

Mulheres hipertensas e a depressão: relato sobre intervenção com grupo operativo e atividades físicas

Hypertensive women and depression: a report on intervention with an operative group and physical activities

Carina Aparecida do Vale¹, Giovana Monique de Oliveira Meireles², Sarah Cecílio Fonseca³, André Henrique Azevedo Gomes⁴, Maria Nivalda de Carvalho-Freitas⁵, Marcos Vieira Silva⁶, Andrea Carmen Guimarães⁷

1. Graduanda em Psicologia – Universidade Federal de São João del-Rei.
2. Graduanda em Psicologia – Universidade Federal de São del-Rei.
3. Graduanda em Psicologia – Universidade Federal de São João del-Rei.
4. Graduando em Educação Física – Universidade Federal de São João del-Rei.
5. Doutora em Administração – Universidade Federal de São João del-Rei.
6. Doutor em Psicologia Social – Universidade Federal de São João del-Rei.
7. Doutora em Ciências da Educação Física e Saúde – Universidade Federal de São João del-Rei.

CONTATO: Maria Nivalda de Carvalho-Freitas | Praça Dom Helvécio, 74, Campus Dom Bosco da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) | Departamento de Psicologia | São João del-Rei | Minas Gerais | CEP 36301-160 | Fone: (32) 3379-2584 | E-mail: nivalda@ufsj.edu.br

Auxílio financeiro: FAPEMIG.

Resumo A hipertensão é uma doença crônica não transmissível e representa um fator significativo na redução da qualidade e expectativa de vida das pessoas, sendo que as intervenções não farmacológicas têm se apresentado eficazes, com baixos custos e riscos. Alguns estudos desenvolvidos em pacientes deprimidos revelam a prevalência de 28% de hipertensão. Esse relato apresenta a experiência de trabalho realizada com um grupo de sete mulheres hipertensas, que foi desenvolvido com o intuito de promover saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos. A intervenção dispôs de atividade física e atividade psicológica – grupo

operativo. Para avaliar os níveis de depressão utilizou-se o BDI (Beck Depression Inventory). Com os resultados constatou-se que a hipertensão se apresentou relacionada com a depressão. As intervenções se mostraram eficazes, considerando que por meio das análises qualitativas o grupo demonstrou adaptação ativa frente à realidade. Já nas análises quantitativas observa-se uma diminuição nos níveis de depressão e o grupo relata maior compromisso com a alimentação e hábitos mais saudáveis de vida, resultando melhora no controle da pressão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de adaptação. Depressão. Hipertensão – Mulheres. Tratamento. Exercício físico. Qualidade de Vida.

Abstract Hypertension is a chronic non-communicable disease that represents a significant factor in reducing life quality and expectancy, with non-pharmacological interventions being shown to be effective, with low cost and risks. Some studies conducted in depressed patients show a 28% prevalence of hypertension. This report presents the working experience carried out with a group of seven hypertensive women, which was developed in order to promote health and improve subjects' life quality. Therefore, the interventions were physical and psychological activities. To assess depression levels, BDI (Beck Depression Inventory) was used. The analysis of the results showed that hypertension was related to depression. The interventions were effective, considering that, through qualitative analysis, the group showed active adaptation to reality. Regarding quantitative analyses, a decrease in the depression level was observed. Moreover, the group reported higher commitment to feeding and healthier living habits, resulting in improved control of blood pressure.

KEYWORDS: Adaptation disorder. Depression. Hypertension - Women. Treatment. Physical exercise. Quality of Life.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de ordem fisiológica, interligada a fatores como sedentarismo, má alimentação, consumo exagerado de álcool, tabagismo e estresse, além de idade e gênero, hereditariedade, condição socioeconômica, etnia e peso¹. É o principal fator de risco de doenças cardiovasculares, sendo um dos principais problemas de saúde pública². Também considerada como a principal causa de mortes, a hipertensão acomete 30% da população adulta mundial, mas um terço dessa população desconhece a sua condição de hipertensão³. A prevalência da hipertensão na

população brasileira adulta varia entre 15% e 20%, além de aumentar progressivamente com a idade, sendo um sério agravante à saúde da população⁴.

Fatores estressores psicossociais são uns dos principais elementos desencadeadores da hipertensão arterial. Os valores ou circunstâncias do ambiente em que o indivíduo está inserido são capazes de perturbar seu comportamento normal favorecendo no desenvolvimento do estresse e da depressão⁵.

Os papéis sociais, as relações interpessoais e a maneira de perceber a si e a vida são importantes aspectos do funcionamento social das pessoas,

e no desenvolvimento do estresse⁶. Além disso, a desadaptação a eventos estressores é considerada uma possível desencadeadora da depressão⁷. Há prevalência de transtornos depressivos entre 18% e 37% da população de pessoas hipertensas, sendo que poucos estudos são desenvolvidos com esse foco⁸.

De acordo com Fuller, existem algumas hipóteses de relação entre a hipertensão e a depressão: fator fisiológico em comum; a depressão pode ser secundária à doença crônica; serem apenas coincidentes; depressão como efeito colateral da medicação anti-hipertensiva⁹. Uma vez que os sintomas de depressão compreendem aspectos comportamentais, motivacionais, afetivos, cognitivos e somáticos, pode-se considerar que há significativa implicação destes no tratamento de doenças crônicas, como exemplo, falta de interesse, ansiedade, insônia. Além disso, a depressão pode surgir como resultado do sentimento de perda frente à doença crônica, assim como consequência da forma com que o paciente lida com a doença e adapta-se ao tratamento⁵.

O tratamento da hipertensão arterial tem como objetivo a normalização dos níveis de pressão, implica em mudanças nos hábitos de vida, de forma a minimizar e prevenir os fatores de riscos aos quais essas pessoas estão submetidas. Destaca-se a importância do redirecionamento para o tratamento não medicamentoso e a implementação de medidas de controle e prevenção. O uso de medicamentos não é capaz de combater todos os riscos da pessoa com hipertensão, como exemplo, o sedentarismo e a obesidade podem interferir e agravar o quadro de crises¹⁰.

Em estudo realizado para identificar comorbidade depressiva que possa influir no tratamento da hipertensão, foi identificada prevalência de 20% dos pacientes hipertensos que apresentam o transtorno de depressão maior, o que indica que a prevalência de depressão em pacientes hipertensos é maior do que na população geral. Além disso, foi verificado que a atividade física é componente obrigatório tanto no tratamento da depressão quanto no da hipertensão⁸.

O objetivo do presente relato consiste em apresentar a experiência de trabalho desenvolvida

em uma universidade com adultos hipertensos. O programa teve como foco principal a promoção de saúde física e psicológica, com o intuito de promover a melhoria na qualidade de vida dos participantes. A proposta de intervenção fundamentou-se em atividades físicas e psicológicas que corresponde ao tratamento não medicamentoso. A partir daí, avaliou-se o impacto dessas atividades nos níveis de depressão e sua relação com a hipertensão. O estudo foi realizado por uma equipe interdisciplinar dos cursos de Psicologia e Educação Física.

Relato de experiência

A intervenção foi realizada em três fases. Cada participante respondeu a um questionário para caracterização, informando idade, sexo, atividade física prévia, se trabalha, atividade de reabilitação, se desenvolve atividade com autonomia e se depende de outras pessoas para a realização de tarefas cotidianas.

Em relação ao perfil de saúde física, inicialmente foram realizados hemogramas, glicemia e exames biofísicos, tais como pressão arterial, peso, altura, índice de conicidade, autonomia funcional e flexibilidade. Quanto ao perfil de saúde psicológica, foram realizadas entrevistas para identificação das principais queixas e sintomas relacionados à pertença daquele grupo e levantamento das dificuldades afetivo-emocionais decorrentes do quadro de saúde. Para análise dos níveis de depressão, foi aplicado nas participantes o BDI (*Beck Depression Inventory*)¹¹. Nota-se a preocupação no cuidado com a saúde e a expectativa do grupo em melhorar a qualidade de vida, principalmente em aspectos como desconforto frente aos sintomas de ansiedade, diminuição do sedentarismo, controle da pressão arterial, adaptação a uma alimentação saudável, controle no uso de bebida alcoólica e, por fim, autocontrole emocional, sobretudo o estresse.

Na fase de intervenção, o grupo foi atendido duas vezes por semana, realizando atividades físicas de musculação com duração média de 60 minutos por dia. Utilizaram-se os resultados do pré-teste, a fim de melhor prescrever os exercícios para cada participante. Com esta prescrição buscou-

se iniciá-las na rotina dos exercícios – muitas nunca frequentaram academia. Em programas de reabilitação e prevenção de doenças crônicas, deve-se buscar formas de garantir que os participantes possam se manter ativos, uma vez que os exercícios apresentam continuidade dos resultados, na permanência da prática¹². Deve-se considerar e respeitar a individualidade biológica de cada participante, uma vez que cargas ou intensidades iguais podem gerar resultados diferentes. Assim, os resultados de exercícios são otimizados quando os programas são pensados para atender às necessidades e às capacidades individuais¹³. Trabalhou-se atendendo tais necessidades.

Treinamento concorrente é a combinação de treinamento aeróbico e de força, em uma só sessão. O principal efeito gerado por tal treinamento é o hipotensor – a redução da pressão arterial após o exercício, tendo uma duração maior que o treinamento de força isolado. Assim trabalhou-se com tal metodologia, buscando garantir o maior benefício dos exercícios físicos¹⁴.

Após cada semestre de intervenção, realizou-se o pós-teste, podendo assim comparar com os resultados apresentados nos testes anteriores, identificando os pontos de melhora tanto nos aspectos fisiológicos, quanto nos aspectos motores das participantes.

Na fase de intervenção psicológica as participantes se reuniam em oficinas de grupo, uma vez por semana, em encontros de 60 minutos. Em cada semestre foram realizados 12 encontros, baseados no conceito de Grupo Operativo de Pichón-Rivière¹⁵, e Oficinas de Grupo, de Afonso¹⁶.

A técnica de grupo operativo “fundamenta-se na Psicologia Social sendo um instrumento de ação grupal que se apoia em uma concepção de sujeito, entendido como o emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais” (GAYOTTO, 1991, p. 2)¹⁷. Segundo Pichón-Rivière, o grupo consiste em um número restrito de pessoas interligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna se propondo a realizar uma tarefa que constitui sua finalidade¹⁵. Os membros participantes precisam se reconhecer enquanto grupo, ou seja, ainda que com

suas características particulares, se reúnem por um objetivo em comum¹⁶.

No processo, situações de mudanças são constantes, pois implica aprendizagem e adaptação à realidade. Entretanto, é movimento natural o grupo apresentar resistência, o que se mostra frente aos medos da perda – perder o que já se tem –, e do ataque – temor frente ao desconhecido¹⁸. É função do coordenador identificar tais resistências, e auxiliar o grupo a rompê-las, para se desenvolver a partir de troca de experiências e conhecimento, o que implica em criatividade, elaboração de ansiedades e contato ativo com a realidade¹⁹.

Para compreensão sobre o movimento do grupo, Pichón-Rivière (1988) desenvolveu o esquema do cone invertido em que propõe os conceitos acerca da relação dos membros entre si, além do envolvimento destes com a tarefa proposta, em prol da aprendizagem - principal objetivo do grupo. Trata-se da possibilidade dos membros se desenvolverem de forma ativa e ressignificarem seus conflitos¹⁸.

Os temas trabalhados com o grupo foram, no primeiro semestre, construção de vínculo, autoestima, conviver com as diferenças, ansiedade, cartilha da hipertensão e projeto de vida. No segundo e terceiro trabalhou-se o fortalecimento do vínculo, autoconhecimento, autoestima, projeto de vida e hipertensão.

Com o intuito de comparar a condição de saúde psicológica pré e pós-intervenção, a cada seis meses foi reaplicado o BDI em cada participante, constituindo a terceira fase. Para verificação de possível diferença nos resultados do BDI, foi realizado teste *t* com o objetivo de avaliar a diferença de média dos índices de depressão. Em relação às análises qualitativas, realizaram-se observações sistemáticas de cada encontro com o intuito de analisar o processo grupal, além de análises de conteúdos para interpretação de elementos emergentes.

A intervenção foi realizada durante o período de um ano e meio com sete participantes, todas do gênero feminino, com idade média de 51 anos (mínimo = 42 anos e máximo = 58 anos), sendo 57% casadas, 29% viúvas, 14% solteiras. Residem com o marido 57% das participantes, e 43% com os filhos;

além disso, 43% possuem Ensino Fundamental incompleto e 43% possuem Ensino Médio completo. Todas as participantes não estavam trabalhando, e a média da renda familiar de todas as participantes era de até dois salários mínimos.

Resultados e discussão

Com base nas análises quantitativas constatou-se, após um ano e meio de intervenção, diferença significativa entre as médias dos níveis de depressão (BDI): Pré-intervenção, Média = 16,29, Desvio Padrão = 6,45; Pós-teste, um ano e meio de intervenção, Média = 8,86 e Desvio Padrão = 5,70, Teste t: $t(6) = 2,999$; $p=0,024$.

No início do processo observou-se a negação das dificuldades relacionadas aos cuidados com a hipertensão, passando a serem elaboradas no decorrer dos encontros. O grupo discutiu questões como alimentação, uso de bebida alcoólica, estresse e prática de exercícios físicos. Desta forma, expõem-se aos poucos suas limitações, bem como o reconhecimento dos cuidados necessários.

Um dos temas emergentes no início das atividades, persistindo em várias oficinas, foi a temática sobre família. Nesse contexto, há uma predominância na fala com relação às questões afetivo-emocionais vivenciadas no casamento. As integrantes trouxeram em seu discurso experiências do cotidiano de serem donas de casa, nas quais o grupo passou a perceber a necessidade de dedicar maior tempo em seus autocuidados, investir na saúde e no lazer. Durante as oficinas em que foram desenvolvidas atividades com objetivo de proporcionar a melhora na autoestima, destaca-se a demanda do grupo em compartilhar as dificuldades de pensar em seu próprio bem-estar. Além disso, a discussão se pautava também na vivência com sintomas depressivos que minimizam a motivação para o autocuidado.

Para trabalhar o tema projeto de vida, coordenaram-se dinâmicas para reflexão sobre perspectivas de metas e iniciativas para desenvolvê-las, visando o próprio bem-estar e o autoconhecimento, que favoreceu na melhora da autoestima. Foram direcionadas oficinas em prol

de resgatar a história pessoal das integrantes, destacando suas conquistas e possibilidades para mudanças futuras.

Chaves e Cade (2002) defendem que o conjunto de dificuldades vivenciadas no cotidiano, com as intercorrências da hipertensão, precisam ser trabalhados em aspectos que interfiram na interação e adaptação do portador tanto em relação à doença quanto ao meio externo, em busca de uma melhor qualidade de vida⁵. Trabalhando no grupo os temas de ansiedade, autoestima e mudanças, resgatando conquistas, pôde-se trabalhar direta e indiretamente os sintomas que a depressão pode causar. As integrantes puderam criar novas formas de adaptação em suas realidades, lidando melhor com a hipertensão e a depressão.

Quanto às contribuições das atividades físicas, o grupo passa a demonstrar maior compromisso com o controle da alimentação, além de buscar hábitos mais saudáveis. Destacam-se os relatos do controle da pressão arterial, a diminuição de dores físicas, maior disposição para atividades diárias, diminuição de ansiedade e melhora na qualidade do sono. Ressalta-se a importância das atividades físicas tanto para o bem-estar biológico, bem como para melhor adaptação desses pacientes frente aos cuidados do controle da hipertensão.

Estudo indica que a adequação do sujeito frente aos eventos estressores em sua vida reflete positivamente na satisfação pessoal física e psicológica²⁰. O desenvolvimento das atividades com grupos demonstrou que as trocas de experiências acerca de limitações, tanto com relação à patologia, quanto em relação às questões psicossociais e subjetivas, contribuíram de forma positiva para a resignificação da vivência da doença.

Os resultados obtidos se mostraram efetivos e evidenciaram a importância da intervenção não medicamentosa no tratamento da hipertensão. Por meio das atividades direcionadas, além da diminuição dos níveis de depressão, o grupo reconheceu suas resistências em relação às mudanças e admitiu seus medos e consequências negativas que elas acarretam. Assim, mostraram-se capazes de construir soluções considerando a realidade em que vivem, não no sentido de se

conformarem com tal, mas sim no reconhecimento de se fazer sujeito protagonista da própria história.

A intervenção foi realizada apenas uma vez com sete mulheres, dessa forma, para confirmar a eficácia desse tipo de experiência para minimização da depressão entre pessoas com hipertensão, sugere-se a reaplicação da intervenção com maior número de sujeitos, tanto homens quanto mulheres.

Referências bibliográficas

- Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010 jul; 95(1): 1-51.
- Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwald CL, Silva Jr JB, Reis AAC. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015 dez; 18(2): 109-122.
- Organização Mundial da Saúde [homepage da internet]. Dia mundial da hipertensão 2015. [acesso em 26 mar 2016]. Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?id=286%3Adia-mundial-da-hipertensao-2015&option=com_content
- Kohlmann Jr O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado CA, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA). *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999 ago; 43(4).
- Chaves EC, Cade NV. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2002; 4(1): 1-11.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990 May; 58(5): 844-54.
- Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM, Melo AFB, Ribeiro CN. Prevalência do transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2): 161-168.
- Fuller BF. DSM-III depression and hypertension in two psychiatric outpatient populations. *Psychosomatics* 1988 Jan; 29(4): 417-23.
- Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm* 2007 abr/jun; 12(2): 157-63.
- Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- Silva DK, Nahas MV. Prescrição de exercícios físicos para pessoas com doença vascular periférica. *Rev Bras Ciên e Mov* 2002 jan; 10(1): 55-61.
- McArdle WD, Katch FI, Katch VL. *Fisiologia do exercício: nutrição e desempenho humano*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Cunha FA, Matos-Santo F, Massaferrri RO, Monteiro TPL, Farinati, PTV. Hipotensão pós-exercício induzida por treinamento aeróbio, de força e concorrente: aspectos metodológicos e mecanismos fisiológicos. *Rev HUPE* 2013 out/dez; 12(4): 99-110.
- Pichón-Rivière, E. (1988). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Afonso MLM, organizadora. *Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
- Gayotto MLC. A técnica de grupo operativo. In: Domingues I, Rudge LT, Gayotto MLC, Giffoni VL. *A técnica de grupo operativo*. São Paulo: Instituto Pichón-Rivière; 1991. p. 1-4.
- Berstein M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: Osório LC. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986. p.108-31.
- Gayotto MLC. A intervenção do coordenador. In: Domingues I, Rudge LT, Gayotto MLC, Giffoni VL. *A técnica de grupo operativo*. São Paulo: Instituto Pichón-Rivière; 1991. p. 44-49.
- Holroyd KA, Lazarus R. Stress, coping and somatic adaptation. In: Goldberger L, Breznitz S. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. London: Collier Macmillan; 1982. p. 21-35.

DATA DE SUBMISSÃO: 14/04/2016

DATA DE ACEITE: 23/05/2016