.S.M

Idade: 51 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 2º grau completo

Estado civil: Casada

Profissão: Dona de casa

Religião: Doutrina Espiritual do 7º dia – Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Problemas com meu esposo. Alguns problemas, mas não são tão grandes como esse”.

Paciente nº6:

Iniciais: R.S

Idade: 54 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 5ª série completa

89

Estado civil: Solteira, amigada há 30 anos

Profissão: Dona de casa

Religião: Católica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Herança para receber. Porque marido quer comandar algo que não é dele. É minha filha fez uma dívida e eu tive que pagar. Os 2 não se bicam. Mas o problema é ele. Ele nunca trabalhou. Ele foi casado com 4 mulheres e nunca trabalhou. É dominador, quer saber de tudo. Ele faz escândalo. Ele faz um jogo que ele fica sendo como o certo. Estou para fazer tratamento dentário e a pressão esta muito alta. Não tenho relação sexual há 22 anos. Estou com ele e não tenho nada”.

Paciente nº7:

Iniciais: B.J.P.S

Idade: 60 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 4ª série completa

Estado civil: Separada há 8 anos

Profissão: Doméstica

Religião: Evangélica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Eu não tenho nada que esteja me preocupando. A minha aposentadoria não vem há 9 meses , será que pode ser por isso?”

Paciente nº8:

Iniciais: O.M.A.S

Idade: 45 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 2º colegial incompleto

Estado civil: Casada

Profissão: Agente de saúde

Religião: Nenhuma

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“É meu emocional. É o meu trabalho. Porque você luta para mudar e as pessoas não escutam”.

90

Paciente nº9:

Iniciais: A.S.O

Idade: 56 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 1ª série completa

Estado civil: Casada

Profissão: Dona de casa

Religião: Evangélica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Morte da neta, não gosto nem que fale, dói muito. O meu filho esta passando necessidade, sem trabalho e a doença minha. O mais significativo é a minha doença. Confio em Deus, mas temo. Tenho medo de dar algum problema”.

Paciente nº10:

Iniciais: E.M.A

Idade: 46 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 4ª série completa

Estado civil: Casada

Profissão: Doméstica

Religião: Evangélica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“A briga com o meu marido. Porque brigamos muito. Somos muito ciumentos. Ele sempre foi um homem desconfiado”.

Paciente nº11:

Iniciais: A.B.S

Idade: 62 anos

Sexo: Feminino

Grau de escolaridade: 1ª série

Estado civil: Casada
Profissão: Dona de casa
Religião: Evangélica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Nervoso com a família. Filha separou do marido há 2 dias e esta morando conosco”.

91

Paciente nº12:

Iniciais: M.F.S
Idade: 46 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 1ª série
Estado civil: Casada
Profissão: Dona de casa

Religião: Evangélica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Casamento do filho. Porque eles me enganaram, eu não queria que ele casasse porque ela me maltrata”.

Paciente nº13:

Iniciais: J.F.T
Idade: 70 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: Analfabeta
Estado civil: Solteira
Profissão: Cozinheira, atualmente em casa
Religião: Católica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Minha filha esta com HIV há 7 anos e compra as coisas para eu pagar e para ajudar minha sogra esta muito ruim. Ela tem 88 anos”.

Paciente nº14:

Iniciais: G.B.F
Idade: 62 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: Mobral
Estado civil: Casada

Profissão: Dona de casa
Religião: Católica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“A questão financeira está muito difícil. Trabalho na lavoura e o valor é muito baixo”.

92

Paciente nº15:

Iniciais: A.C.M
Idade: 75 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 3ª série
Estado civil: Casada
Profissão: Dona de casa
Religião: Católica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“Preocupação com saúde e serviço da casa”.

Paciente nº16:

Iniciais: I.J.M
Idade: 75 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 2ª série completa
Estado civil: Viúva – 25 anos
Profissão: Dona de casa
Religião: Católica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”

“São as dívidas. Porque sou pobre, mas de cara limpa. Sou orgulhosa e não conto para ninguém”.

Paciente nº17:

Iniciais: M.A.P.G
Idade: 61 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 1ª série completa
Estado civil: Casada

Profissão: Dona de casa
Religião: Católica Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”
“Perda do meu neto”.

93

Paciente nº18:

Iniciais: R.D.S
Idade: 75 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 3ª série completa
Estado civil: Viúva
Profissão: Dona de casa
Religião: Católica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”
“Não me preocupo com mais nada, porque meu filho esta em tratamento. Ele bebia muito. Agora a minha única preocupação é com a minha saúde”.

Paciente nº19:

Iniciais: H.R.S
Idade: 71 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 1º grau incompleto
Estado civil: Casada
Profissão: Dona de casa
Religião: Católica não praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento?Por que?”
“A situação dos meus filhos desempregados”.

Paciente nº20:

Iniciais: T.H.E.S
Idade: 49 anos
Sexo: Feminino
Grau de escolaridade: 4ª série completa
Estado civil: Casada
Profissão: Dona de casa

Religião: Congregação Cristã do Brasil Praticante

-“Na sua opinião qual dessas situações é mais significativa em sua vida nesse momento? Por que?”

“As dívidas e meu filho que sai e volta só no outro dia, sem dar notícias. Ele tem 27 anos”.

94

ANEXO I

Glossário termos médicos

HIPERTENSÃO MALIGNA

Hipertensão severa caracterizada por papiledema e necrose de pequenas artérias e arteríolas. A pressão diastólica é geralmente maior que 130 mm Hg.

PAPILEDEMA

Edema do disco óptico devido à pressão intracraniana aumentada, caracterizada por hiperemia, embaçamento das margens do disco, microhemorragias, ampliação da mancha cega e engrossamento das veias retinianas. O papiledema crônico pode causar atrofia óptica e perda visual.

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA

Disfunção ou dano cerebral resultante de hipertensão maligna, normalmente associada com uma pressão diastólica maior que 125 mmHg. As manifestações clínicas incluem cefaléia, náuseas, vômitos, ataques, estado mental alterado (em alguns casos, progredindo ao coma), papiledema e hemorragia retiniana. Podem desenvolver-se sinais neurológicos focais. Patologicamente, esta condição pode estar associada com a formação de lesões isquêmicas no cérebro (isquemia cerebral).

HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE

Hemorragia dentro do espaço intracraniano ou subaracnóideo espinhal, em geral resultante da ruptura de um aneurisma intracraniano ou trauma craniocerebral. Os sinais clínicos incluem cefaléia, náusea, vômito e rigidez de nuca, deficiências neurológicas variáveis, hemorragias subhialóides intraoculares e redução do nível de consciência, podendo progredir ao coma ou à morte. O espasmo das artérias intracranianas freqüentemente acompanha esta condição, podendo levar à isquemia cerebral ou infarto cerebral.

ADRENÉRGICO

Referente ao tipo de atividade química, característico da adrenalina.

GLOMERULONEFRITE

Doença glomerular caracterizada por uma reação inflamatória, com infiltração leucocitária e proliferação celular dos glomérulos, ou que aparentam ser o resultado de uma lesão glomerular imune.

SÍNDROME HEMOLÍTICO- URÊMICA

Síndrome de anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiência renal aguda, com achados patológicos de microangiopatia trombótica no rim e necrose cortical renal.

96

ORGÃO ALVO

Órgão do corpo em que uma doença afeta primariamente durante sua evolução.

FEOCROMOCITOMA

Tumor de células cromafins secretor de catecolaminas que cursa com hipertensão, que pode ser episódica e ocorrer quando da liberação desta substância em grande quantidade na circulação (crises de hipertensão do feocromocitoma).

SÍNDROME DO REBOTE

Situação que ocorre quando da parada brusca do medicamento hipotensor levando a um aumento súbito da pressão pela falta da droga.

CRISE RENAL DO ESCLERODERMA

Escleroderma é uma doença do tecido conjuntivo que afeta o rim ocasionando hipertensão arterial.

SÍNDROME HELLP

Entida clínica da área de obstetrícia caracterizada por Hemólise (H), testes de função hepática alterados (elevated liver function tests) e número baixo de plaquetas (low platelets) e que costumeiramente cursa com hipertensão arterial.