

Mulheres e as influências afetivas no adoecimento hipertensivo*

Women and affective influences on hypertensive illness

*Anna Isabel Araujo Vaz***

*Renata Costa****

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo compreender se mulheres hipertensas consideram a influência das vivências pessoais e afetivas no desenvolvimento e na manifestação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Foi utilizada a entrevista semiestruturada em 12 pacientes internadas com HAS no Hospital Universitário Júlio Müller, que se localiza no município de Cuiabá, Mato Grosso. As entrevistadas eram adultas, com idades entre 40 a 59 anos. Para a sistematização dos dados colhidos foi escolhido o uso do software ALCESTE e o referencial teórico definido foi a Psicanálise. Pôde ser apontado como a história pessoal e vivências emocionais aparentaram influenciar na maneira como as entrevistadas significaram a experiência do adoecimento hipertensivo e dos tratamentos referentes, marcando a importância de uma visão integral do sujeito e da abordagem multiprofissional.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; Mulher; Psicanálise; Afetividade.

* Apresentado à banca examinadora da defesa da monografia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular em 2014.

** Psicóloga especialista pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular pela Universidade Federal de Mato Grosso (de posse da ata de defesa da monografia). E-mail: annaisabelvaz@hotmail.com

*** Psicóloga Preceptora e Tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular pela Universidade Federal de Mato Grosso. Docente do departamento de Psicologia da UFMT. E-mail: costa.rc@gmail.com

Abstract

This study aims to understand whether hypertensive women consider the influence of personal and affective experiences in the development and manifestation of systemic arterial hypertension (SAH). A Semi-structured interview process was carried out with twelve patients admitted with SAH to Júlio Müller University Hospital, located in the city of Cuiabá, Mato Grosso. The interviewees were adults, aged 40 to 59 years. For the systematization of the data collected, the software ALCESTE was used and the theoretical reference was psychoanalysis. It was possible to determine that personal history and emotional experiences seemed to influence the way the interviewees understand their (hypertensive) illness and related treatments, marking the importance of a comprehensive view of the subject and multidisciplinary approach.

Keywords: Hypertension; woman; Psychoanalysis; Affection.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA PERSPECTIVA MULTIFATORIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), afetou um bilhão de pessoas no mundo e o seu aumento atual é atribuído pelo crescimento da população, seu envelhecimento e comportamentos de risco como dieta não saudável, uso abusivo do álcool, sedentarismo, obesidade e exposição contínua ao estresse.

Apesar da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010) apontar para prevalência semelhante entre ambos os sexos, nas mulheres existem algumas particularidades que envolvem o desenvolvimento da HAS, relacionadas aos contraceptivos orais, menopausa, reposição hormonal e hipertensão na gravidez. Os dados do Ministério da Saúde mencionam que diferentes doenças caracterizam etapas distintas do ciclo de vida da mulher, sobressaindo as doenças do aparelho circulatório a partir dos 29 anos. Elas representaram a maior porcentagem de óbitos em mulheres no Brasil em 2010, apresentando 34,2%. Expõe ainda que no Centro-Oeste esses óbitos corresponderam a 31,7% (Constituição da República Federativa do Brasil, 2012).

O acometimento hipertensivo é um importante elemento para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares e que no Brasil são

apresentadas como as doenças principais que causam internações e mortes (SBC, 2010). A SBC e a OMS sugerem uma interação biopsicossocial para o seu aparecimento e também indicam para o seu controle a abordagem multiprofissional.

A literatura apresenta discussões sobre a correlação dos aspectos emocionais, vivências pessoais e a HAS. Refere como os sentimentos intensos seriam capazes de gerar respostas físicas e/ou o quanto experimentar o adoecer suscita a busca de sentido, no coletivo e no individual (Fadden, 1998; Fonseca, 2009; Machado e Car, 2012; Machado, Pires e Lobão 2007; Silva, et. al., 2008; Wottrich, et. al., 2011).

Um levantamento bibliográfico sobre os principais sentimentos relacionados à HAS apontou estresse, ansiedade, raiva, hostilidade e impulsividade, tanto como manifestações reprimidas ou exacerbadas (Fonseca, 2009). Em um estudo sobre gênero, hipertensão e stress, puderam verificar que mulheres hipertensas apresentaram maior número de sintomas psicológicos em fases avançadas do estresse, insinuando maior vulnerabilidade nessa esfera às mulheres hipertensas (Wottrich, et. al., 2011).

O que se exhibe em tais estudos, expressos anteriormente, é a concepção de um sujeito que precisa ser analisado como um elemento único, na totalidade das suas experiências, inclusive durante o seu adoecimento. Marca a importância do trabalho multiprofissional que gera a possibilidade de integrar a visão sobre o paciente para a equipe, e ofertar um cuidado que seja mais eficiente e humanizado.

O CORPO E OS AFETOS

O gênero sexual se apresenta ainda como mais um dos elementos que participam na subjetivação do corpo (Freud, 1925; 1931; 1933[1932]). Assim, se deve levar em consideração a relação da mulher com o adoecer que afeta o corpo, e que é envolvido por toda a particularidade do seu desenvolvimento. Tanto o que é socialmente apresentado e aceito pela mulher, além do que é formulado individualmente. Frente aos sentimentos comumente expostos que se relacionam com a doença, e também os pessoais em que cada mulher pode fazer a partir da sua relação pessoal com o seu corpo e com o adoecer.

A Psicanálise foi criada por Sigmund Freud no final do século XIX, e a partir de suas constatações pôde considerar a unicidade do corpo e afeto, em que posteriormente atribuiu a fala como modo de acessar esses conflitos e como parte do tratamento analítico (Freud, 1911, 1895). Para a Psicanálise a psique e o corpo não são noções dissociadas, e sim um único elemento, o sujeito. Freud (1894) desenvolve essa teoria ao constatar que o biológico responde aos afetos, podendo ser o físico um modo de manifestar conflitos emocionais e apresenta ainda que o sujeito, diante de vivências e pensamentos que possuem representações dolorosas à consciência, pode desvincular o afeto destas a fim de tentar salvaguardar o sujeito do sofrimento psíquico, podendo esses afetos ter um destino somático. Acredita que alguns conteúdos de cunho emocional, fantasioso e/ou conflituoso teriam a necessidade de serem repetidos e recordados pelo sujeito por diversos meios, tanto pelo discurso como pelo corpo, em uma tentativa de elaboração (1914). Inclusive considerava que as experiências corpóreas são compreendidas de modo subjetivo, sendo investidas de significados e sentimentos pessoais (1905). Winograd e Teixeira (2011) exibem em seu trabalho que, para Freud, o afeto seria:

Um processo em ato e em movimento que implica: 1) um aumento da tensão psíquica; 2) o percurso desta tensão dentro do psiquismo; 3) um modo específico de descarga dirigida para o interior do corpo; 4) a percepção desta descarga; e 5) as sensações ligadas a ela segundo a matriz prazer-desprazer. Ou seja, o afeto inclui o que acontece ao indivíduo e o modo como ele percebe e entende o que lhe acontece. (p. 169)

As autoras apresentam que na perspectiva freudiana os afetos e seus modos de expressão procedem de uma “organização psíquica individual com a organização coletiva” (p. 173), o que implica que sua expressão é tanto referente a um sujeito e história particular, mas que é compartilhado em um campo mais amplo e social que o abriga, e que a Psicanálise que se dispõe na compreensão das doenças orgânicas seria profundamente uma clínica dos afetos, ao escutar aqueles enlaçados ao seu “corpo afetado”.

Sobre a atribuição de significados, o psicanalista Lacan (Kaufmann, 1996) reafirma ser a inserção do indivíduo na linguagem que viabiliza

a nomeação dos conceitos a que se vincula, sendo esta ação tida como “significado”. Outro componente que o sobrepõe é o de “significante”, que corresponde à estrutura da vida anímica e se interliga através dos elementos da linguagem. Pode-se dizer que o significado abrange um sentido mais comumente compartilhado pelo social, e que o significante engendra uma conexão de experiências conscientes e inconscientes. A concepção do binômio significado/significante foi desenvolvida pelo filósofo e linguista Saussure, passando por uma releitura na teoria da Psicanálise (Cunha, 2008). Desse modo, a partir dos significados e dos significantes expressos pela fala é que se tem a possibilidade de apreender aspectos da dinâmica mental que relaciona a realidade interna e a externa.

Na leitura de Cukiert (2002), sobre a análise do psicanalista Lacan quanto ao corpo, este apresenta que para Lacan o corpo não é tido como exclusivamente orgânico ou psíquico, e que o psicanalista elaborou três conceitos fundamentais em sua teoria. Seriam diferentes pontos de vista em relação ao corpo, sendo inseparáveis e que se formulam como estrutura. Foram então nomeadas de “Real”, “Imaginário” e “Simbólico”. O Imaginário é o registro psíquico do sujeito, em que o eu é composto da imagem que vê de si mesmo a partir do outro, é o corpo construído pela imagem que é devolvida pelo outro. O corpo Simbólico é o marcado pelo significante, assim, é formado e simbolizado pela linguagem. E o corpo Real se estabelece como pura energia psíquica, atravessado pelos estímulos, em que o “corpo orgânico seria a caixa de ressonância” Nasio (como citado em Cukiert, 2002, p. 143). Um corpo que se constitui na ótica do Real, Imaginário e Simbólico e do qual é marcado pelos efeitos da linguagem, e assim de significados e significantes para aquilo que o toca.

O corpo e o sofrimento

Ávila (2012) aponta o corpo como “objeto transdisciplinar por excelência”, sendo local de ação para diversas áreas de estudo devido a sua complexidade, e que o adoecer pode ser tomado a partir do seguinte pressuposto:

Ficar doente, estar doente, muito além de seu significado médico (história natural da doença, etiologia, diagnóstico e prognóstico, etc.) é sempre, também, e ao mesmo tempo, “sofrer a doença”, ter um fato do maior significado inscrito em sua biografia, vivenciar um processo pleno de significações. (2012, p. 66)

Tratando especificamente sobre o corpo da mulher, que é constituído, simbolizado e assim subjetivado em razão dos diferentes âmbitos das suas experiências, este é também um corpo suscetível ao desenvolvimento de doenças. Como dito anteriormente, o adoecimento é um evento passível de diversas significações em um corpo que pode se fazer como modo de comunicação. E que Costa (2006) menciona ser a experiência corporal uma forma de enviar sinais, como na participação de ritos sociais, transformando o corpo como possibilidade de comunicação, uma transmissão de sentido para a sociedade.

Escuta dos laços discursivos

Tendo o discurso e o corpo como meios para a simbolização e expressão da subjetividade, há que se pensar em meios que propiciem a escuta. Assim sendo, uma das abordagens teóricas da Psicologia que a viabilizam é a Psicanálise. Essa abordagem teórica não se restringe unicamente ao tratamento analítico, Rosa (2004) sinaliza na Ata de fundação da Escola Freudiana de Paris, que Lacan distingue a Psicanálise como intensão e extensão, do qual a primeira se constitui como a doutrina e a segunda, a prática. A autora menciona outra definição, a do psicanalista francês Michel Plon que nomeia a forma de atuação nas práticas sociais como psicanálise extramuros “a psicanálise extramuros ou aplicada, como prefere, pode isolar os elementos da subjetividade que são empregados nas práticas sociais e esclarecer o que dessas práticas enriquece o conhecimento das engrenagens da subjetividade” (p. 338). Batista e Cunha (2010) relembram inclusive de estudos freudianos voltados tanto para o indivíduo como para a sociedade como Totem e Tabu (1986 [1913]), O futuro de uma ilusão (1986 [1927]), O mal estar na cultura (1986 [1930]) e Psicologia das massas e análise do ego (1984 [1921]). Desse modo, é possível notar a preocupação de Freud frente

aos elementos sociais em seus estudos e na elaboração da Psicanálise, do qual era capaz de observar a abrangência dos fenômenos sociais e ainda os retornar para a singularidade do sujeito.

Para a escuta e compreensão desse corpo e discurso que se insere no social, possuindo inclusive conteúdos manifestos e latentes que surgem nas relações, é que se acentua a relevância da Psicanálise como apoio teórico. Considerando ainda a complexidade da constituição do sujeito, que está inserida em laços discursivos sociais, e inclusive refletindo sobre o corpo como parte da subjetividade, em sua constituição como gênero e no adoecimento.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada teve ênfase qualitativa e foi do tipo descritivo-exploratória, e esteve de acordo com as diretrizes estabelecidas pela resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012), em que seu número do parecer da aprovação foi 345.001.

Sua efetuação se deu nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), que se localiza no município de Cuiabá – Mato Grosso, pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV). O número de sujeitos constituiu de 12 mulheres adultas, com idades entre 40 a 59 anos, diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica, mas que não necessariamente estiveram hospitalizadas em razão desta doença. E que se encontraram internadas no segundo semestre de 2013 nas clínicas citadas. Como demais critérios de inclusão foi a possibilidade de comunicação, em que todas aceitaram o convite para participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu a partir da entrevista semiestruturada, constituída por um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora, sendo

registradas por meio de um gravador para posterior transcrição. Além da entrevista, a caracterização dos sujeitos foi efetuada por questionário socioeconômico.

Para o processamento dos dados colhidos foi feito uso do software ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) criado na França por Max Reinert na década de 70, e que Camargo (2005) afirmar ser uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que permite a análise lexicográfica do material obtido, contextualizado no corpo textual com classes lexicais, a partir do seu próprio conteúdo. O aproveitamento discursivo do presente trabalho foi de 68%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição do material sonoro obtido, foi desenvolvido o *corpus* nomeado de “Subjetividade e adoecimento hipertensivo”, contendo 12 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), ou seja, o processamento das falas dos 12 sujeitos entrevistados, gerando um relatório e um dendograma (figura 1) da CHD.

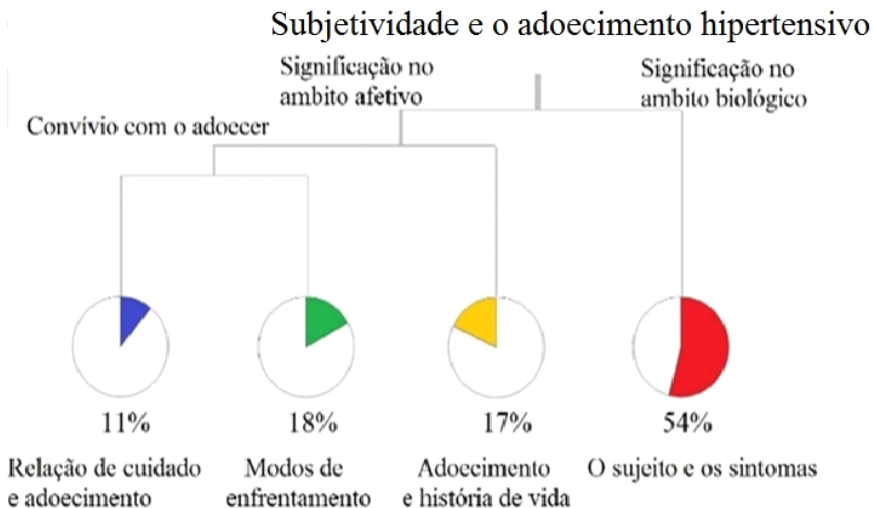


Figura 1 – Classificação Hierárquica Descendente – Dendograma das classes geradas pelo software ALCESTE

O dendograma expõe o agrupamento de quatro classes lexicais, em que as classes foram nomeadas de acordo com a análise do conteúdo do material elaborado pelos sujeitos. Assim, a classe 1 foi intitulada de “Relações de cuidado e o adoecimento”, a classe 2 de “Modos de enfrentamento” e ambas compõem a subcategoria denominada de “Convívio com o adoecer”, que se encontra no bloco de agrupamento intitulado “Significação no âmbito afetivo” e que também comporta a classe 3 que é nomeada de “Adoecimento e história de vida”. Por fim, a classe 4 foi chamada de “O sujeito e os sintomas” e se encontra em outro bloco de agrupamento designado de “Significação no âmbito biológico”.

A aplicação do questionário socioeconômico revelou sobre a caracterização dos sujeitos, em que das 12 mulheres entrevistadas seis eram casadas, três separadas, duas viúvas e uma era solteira. Segundo o questionário todas possuíam filhos, e ao serem indagadas sobre o número de pessoas com o qual habitavam apenas uma respondeu que morava sozinha. Apontou ainda que todas as pacientes da pesquisa residem no estado de Mato Grosso, sendo que metade mora na capital e as demais em municípios do estado. Frente ao pertencimento religioso oito sujeitos se denominaram católicas, três evangélicas e uma budista. Quanto ao nível de escolaridade as mulheres manifestaram que cinco cursaram o ensino médio, duas tinham o ensino fundamental completo, três não completaram o ensino fundamental e uma não possuía escolaridade formal. As pacientes comunicaram que sete não exerciam uma atividade econômica e que cinco trabalhavam. Quanto à renda familiar foi levantado que três recebiam de três a quatro salários-mínimos, sete possuíam até dois salários-mínimos e duas conviviam com menos de um salário-mínimo.

A tabela 1 quantifica algumas relações das entrevistadas quanto a HAS, determinados momentos da vida e os aspectos afetivos.

Tabela 1 – Respostas por quantidade de sujeitos

	Relacionam desenvolvimento da HAS com história de vida e emoções	Vivenciavam momentos difíceis durante diagnóstico	Relacionam os sintomas atuais da HAS com vivências situacionais e afetivas	Percebem mudança na vida após diagnóstico
Sim	8	9	9	10
Não	4	3	3	2

Classe 1: Relações de cuidado e o adoecimento

A classe 1 apresenta 11% do material processado, é localizada na subcategoria “Convívio com o adoecer” que se encontra no bloco de agrupamento “Significação do âmbito afetivo”. Aponta para um conteúdo que marca o papel de cuidado em que as mulheres da pesquisa relatam ter em suas famílias, como sentem-se em relação a essas responsabilidades com outros e a perspectiva de serem cuidadoras adoecidas, como explicitado na tabela 2.

Tabela 2 – Palavras da Classe 1 – “Relações de cuidado e o adoecimento”

Palavras	Kh²	Total	%
Lig ¹	67	14	79%
Senhora	67	19	68%
Preocu ²	40	43	40%
Respon ³	32	4	100%
Avo ⁴	29	9	67%
Pergun ⁵	28	12	58%
Vão	26	7	71%
Ped ⁶	24	5	80%
Saem	24	3	100%
Cheg ⁷	21	22	41%
Chor ⁸	19	12	50%
Embora	18	9	56%
Cham ⁹	13	8	50%
Vem	12	5	60%
Mamãe	12	5	60%

¹ ligam, ligando, ligar, ligaram, ligava, ligo, ligou. ² preocupa, preocupação, preocupada, preocupam, preocupar. ³ respondem, respondia, respondo. ⁴ avo, avos. ⁵ pergunta, perguntando, perguntava, pergunto, perguntou. ⁶ pedia, pedir. ⁷ chega, chegam, chegando, chegar, chegaram, chego, chegou. ⁸ chorando, chorar, chorava, choro. ⁹ chama, chamando, chamar, chamada.

Expunha o quanto se sentiam responsáveis e intensamente ligadas afetivamente como mães, avós, filhas e esposas, exemplificado em trechos da fala do sujeito S.L:

Olha, falar a verdade pra você, toda a vida, desde sempre eu tenho essa preocupação. Quando eu era solteira, o meu pai era doente e eu morria de medo dele morrer e deixar nós.... A gente tinha uma irmã também que tinha problema de desmaio, e eu ficava morrendo de medo. E depois outro irmão meu deu começo de epilepsia e quando ele ficava ruim eu ficava doidinha. E é assim, eu sou preocupada.... Aí já veio e eu já casei, já veio preocupação que tinha que viver bem com o marido, se separasse o que eu ia fazer? Depois ele já faleceu e eu já fiquei quase doida, outra preocupação danada.... Eu me preocupo com os meus filhos, com meus netos, com tudo. (S.L.)

Pode-se notar ser uma responsabilidade que ao mesmo tempo é apresentada como indispensável, mas que desvela sofrimento sobre o quanto esse cuidado provoca intensa preocupação e angústia. Esse sofrer também pode se manifestar em seus próprios processos de adoecimento, ao refletir sobre o adoecer na relação de cuidado e a percepção como cuidadoras adoecidas, por exemplo, a resposta de uma das entrevistadas, ao ser questionada sobre como se sente sendo a cuidadora de um parente próximo, “*Eu me sinto mal, eu sinto que a minha pressão tá alta demais, que eu posso cair e morrer e não viver mais. Eu tenho medo.*” (I.S.). Percebe-se a relação biopsicossocial de um sujeito com o adoecer, entre papéis sociais e afetos que repercutem na maneira como cada sujeito vivência as experiências pessoais, seus hábitos e comportamentos, e que também possuem consequências diretas com o corpo biológico:

Eu percebo que a minha pressão pode subir porque eu sou preocupada fora do normal. Perco o sono, porque eu já sou péssima para dormir, péssima, péssima. E se eu preocupar com alguma coisa, qualquer motivo já é preocupação pra mim ... (S.L.)

São mulheres que agem como cuidadoras de sua família, tanto no cuidado físico, como financeiro e emocional, mas que também se encontram em seus próprios processos de adoecimento e necessidade de cuidados. De acordo com o artigo apresentado por Gualberto e Honorato (2012) sobre

a multiplicidade de papéis da mulher pós-moderna, *Nos dias atuais, a mulher ainda carrega consigo os aspectos culturais que corroboram com um movimento de trazer para si toda carga de preocupação, de tarefas, de sentimentos de frustração.* (2012, pág. 7). E que assim as exigências dos inúmeros papéis podem ocasionar sofrimento psíquico e sintomas no corpo e emoções.

Classe 2: Modos de enfrentamento

A classe 2 representa 18% do material processado, faz parte da subcategoria “Convívio com o adoecer” e que se encontra no bloco de agrupamento “Significação no âmbito afetivo”. Tem como conteúdo os modos de enfrentamento pessoais dos sujeitos da pesquisa, tanto com o processo de adoecimento hipertensivo como em demais áreas da vida. Tais questões podem ser visualizadas na tabela 3, contendo as palavras da classe 2.

Tabela 3 – Palavras da Classe 2 – “Modos de enfrentamento”

Palavras	Kh²	Total	%
Quer	44	190	32%
Jeito	26	44	55%
Compr ¹	23	17	65%
Raiva	23	5	100%
Brinc ²	18	5	100%
Mat ³	16	4	100%
Gost ⁴	16	11	64%
Cab ⁵	15	28	46%
Foss ⁶	15	9	67%
Culp ⁷	14	9	67%
Trat ⁸	14	7	71%
Perdo ⁹	14	7	71%
Igu ¹⁰	13	3	100%
Cert ¹¹	13	5	80%
Sido	13	5	80%

¹ quer, querem, queria, queríamos, quero. ² comprar, compras. ³ brincando, brincar, brinco. ⁴ mata, matar, matasse, mato. ⁵ cabeça. ⁶ fosse, fossemos. ⁷ culpa, culpada, culpo. ⁸ tratado, tratar, tratei, tratou. ⁹ perdoar, perdoasse, perdoava, perdoei. ¹⁰ iguais, igual. ¹¹ certeza.

Quanto as reações à hipertensão, o que é apresentado pelas entrevistadas são sentimentos como medo, negação, vergonha e tristeza, a fala de uma das entrevistadas elucidada:

Eu só vivia bebendo, desapareci a beber e a fumar, não comia direito, não trabalhava, não tomava banho, ficava triste. A minha ex-patroa, eu trabalhava de carteira assinada, ela fala que isso era normal, mas para mim não era, eu não tinha isso, por que agora eu tinha? Ela falou que simplesmente o meu emocional tinha sido atingido[...] Me sinto destruída, acabaram comigo, não me sinto bem. Não me sinto alegre como eu era, só ando triste. (I.S.)

Algumas atitudes sobre o autocuidado também são mencionadas pelas entrevistadas, em especial sobre a adaptação a uma nova rotina de hábitos alimentares e de exercícios físicos:

Eu gostava muito de comer fritura, menina mas eu adorava comer carne gorda, ah Deus me livre comer um pedaço de carne que não viesse nada de gordura, nossa, aquela chatice. Eu mudei tudo, eu não como carne gorda, não como fritura Eu comecei a fazer exercício também, me ajudou muito, até para pressão mesmo ajudou bastante. (M..M.)

Mas o interessante é notar que para algumas pessoas receber o diagnóstico e ter uma perspectiva de mudança na rotina pode ser sentido como algo difícil, gerando angústia e ansiedade, como uma paciente que recebeu o diagnóstico de HAS há pouco tempo e que cita durante a entrevista:

Vou ter que mudar tudo minha vida e isso mexe no psicológico e emocional, e já tá mexendo, eu já venho pensando nisso...É o emocional, o psicológico, assim pode ser que eu vá ficar deprimida.... Poxa todo mundo vai sair, vai se divertir, vai beber, vai dançar, vai brincar, vai passear e eu já vou começar a ficar um pouco mais excluída disso. Devido a minha pressão. E isso mexe com a gente, e muito. (O.M.)

O adoecer traz consigo o sofrimento e a angústia devido ao fato de promover naquele que adoecer inúmeras perdas, como a da saúde e da rotina, e ainda faz referência à própria mortalidade do sujeito. Rocha (2011) explora a questão da finitude para Freud associado com outra doença, e relembra que a morte gera uma atitude de negação e tentativa de silenciá-la, sendo a morte algo tão distante que não possui nem representação no

inconsciente, acreditando apenas na imortalidade. Freud no trabalho sobre “Reflexões para os tempos de guerra e morte” sustenta que sobre a nossa morte nada sabemos, no qual mesmo ao a considerarmos como nossa, nos vemos em posição de telespectadores e *No inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.* (1915, pag.299).

Assim, a autora Rocha (2011) expõe sobre a dificuldade de se conviver com a perda da saúde, mas que está sim pode ser simbolizada e vivenciada de um modo menos sofrível e mais saudável. Podendo ser este um momento delicado que cabe atenção e sensibilidade da equipe de saúde, da rede de apoio social e da família, a fim de facilitar o processo simbólico e possibilitar a integração do adoecimento na vida.

Classe 3: Adoecimento e história de vida

A classe 3 contém 17% do discurso das entrevistadas e faz parte da subcategoria “Significação no âmbito afetivo”. Exibe sobre a história de vida pessoal e o adoecimento hipertensivo, como pode ser analisado na tabela 4.

Tabela 4 – Palavras da Classe 3 – “Adoecimento e história de vida”

Palavras	Kh ²	Total	%
Ano	63	35	66%
Pai ¹	37	32	56%
Filhos	34	20	65%
Nov ²	33	11	82%
Separ ³	30	14	71%
Época	28	17	65%
Difícil	28	34	50%
Mor ⁴	27	20	60%
Casamen	23	7	86%
Mãe	18	61	36%
Cri ⁵	16	9	67%
Espos ⁶	16	9	67%
Doente	16	9	67%
Aceit ⁷	15	7	71%
Amor	14	5	80%

¹ pai, pais ² nova, novinha, novo. ³ separação, separada, separar, separaram, separasse, separei. ⁴ mora, morando, morar, morava, morávamos, morei. ⁵ criação, criado, criamos, criei. ⁶ esposa, esposo. ⁷ aceitar, aceitaram, aceitava, aceitavam, aceite.

São citados períodos conturbados da vida, principalmente falecimentos significativos e conflitos familiares, expondo eventos trágicos e dolorosos, agressões físicas e psicológicas, e ainda relacionando todas as questões apontadas com o desenvolvimento e manifestação da hipertensão. A entrevistada em questão é questionada se faz relação das vivências e emoções com desenvolvimento da HAS:

Teve, porque eu tive uma infância muito difícil e quando eu tinha quinze anos uma vez eu tentei...eu tomei muito comprimidos pra poder morrer, passei mal mas aí salvei daquela lá. Hoje eu não penso mais nisso, foi impulso....É consequência de tudo. Do casamento, das angústias, dos problemas que eu tive, da infância. (H.F.)

Não apenas o fato de terem vivenciado episódios dolorosos, mas também que estes se mantêm em suas memórias, tanto os eventos como a vivência emocional em si. Relacionando a rememoração como algo que afeta a pressão arterial, de acordo com a entrevistada que ao responder à pergunta de que se a mesma fazia relação de tais questões com a manifestação da HAS e responde “Sim, porque você fica lembrando, você vai e lembra de uma coisa e aí lembra, aí você lembra que a sua mãe fez tudo aquilo com você, judiou, que te machucava por dentro, emocionalmente e moral”. (I.S.). Dessa forma a memória perpetua os afetos da experiência, apesar desta já não mais existir.

De acordo com o texto de Eksterman (2003), que procura aproximar a Psicanálise da Medicina, aponta que a vida mental é dinâmica, entre as novas experiências e as anteriores, perpassando ainda pela percepção individual da realidade, não sendo indispensável que os objetos e personagens que a compõem sejam necessariamente reais, e sim sentidos como tais.

Segundo Maria Rita Kehl (2004) o dicionário designa *ressentimento* como a impossibilidade de superar um agravo ou de esquecer. Pertence ao campo dos afetos e atribui-se a um outro a responsabilidade do próprio sofrimento e conseqüentemente posiciona-se na passividade dos próprios conflitos. A autora reflete se esse agir não se trataria de uma repetição mantida que evita a reflexão frente ao sofrer do sujeito, e que superada poderia facilitar um novo posicionamento.

Classe 4: O sujeito e os sintomas

A classe 4 comporta 54% do material das entrevistadas, faz parte da subcategoria “Significação no âmbito biológico”. Tem como conteúdo a experiência do sujeito com a doença, quanto ao tratamento, informações sobre a doença, sintomas orgânicos e a influência direta dos sentimentos com a manifestação da hipertensão, como pode ser visto pelas palavras da classe apresentadas na tabela 5.

Tabela 5 – Palavras da Classe 4 – ‘O sujeito e os sintomas’

Palavras	Kh ²	Total	%
Pres ¹	49	86	86%
Remed ²	38	59	90%
Pressão_a	36	51	92%
Tom ³	29	51	88%
Hipertens ⁴	20	42	86%
Problema	19	53	81%
Sub ⁵	15	20	95%
Med ⁶	14	63	75%
Control ⁷	13	14	100%
Sinto	11	26	85%
Nervos ⁸	9	23	83%
Influenci ⁹	9	14	93%
Alta	8	13	92%
Sintoma	8	9	100%

¹ preso, pressão. ² remedinho, remédio, remédios. ³ toma, tomamos, tomando, tomar, tomasse, tomava, tomei. ⁴ hipertensa, hipertensão, hipertensas. ⁵ suba, subia, subir, subiu. ⁶ mede, medica, médico, médicos, medir, mediu, medo. ⁷ controla, controlada, controlado, controlam, controlar, controlo. ⁸ nervosa, nervosas, nervosismo, nervoso. ⁹ influencia, influenciado, influenciaram, influenciou.

Para maior compreensão dos sujeitos e a relação com o adoecimento, foi separado 2 grupos na fase de processamento de dados. Um dos grupos contem sujeitos que receberam o diagnóstico a menos de cinco anos, denominado *temp 2*. O outro grupo contem quem é diagnosticada a mais de 5 anos, nomeados de *temp 1*. Desse modo, 73% das falas das mulheres que são diagnosticadas há menos de 5 anos se encontram na classe 4. Como hipótese parece haver um interesse maior dessas mulheres em relação

às repercussões físicas do adoecimento hipertensivo, atentando-se aos sintomas e a busca de informações sobre a HAS e experiência de adaptação ao adoecimento:

Eu não sei explicar totalmente, porque eu não entendo como é a pressão. Eu sentia assim, não sei se é dor de cabeça, mas tem gente que fala que é dor de cabeça. Mas tem gente que fala que é outra coisa, vários sintomas. Mas na realidade eu não sei qual é o problema da pressão alta, o que vem na saúde da gente. Eu não sei.... Não tenho a mínima ideia, eu queria saber. Tenho até parado para pensar para saber o que é, o por que. (D.C.)

Segundo as falas das entrevistadas, o marcante é à dificuldade em se perceberem com uma doença que necessita de cuidados e acompanhamento médico, sendo que esta possui poucos sintomas. Em razão disso, é perceptível a dificuldade de adesão ao tratamento em razão da hipertensão ser notada apenas nos momentos sintomáticos mais intensos, o que atribui um grande perigo a essa doença. A fala da entrevistada em questão explicita o que foi discutido:

Parece que é uma doença transparente. Você não vê, mas tem. É ruim quando você não sente os sintomas dele, e é muito...é para matar, é para deixar a pessoa deficiente. Um derrame deixa a pessoa deficiente, ou um infarto mata. E a gente não tem noção da gravidade. (D.C.)

A “transparência” da doença, como citada pela entrevistada anterior, aponta inclusive para a dificuldade em manterem-se em tratamento. Por não sentirem os sintomas constantemente, algumas têm dificuldade em acreditar que realmente são hipertensas, realizando comportamentos de risco:

É professor aqui no hospital e me passou uma medicação para seguir, né? Me deu umas orientações e uns medicamentos que eu deveria passar a tomar, mas eu não acreditei muito nele, não dei muita atenção. E não me importei e ai tomava remédio um dia, cinco dias não. Bem relapsa, sabe. Foi até que ocasionou que eu tive uma crise no trabalho.... a minha pressão chegou a 320 por 170. (O.M.)

O uso contínuo de anti-hipertensivos se apresenta como uma questão, pois em razão dos poucos sintomas, os remédios corporificavam a doença

na rotina dessas mulheres e assim há no discurso um descontentamento frente ao uso da medicação. Em seus relatos também é exposta a dificuldade em se perceberem como hipertensas. Tais questões podem ser observadas nas falas de algumas entrevistadas, como por exemplo, ao responder como se sentiu ao receber o diagnóstico “*Parece que eu achei que, até que não era.... E quando falaram que eu tava com pressão alta eu nem acreditei.*” (M.D.). Outras ainda expressaram o uso dos medicamentos ligados apenas à percepção direta dos sintomas, propondo-se a tomarem as medicações apenas ao notarem desconforto físico, a materialização da doença em seus corpos:

E eu não posso de jeito nenhum ficar sem esse remédio, não fico sem. Eu gostaria de não sentir isso, essa necessidade, eu gostaria de viver sem, mas não tem outro jeito, tem que tomar. Eu tento ficar, eu mesma me testando para ver se eu consigo ficar sem tomar ele. Às vezes eu não tomo. Uma vez eu esqueço, outras não. Eu falo “não, eu não posso ficar dependente desse remédio, eu não precisava disso”. Eu fico até 3 dias sem tomar ele, mas eu começo a inchar, as minhas mãos incham, meus pés, aí eu tenho que tomar, eu tomo e já desincha. Eu gostaria de não precisar tomar mesmo, mas infelizmente tem que tomar. (M.S.)

Apesar da relação com as questões físicas, sintomáticas e medicamentosas, ainda se mantêm nos discursos a relação das experiências emocionais na influência da hipertensão:

Quando a gente tá bem, o organismo da gente tá tudo bem. Quando não tá emocionalmente bem, não adianta a gente tentar ficar bem, se emocionalmente a gente não tá. Nem ficar só carne dizendo que tá bem, se por dentro a gente não tá bem. (M.M.).

Eksterman (2003) observa que a saúde e a doença vão para além do cuidado de apenas uma das facetas do ser humano, que é algo complexo, devendo transpor em um cuidado que possa incluir o sujeito e as suas questões:

O raciocínio subsequente de que eliminando o agente (causa) desse distúrbio ou doença, eliminamos essa doença é incorreto. É tão incorreto que, não raro, no afã de eliminar os agentes provocadores de doença, eliminamos também

o doente. Doença e saúde, como já insistimos antes, não são elos exclusivos de uma cadeia causal, mas fazem parte de organizações complexas, sistemas, para utilizar uma nomenclatura mais moderna. (2003, pag. 5)

A fala das entrevistadas aponta para a importância da relação com o corpo, com as sensações corpóreas ou com a ausência destas. Desse modo, não basta que se atente apenas aos sintomas ou ao diagnóstico, mas sim a pluralidade de fatores que compõem a existência humana e que inclui a percepção pessoal da experiência pelo sujeito adoecido.

CONCLUSÃO

No presente trabalho pode ser percebida a relação que estas mulheres fazem com seu processo de adoecimento e suas vivências, inclusive as afetivas. Como observado, as entrevistadas demonstram considerar a influência das vivências pessoais e afetivas no desenvolvimento e na manifestação da HAS, seja de modo direto ou indireto ao próprio adoecimento, e até percebendo a relação em outras mulheres hipertensas com o qual convivem. O que leva a refletir que os sujeitos possuem histórias progressas ao diagnóstico, que podem influenciar o modo como irão o subjetivar e, desse modo, esta pesquisa aponta para a necessidade de que as questões subjetivas também sejam incluídas no tratamento, que possa abranger a percepção deste que adocece, para que a experiência faça sentido ao sujeito.

A hipertensão é nomeada pelas entrevistadas como “silenciosa” e “traíçoeira”, por apresentar poucos sintomas, o que aparenta dificultar a adesão aos tratamentos e a própria percepção de si mesmas como hipertensas, reforçando a questão anterior de que não basta que se tenha um diagnóstico clínico, já que a experiência do adoecimento também envolve o processo simbólico do sujeito em relação ao adoecer. Pode-se questionar a relação entre a “transparência” da HAS com a dificuldade de adesão ao tratamento e da percepção do adoecimento, se há uma relação entre fazer o uso da medicação e aceitar ou negar a própria doença.

Deve-se considerar que o adoecer tende a promover diversas perdas, porém que estas podem ser simbolizadas e vivenciadas de um modo menos

sofrível e mais saudável, dependendo do modo como o sujeito interpreta o seu adoecimento. Mesmo que o contato inicial com a doença seja negativo ou evasivo, é possível proporcionar a possibilidade de ressignificação ao adoecer hipertensivo e aos cuidados referentes. A Psicanálise, que é uma abordagem teórica da Psicologia, possibilita a elaboração e/ou reelaboração de significados e significantes, ao considerar no inconsciente a existência de conteúdos latentes, que podem ser notados na linguagem por possuir caráter dinâmico entre as demais instâncias, como o consciente. E assim, clarificar esses conteúdos que são apresentados pelo sujeito, na possibilidade de reflexão dos sentidos ou de uma ressignificação das suas questões.

Este trabalho marca a importância do profissional de saúde estar atento e sensível a algumas questões. Acolher a pluralidade do sujeito em sofrimento, oportunizando o posicionamento deste em seu processo de saúde e doença. Apreender o sujeito em sua complexidade, considerando em seu sofrimento, em suas dificuldades e em suas potencialidades. Expor que o adoecer requer a atenção de diversas áreas do conhecimento, e que esses saberes interajam entre si.

Para tal, não basta que diferentes profissionais atuem no cuidado à pessoa hipertensa e que não haja integração destes. Assinala que o cuidado multiprofissional e interdisciplinar possibilita uma visão integral do paciente, considerando os processos de saúde e doença como complexos e multideterminados, sendo reforçada a importância e necessidade destas perspectivas de trabalho na atenção e cuidado à saúde. E principalmente, que nessa relação de cuidado esteja incluído o paciente em questão e tudo o que engloba a sua existência.

REFERÊNCIAS

- Ávila, L. A. (2012). O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Rev. Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382012000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 14 jun. 2013.

- Batista, K. R. O. & Cunha, E. L. (2010). A experiência psicanalítica na investigação social: considerações sobre o método. *Rev. Ecos*, Vol. 2, N. 2. Disponível em <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/823>> acessos em 01 jun. 2013.
- Camargo, B. V. (2005). Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, A. S. P. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária. pp. 511-539.
- Constituição da República Federativa do Brasil* (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as regiões. In *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, cap. 07, pp. 185-207. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acessado em 08 maio 2013.
- Costa, L. F. & Jacquet, C. (2006, Dezembro). Emoção e experiência corporal na trajetória da conversão: um estudo de caso. *Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 16, n. 3. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 14 jun. 2013.
- Cukiert, M. & Priszkulnik, L. (2002). Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. Uma contribuição à questão do corpo em Psicanálise: Freud, Reich e Lacan. *Estudos de Psicologia*. Natal, v. 7, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2002000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Mai. 2013.
- Cunha, R. B. (2008). A relação significante e significado em Saussure. *ReVEL*. Edição especial n. 2. Acessado em 12 de Maio de 2013. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_esp_2_a_relacao_significante_e_significado_em_saussure.pdf>

- Eksterman, A. (2003). O ato psicanalítico e a medicina do corpo. *Cad. psicanál.* (Rio J., 1982);19(22):51-76. Acessado em 10 de Janeiro de 2014. Disponível em: http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/ato_psicanalitico_medicina_corpo.pdf
- Fadden, M. A. J. M. (1993). *Contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manifestações psicossomáticas*. Universidade Estadual de Campinas, SP. Disponível em <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=000071950>> Acessado em: 28 de Abril de 2013.
- Fonseca, F. C. A., Coelho, R. Z., Nicolato, R., Malloy-Diniz, L. F. & Filho, H. C. S. (2009). A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornada brasileira de psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852009000200011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 Abr. 2013.
- Freud, S (1925). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.
- Freud, S. (1984). *As neuropsicoses de defesa*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3.
- Freud, S. (1895). *Estudos sobre a histeria*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 2.
- Freud, S. (1933). *Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise: feminilidade*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir e elaborar*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.
- Freud, S. (1915). *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. In_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro. Imago, 1996 v. 22.

- Freud, S. (1931). *Sexualidade feminina*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.
- Freud, S. (1911). *Sobre a sexualidade*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In:_____. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7.
- Gualberto, S. C. & Honorato, P. R. M. (2012) *Mulher pós-moderna: uma percepção acerca de sua Multiplicidade de papéis*. ULBRA. Acessado em: 10 de Janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.ulbra.br/portovelho/wp-content/uploads/2012/07/ARTIGO-VERS%C3%83O-FINAL.pdf>
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kehl, M. R. (2004). *Ressentimento*. Ed. Casa do Psicólogo. São Paulo. 2004.
- Machado, L. R. C. & CAR, M. R. (2007). Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. *Rev. Escola de Enfermagem*. USP, São Paulo, v. 41, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Abr.. 2013.
- Machado, M. C., Pires, C. G. S. & Lobao, W. M. (2012). Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000500030&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 28 abr. 2013.
- Organização mundial de saúde (2013). *A global brief on hypertension - Silent killer, global public health crisis*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf>. Acessado em: 28 de Abril de 2013.

- Resolução nº 466 (2012)*. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em: 16 jun. 2013
- Rocha, L. (2011). O paciente diabético: a doença como metáfora (ou uma vida nada doce). *Psicanálise e Hospital* 5. Org. MOURA, Marisa Decat. Ed. Wak. Rio de Janeiro.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 4, n. 2. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 01 jun. 2013.
- Silva, M. E. D. C., Barbosa, L. D. C. S., Oliveira, A. D. S., Gouveia M. T. O., Nunes, B. M. V. T. & Alves, E. L. M. (2008, Agosto). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 61, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 Abr. 2013.
- Sociedade brasileira de cardiologia (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.
- Winograd, M. & Teixeira, L. C. (2011). Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S15114982011000200001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 14 Jun. 2013.
- Wottrich, S. H., Ávila, C. M., Machado, C. C., Goldmeier S., Dillenburg D., Kuhl, C. P. & Irigoyen M. C., Rigatto K. & Ruschel, P. P. (2011). Gênero e manifestação de stress em hipertensos. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 28, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0103166X2011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Abr. 2013.