

HIPERTENSÃO ARTERIAL ESSENCIAL: PSICOPATOLOGIA, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Sandra C. Soares*

Resumo

O presente trabalho teve como propósito elaborar uma revisão crítica da literatura existente relativa à psicopatologia, avaliação e tratamento da hipertensão arterial essencial. Com base num modelo psicofisiológico que tem como intuito explicar a hipertensão arterial, foi analisada a relação entre diversos factores (genéticos, psicossociais, hemodinâmicos e facilitadores) e o consequente desenvolvimento do referido transtorno. De salientar que foi conferida especial atenção aos factores psicológicos concomitantes das manifestações orgânicas da hipertensão. Posteriormente, foram relatadas as formas de avaliação, os tratamentos mais comumente utilizados e a eficácia subjacente na redução dos níveis de pressão arterial elevados. A revisão de literatura efectuada no presente trabalho reflectiu a complexidade do transtorno e a conse-

quente coexistência de diversas investigações que apontam para conclusões pouco convergentes, ou mesmo contraditórias.

Palavras chave: *Hipertensão arterial essencial; Factores de desenvolvimento; Avaliação; Tratamento.*

A hipertensão é um transtorno do sistema cardiovascular que se caracteriza por apresentar níveis de pressão sanguínea superiores aos requisitos metabólicos do organismo. Mais especificamente, a Organização Mundial de Saúde (1999) define a hipertensão como uma pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg em indivíduos adultos que não tomam qualquer tipo de medicação anti-hipertensiva. Em função da etiologia podem ser diferenciadas duas categorias, a hipertensão essencial ou primária, cuja origem não pode ser determinada organicamente, e a hipertensão secundária, devida a lesões orgânicas (Fernández-Abascal, 2000).

A hipertensão arterial revela-se como o principal factor de risco das doenças cardiovasculares que, por sua vez, representam a principal causa de morte nos países industrializados (He & Whelton, 1997). Por outro lado, quando não sujeito a tra-

* Psicóloga, Mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas, Doutoranda no Departamento de Neurociências Clínicas, Secção de Psicologia, do Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia, Membro do Núcleo de Leiria da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

tamento, o transtorno é igualmente causado de morbidade associada a patologias secundárias, nomeadamente à cardiopatia isquémica, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca e renal (Mcintyre & Silva, 1994). A hipertensão arterial é caracterizada como um transtorno atípico, na medida em que não revela uma sintomatologia específica que permita a sua detecção. Paralelamente, constata-se uma multiplicidade de factores facilitadores da origem e desenvolvimento do respectivo transtorno o que, consequentemente, dificulta os respectivos estudos epidemiológicos. Não obstante, com base nos critérios de diagnóstico da hipertensão arterial da OMS (1999), constata-se uma prevalência média de 20% na população adulta (Francés *et al*, 2001), sendo que a hipertensão essencial corresponde a 95% de toda a epidemiologia da hipertensão. A percentagem de incidência do transtorno varia muito significativamente em função da idade e do sexo. Até aos 45-50 anos a incidência é maior nos homens que nas mulheres. Opostamente, a partir dos 50 anos de idade, verifica-se uma maior incidência da hipertensão nas mulheres (Fernández-Abascal, 2000). No entanto, independentemente das variações em função do sexo, a hipertensão tem uma incidência crescente com a idade, na medida em que 65% dos indivíduos hipertensos pertencem ao grupo etário dos 65-74 anos (Mcintyre & Silva, 1994). No que concerne a população portuguesa em particular, verifica-se que cerca de 40% dos indivíduos com mais de 40 anos de idade são hipertensos.

As flutuações dos níveis médios de pressão arterial podem ocorrer reactiva e especificamente a requisitos metabólicos

ou psicológicos e, tal como acima mencionado, no decorrer da vida dos indivíduos (Francés *et al*, 2001). Não obstante, a hipertensão passa por diversas etapas que antecedem a sua cronicidade. Estas etapas podem classificar-se como pressão reactiva, hipertensão *borderline* e hipertensão essencial (Fernández-Abascal, 2000). Na pressão reactiva a frequência das elevações da pressão arterial aumenta significativamente e revela-se particularmente marcada para a pressão sistólica. Esta elevação da reactividade sistólica tem origem especialmente em condições de *coping* activo e, como consequência, começa a produzir-se nesta fase uma regulação hemodinâmica incorrecta para determinadas situações. Nesta etapa está implicada uma predisposição genética, que explica os motivos pelos quais algumas pessoas, ao contrário de outras, desenvolvem esta reactividade. Contudo, os resultados das investigações não são consistentes (Steptoe, 1984). De acordo com alguns estudos epidemiológicos, os factores de carácter psicossocial revelam ser os que mais contribuem para os elevados níveis de pressão arterial nesta etapa de desenvolvimento da hipertensão. De salientar que o efeito destes factores é susceptível de ser potenciado por factores facilitadores da reactividade miocárdica, nomeadamente a ingestão de substâncias cardioactivas (nicotina, cafeína, álcool). A este propósito, Schneiderman & Skyler (1996) indicam que a prevalência da hipertensão é 50% maior em indivíduos que consomem três a cinco bebidas diariamente e 100% maior em indivíduos que ingerem mais do que seis bebidas, comparativamente com indivíduos com baixo consumo de álcool.

Na hipertensão *borderline* (pressão

sistólica e frequência cardíaca elevadas durante grande período de tempo) verifica-se um efeito de manutenção das condições geradoras do aumento da pressão arterial, para além de uma maior deterioração da regulação da pressão sistólica. Todavia, a regulação da pressão diastólica mantém os seus níveis normais (Fernández-Abascal, 2000). Paralelamente com a manutenção no tempo de determinados factores, verifica-se nesta fase a entrada de novos factores que conduzem ao agravar dos mecanismos hemodinâmicos. Destes factores, destacam-se os denominados facilitadores da hipertensão, que incluem o consumo excessivo de álcool e nicotina, entre outros. De salientar que estes factores conduzem a aumentos na actividade cardio-simpática das pessoas reactivas. De igual modo nesta etapa os factores psicossociais revelam maior importância do que os factores de carácter genético. No que concerne a hipertensão arterial essencial (elevação da pressão sistólica e diastólica) as principais causas intervenientes são os factores autorreguladores, mediados neurohormonalmente, e a disfunção renal. Adicionalmente, os efeitos a longo prazo dos factores facilitadores reflectem-se nas causas anteriormente mencionadas (Fernández-Abascal, 2000).

Assim, os modelos psicofisiológicos propostos com o intuito de explicar a hipertensão, caracterizam o transtorno como resultado de uma confluência de diferentes factores, nomeadamente factores de carácter genético, hemodinâmico, fisiológico, psicossocial e facilitador (Johnston, 1997; Weiss, Anderson & Weiss, 1991; Fernández-Abascal, 2000). Será sobre os factores de carácter hemodinâmico que encontraremos o reflexo do

efeito causado pelos restantes factores que, por sua vez, sustentam uma incidência particular em cada um das diversas etapas acima descritas. Esta perspectiva multifactorial da hipertensão confere especial atenção aos factores psicológicos concomitantes das manifestações orgânicas do referido transtorno (Clara, 1994).

Entre os factores psicológicos implicados, destaca-se o papel do *stress* e de determinadas características da personalidade que, associados a uma vulnerabilidade biológica, podem contribuir para o aumento dos níveis de pressão sanguínea (Johnston, 1997). Estudos efectuados com animais demonstraram que o *stress* conduz a aumentos persistentes da pressão arterial em ratos geneticamente susceptíveis (Lawer *et al*, 1981). No que diz respeito a investigações realizadas com humanos foram reportados elevados níveis de catecolaminas no sangue e nos tecidos de indivíduos hipertensos em resposta ao *stress* (Julius & Ester, 1985). Por outro lado, diversos estudos comparativos dos níveis de norepinefrina no plasma de indivíduos normotensos e hipertensos confirmam a hiperactividade simpática nos hipertensos (Goldstein, 1981). Francés *et al* (2001) sugerem que não seria o *stress* potencialmente experienciado mas sim as estratégias de *coping* para lidar com o *stress* que diferenciavam estes dois grupos de indivíduos. De salientar que esta sugestão tem como base o facto do *stress* ser considerado um termo abrangente que pode fazer igualmente referência aos estímulos *stressantes* e à resposta ao *stress* (Fernández-Abascal, 2000). Numa investigação realizada por Lipp, Bignotto & Alcino (1997) verifica-se que o *stress*, mais especificamente o *stress* social (tensão potencial-

mente sentida em virtude de contactos sociais em que se denota uma necessidade de interagir de modo a reivindicar direitos ou expressar algum tipo de sentimento ou desejo), desencadeou uma alteração significativa dos níveis de pressão arterial em indivíduos hipertensos quando submetidos a uma sessão experimental de *stress* social. Paralelamente, verificou-se que estes efeitos de *stress* se prolongaram mesmo dez minutos após o término da referida sessão o que, de acordo com os autores (Lipp *et al*, 1997), pode ser interpretado como sendo referente aos efeitos duradouros do *stress* sobre a actividade cardiovascular dos indivíduos hipertensos. Adicionalmente, num estudo relativo ao *stress* mental foram corroborados os resultados da investigação anteriormente mencionada. Assim, indivíduos hipertensos, comparativamente com normotensos, demonstraram níveis mais elevados de pressão arterial quando submetidos a uma prova de aritmética mental e por longos períodos posteriores à realização da tarefa (Step toe, 1996).

Segundo Turner (1995), quanto maior a reactividade cardiovascular (frequência cardíaca, pressão arterial, débito cardíaco e resistência periférica total) revelada numa situação indutora de *stress*, maior a probabilidade de desenvolvimento posterior de hipertensão arterial. Contudo, de acordo com o modelo *diathesis-stress* da hipertensão essencial, a hiperreactividade ao *stress* apenas conduz à hipertensão na presença de outros factores psicossociais negativos predisponentes e de diferenças individuais de personalidade (Brownley *et al*, 2000).

Para além do *stress*, outras constelações de variáveis psicológicas têm sido associadas à hipertensão. Numa revisão de diver-

sas investigações, Steptoe (1993) refere que pessoas pouco auto-afirmativas e que tendem a suprimir as suas emoções negativas nas ocasiões adequadas, estão mais predispostas que outras a desenvolverem hipertensão arterial, dado que a inibição contínua de impulsos hostis conduz a perturbações neuroendócrinas e cardiovasculares (Harrell, 1980). Deste modo, e dada a impossibilidade de conseguir suprimir a tensão de forma permanente, ocorrem explosões emocionais pontuais, para além de existir um acumular crónico de hostilidade e ira, gerador da elevação na pressão arterial (Trigo, Rocha & Coelho, 2000). Diamond (1982), baseando-se na literatura existente, descreve o hipertenso como um indivíduo conflituoso, conotado com uma carga de hostilidade e ressentimento que se resguarda constantemente da expressão do impulso através do distanciamento, supressão, submissão e complacência.

Diversos estudos têm revelado que indivíduos com um padrão de comportamento tipo A evidenciam um maior risco de doença coronária (e. g., Matarazzo & Carmody, 1983). Contudo, apenas alguns estudos confirmam a associação entre o comportamento tipo A e os elevados níveis de pressão arterial (Clara, 1994). Parece lógico assumir que indivíduos com hipertensão, que apresentam dificuldades em expressar a sua hostilidade, não apresentem este padrão de comportamento, caracterizado por excessiva competitividade, o elevado grau de empenho profissional e pessoal, a impaciência, a hostilidade expressa exteriormente, a brusquidão e o sentido de urgência temporal (Adler & Matthews, 1994). Não obstante, parece concluir-se que tanto a supressão

como a expressão da ira têm sido associadas às doenças cardiovasculares e à hipertensão arterial, em particular (Trigo *et al*, 1994).

Paralelamente, diversos estudos têm sugerido e constatado a importância da relação entre o apoio social, ou melhor, o seu défice, e a hipertensão (e.g., Orther-Gomér & Undén, 1990, citado por Francés *et al*, 2001). Johnson e Hall (1988, citado por Serra, 2002) salientam a importância do apoio social no decorrer da actividade profissional. Numa revisão de literatura, Karasek e Theorell (1990, citado por Serra, 2002) confirmaram que um elevado grau de tensão associado à actividade profissional predispõe a doenças cardiovasculares, nomeadamente à hipertensão arterial. Mais especificamente, actividades profissionais geradoras de maior tensão mas com maior possibilidade de apoio de colaboradores, conduzem a um menor risco de doença cardiovascular. Contrariamente, indivíduos submetidos às mesmas condições de tensão psicológica revelam-se mais vulneráveis quando trabalham isoladamente e, conseqüentemente, em maior risco de doença cardiovascular. Todavia, nem todos os estudos têm confirmado esta relação (Tennant, 1999, citado por Francés *et al*, 2001). Esta inconsistência poderá estar relacionada com o facto de todos as investigações terem usado uma medida ampla e imprecisa que inclui uma diversidade de definições de apoio social (Francés *et al*, 2001).

Ainda relativamente aos factores psicossociais associados à hipertensão verificou-se, numa investigação realizada por Francés *et al* (2001), que indivíduos hipertensos, comparativamente com normotensos, apresentam maiores níveis de

ansiedade. Os referidos autores verificaram igualmente que indivíduos hipertensos e normotensos diferem entre si significativamente no que se refere a sintomatologia depressiva, sendo esta maior nos primeiros. Porém, outros estudos realizados não corroboraram estes resultados, possivelmente devido a diferenças metodológicas ou de amostragem (Francés *et al*, 2001). Adicionalmente, outros estudos referem a presença de alexitimia (labilidade emotiva e afectiva que se traduz por uma desadequação afectiva) na personalidade de indivíduos hipertensos, dado que, indivíduos com este traço, vivenciam determinados conflitos internos que se expressam fisiologicamente de forma semelhante à da hipertensão. Contudo, os estudos não permitem, mais uma vez, uma conclusão segura relativamente à alexitimia como característica padrão na hipertensão essencial (Clara, 1994)

A evidente inconsistência nos resultados das investigações que exploram associações entre determinados factores psicossociais e a hipertensão refere-se sobretudo a problemas metodológicos, nomeadamente à dificuldade na diferenciação entre os diversos tipos de hipertensão e à sua correspondente duração no tempo. Como tal, parece pertinente afirmar que esta temática carece ainda de um refinamento metodológico que permita asserções mais consistentes sobre o assunto.

Com o intuito de realizar uma correcta selecção das técnicas e objectivos do tratamento da hipertensão, é necessária uma avaliação psicofisiológica do estado actual dos indivíduos com hipertensão que se apresentam na consulta. Inicialmente, revela-se necessária a informação relativa à

pressão arterial, sistólica e diastólica, e à frequência cardíaca. A avaliação da hipertensão deve igualmente incluir a avaliação dos factores psicossociais, através de instrumentos adequados. Deste modo, deverá ser avaliado se existiram mudanças no estilo de vida dos doentes, os contextos *stressantes* a que o indivíduo está submetido, particularmente o *stress* relacionado com o trabalho e com a família, as competências sociais, as estratégias de *coping*, a capacidade de resolução de problemas e a avaliação das características de personalidade do indivíduo (Steptoe, 1981, citado por Fernández-Abascal, 2000). Adicionalmente, deverão avaliar-se os factores de carácter facilitador da hipertensão. Mais especificamente, deverá ser efectuada uma avaliação dos hábitos alimentares e do número de cigarros fumados diariamente, mediante técnicas de auto-registo em que os doentes devem anotar cada uma das suas condutas sob observação. No decorrer do período de avaliação e de tratamento deverá efectuar-se um registo contínuo dos níveis de pressão arterial no sentido de controlar todo o processo terapêutico. Para tal, é necessário que o próprio sujeito realize, em dois ou três momentos do dia, medições das pressões sistólica e diastólica e anote os respectivos valores, juntamente com a hora de registo e o estado emocional subjacente. De salientar a importância da delimitação das situações avaliadas pelo indivíduo como geradoras de *stress* bem como a forma de resposta às mesmas, para posterior terapêutica de manejo de tais situações que, na maioria dos casos, constituirá a base do processo terapêutico (Fernández-Abascal, 2000).

As técnicas de manejo de *stress*, mais

precisamente o treino de inoculação de *stress*, é uma das abordagens terapêuticas com maior incidência no controlo dos factores psicossociais da hipertensão (Fernández-Abascal, 2000). O treino de inoculação de *stress* é composto por uma fase de educação e conceptualização, no decorrer da qual o terapeuta instrui o doente acerca do seu problema. Posteriormente, é esperado que o doente adquira determinadas competências e desenvolva um treino autoinstrucional que sirva posteriormente de guia nas suas actividades e, paralelamente, evite a ocorrência de pensamentos catastróficos. De salientar que nesta fase é ensinado ao doente a decompor as situações *stressantes* em segmentos e a identificar, em cada uma dessas situações, os pensamentos catastróficos associados, bem como a substituí-los por outros positivos. Numa última fase de aplicação do treino de inoculação de *stress* o doente é exposto a estímulos *stressantes* em intensidade crescente e variada, de forma a treinar as competências aprendidas, melhorar o seu nível de auto-eficácia e o seu domínio pessoal perante o *stress* (Crespo & Cruzado, 2000). Neste âmbito, as terapias mais eficazes no tratamento da pressão arterial elevada, têm como características o facto de serem baseadas em intervenções ao vivo, ao invés de recorrerem a gravações de vídeo, incluírem prática regular em casa, os doentes aplicarem a relaxação em situações *stressantes* e incluírem alguma forma de consulta, mesmo que simples e informal (Johnston, 1997). Assim, no tratamento da pressão arterial elevada, o treino de inoculação de *stress* revela-se, essencialmente, como um treino de relaxação aplicado (Johnston, 1997). Contudo, apesar das três décadas

de investigação, verifica-se ainda alguma relutância em afirmar que o treino de inoculação de *stress* é eficaz no tratamento da hipertensão essencial. Os estudos iniciais revelavam que as técnicas de manejo de *stress* conduziam a persistentes diminuições da pressão arterial (e. g., Patel & North, 1975, citado por Johnston, 1997). Todavia, estudos mais recentes mostraram que, no máximo, o manejo de *stress* revelava vantagens temporárias no controlo dos níveis elevados de pressão arterial (Chesney *et al*, citado por Johnston, 1997). De acordo com os autores do estudo, num período de *follow-up* de dois anos não se verificavam diferenças na pressão arterial entre o grupo que beneficiava do treino de manejo de *stress* e o grupo controlo. Segundo Johnston, (1997), o efeito das técnicas de manejo de *stress* nos níveis de pressão arterial revela-se fraco, variável, temporário e limitado apenas a determinados doentes que não correm grande risco de morbilidade.

As técnicas de controlo indirecto dos factores hemodinâmicos, apesar da sua diversidade, apresentam alguns pontos em comum. Todos procuram uma redução da actividade, especialmente da tensão muscular, e todas focalizam a atenção num ponto, quer seja interno ou externo. O uso destas técnicas tem sido feito conjuntamente com outras técnicas e são escassas as referências ao seu uso isoladamente (Fernández-Abascal, 2000).

A relaxação, técnica de controlo da activação, tem como objectivo ensinar o sujeito a controlar o seu próprio nível de activação através da modificação directa das condições fisiológicas, sem qualquer tipo de ajuda a recursos externos (Crespo & Cruzado, 2000). As técnicas de relaxação

que têm demonstrado ser mais eficazes na redução dos níveis tónicos de pressão arterial compreendem a relaxação progressiva (o doente aprende a identificar sinais de tensão muscular e a reduzi-los), a relaxação autógena (que utiliza frases de auto-sugestão de calor, passividade e total relaxação) e a relaxação através de indução hipnótica (diminuição da consciência acompanhada de inércia e passividade) (Crespo & Cruzado, 2000). Outra das técnicas indirectas, desenvolvida especialmente para os transtornos cardiovasculares, é REST (*Restricted Environmental Stimulation Therapy*) utilizada em alguns casos conjuntamente com a relaxação progressiva (e. g., Kristeller, Schwartz & Black, 1982, citado por Fernández-Abascal, 2000). Contudo, a inexistência de estudos controlados e o seu curto período de existência, impossibilitam tirar conclusões sobre a sua eficácia.

O *biofeedback*, técnica de controlo directo dos factores hemodinâmicos, é um método através do qual o indivíduo recebe informação sobre os seus processos fisiológicos internos (e. g., pressão arterial) com vista a influenciar as respectivas respostas fisiológicas de forma voluntária (Greenberg, 1987, citado por McIntyre & Silva, 1994). O *biofeedback* recorre à utilização de um instrumento que proporciona ao sujeito informação imediata, precisa e directa sobre a actividade das suas funções fisiológicas, facilitando a percepção das mesmas e o seu controlo voluntário. Os tipos de *biofeedback* mais usados no tratamento da hipertensão arterial são o *biofeedback* da pressão arterial (sistólica e diastólica), o *biofeedback* electromiográfico (EMG), o *biofeedback* térmico e o *biofeedback* da actividade electrodérmica. O EMG tem-se revelado benéfico na po-

tenciação dos efeitos positivos do treino de relaxação (e.g., Goebel *et al.*, 1980, citado por McIntyre & Silva, 1994). Por outro lado, o *biofeedback* térmico tem sido progressivamente valorizado na medida em que regula a resposta vasomotora e, conseqüentemente, reduz a pressão arterial. Alguns estudos preliminares indicam a superioridade deste tipo de *biofeedback* relativamente à relaxação (e.g., McCaffrey & Blanchard, 1985, citado por McIntyre & Silva, 1994). O *biofeedback* da pressão sistólica (e.g., Richards, Reeves & Shapiro, 1982, citado por Fernández-Abascal, 2000) e diastólica (e.g., Elder, Leftwich & Wilkerson, 1974, citado por Fernández-Abascal, 2000) têm igualmente demonstrado a sua validade como técnica terapêutica.

Outra das técnicas utilizadas no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais diz respeito ao auto-controlo. As técnicas de auto-controlo definem-se como um conjunto de procedimentos através dos quais o terapeuta ensina aos sujeitos estratégias que lhes permitam planear auto-intervenções, que visam o alcance de metas específicas a médio e longo prazo. Isto implica a modificação da própria conduta em contextos distintos, através da manipulação das conseqüências ou da reorganização das situações antecedentes (Rehm, 1991, citado por Crespo & Cruzado, 2000). Os programas de auto-controlo ensinam os doentes a conhecerem os princípios do comportamento para que, posteriormente, possam aplicar esses princípios ao seu próprio comportamento e, dessa forma, deixem de depender do terapeuta (Crespo & Cruzado, 2000). Através das técnicas de auto-controlo são favorecidos e facilitados os comportamentos de saúde, ao mesmo tempo que se di-

ficulta ou impede a emissão de condutas de risco.

Diversos estudos têm sugerido modificações no estilo de vida como parte integrante da terapia da hipertensão (Shapiro *et al.*, 1995a). Dado que a maior parte dos factores facilitadores da hipertensão provêm de hábitos alimentares inadequados, as técnicas a implementar focalizam o controlo da ingestão de álcool, café, sódio e da dieta em geral (Crespo & Cruzado, 2000). Adicionalmente, dever-se-á controlar o consumo de tabaco e de qualquer outra substância que possa ter efeitos activos sobre o sistema cardiovascular. Outro factor importante a considerar diz respeito à frequência de actividade física praticada que, no caso de ser insuficiente, deverá implementar-se com treino regular de exercício físico. Como exemplo de estratégias para controlo dos hábitos alimentares, especialmente nos casos de obesidade, podem situar-se os alimentos hipercalóricos em locais de difícil acesso ou simplesmente advertir o doente à não aquisição de tais alimentos, comer a horas fixas e sempre no mesmo local ou comer antes de ir às compras, entre inúmeras outras estratégias (Crespo & Cruzado, 2000). Paralelamente, de forma a implementar hábitos regulares de exercício físico, pode recorrer-se a estratégias de auto-controlo como sejam, estabelecer *a priori* momentos fixos para prática de exercício físico e estabelecer objectivos progressivos, começando com uma intensidade e frequência moderadas. No controlo das condutas aditivas, nomeadamente do tabaco, o doente não deve fumar nos locais onde habitualmente fumava e deve realizar gráficos de consumo diário, entre outras estratégias.

Uma variante nas técnicas de auto-controlo no âmbito da saúde refere-se ao treino do tempo. Esta técnica permite racionalizar a utilização de tempo mediante uma aprendizagem de um estilo de vida que inclua as actividades laborais de forma racional e permita ao indivíduo dispor de tempo para o descanso e o lazer. Este procedimento tem especial interesse para o controlo do *stress* e, conseqüentemente, para o tratamento e prevenção dos distintos transtornos relacionados com o mesmo, como sejam os transtornos cardiovasculares (Crespo & Cruzado, 2000). De salientar que a aderência a este tipo de programas nem sempre é fácil dada a dificuldade em proporcionar informação sobre os efeitos da terapia no controlo dos factores facilitadores, devido à assintomatologia da hipertensão e devido ao facto destas técnicas demorarem um período de tempo considerável a fazerem efeito sobre os referidos factores (Fernández-Abascal, 2000).

Ainda no que concerne factores relacionados com padrões de conduta, as técnicas cognitivas, mais precisamente a terapia racional emotiva, tem-se mostrado eficaz na redução deste tipo de factores associados à hipertensão arterial essencial (Fernández-Abascal, 2000). Esta terapia visa alterar o comportamento através da modificação de crenças irracionais, desadaptativas. Para tal, são utilizadas estratégias de identificação de crenças, discussão, análise lógica, redução ao absurdo, entre outras. Para além disso, são igualmente utilizadas técnicas comportamentais para provar a invalidez das ideias irracionais, erradicá-las e substituí-las por pensamentos adaptativos (Crespo & Cruzado, 2000).

No que concerne a terapia farmacológica é importante enfatizar que as razões que levam à utilização de determinados fármacos em detrimento de outros, mais do que a eficácia dos mesmos, estão relacionadas com a idade do doente, raça e doenças associadas, com os possíveis efeitos colaterais e com a possibilidade de existirem interações medicamentosas (Mcintyre & Silva, 1994). Assim, diversos estudos referem que os efeitos colaterais da terapia medicamentosa podem afectar significativamente a vida dos indivíduos com hipertensão. Agentes anti-hipertensivos actuam numa variedade de mecanismos que controlam os níveis de pressão arterial, incluindo o sistema nervoso central e autónomo e, conseqüentemente, são frequentemente reportados sintomas como a fadiga, sonolência e dificuldades de concentração. Estes sintomas influenciam a rotina diária dos doentes e reflectem-se na qualidade de vida dos mesmos (Shapiro *et al.*, 1995b). Deste modo, verifica-se uma necessidade de reduzir o risco de doenças cardiovasculares e de minimizar os efeitos colaterais da farmacoterapia. Contudo, apesar do controlo farmacológico se revelar especialmente eficaz em indivíduos com formas mais graves de hipertensão, este tipo de terapia nem sempre se revela eficaz devido aos efeitos colaterais resultantes da medicação prolongada e à falta de adesão do doente (Mcintyre & Silva, 1994). Como resposta a este dilema médico são sugeridos tratamentos alternativos da hipertensão arterial que visam oferecer alternativas não farmacológicas para indivíduos que apresentam formas menos severas de hipertensão, bem como oferecer tratamentos complementares para os indivíduos com forma mais severas do transtor-

no mas que não respondam bem à farmacoterapia (Mcintyre & Silva, 1994). Deste modo, numa era de aumento de atenção a alternativas de terapia médica usual e de prevenção, intervenções comportamentais têm o seu lugar no tratamento da hipertensão. As intervenções comportamentais podem facilitar um controlo contínuo à medida que a medicação vai sendo reduzida (Shapiro *et al.*, 1995a). De salientar que a monitorização regular dos níveis de pressão arterial é um método simples e económico de aumentar a percepção de mudanças dos níveis mencionados e o conseqüente controlo dos mesmos. Alguns autores (e.g., Green, Green & Norris, 1980, citado por Weiss *et al.*, 1991) usaram com sucesso combinações de terapias farmacológicas e comportamentais na redução dos níveis de pressão arterial ou na eliminação da dependência da medicação numa proporção significativa de doentes. Shapiro *et al.* (1995a) corroboraram estes resultados na medida em que determinaram que as intervenções comportamentais poderiam complementar ou mesmo substituir o tratamento farmacológico antihipertensivo. Os doentes aprenderam novas formas de reduzir ou modificar a sua reactividade às situações indutoras de *stress* o que, por conseguinte, reduziu a necessidade de medicação.

Através da revisão de literatura, caracterizada pela controvérsia, o presente trabalho reflecte a necessidade de progressão dos estudos conducentes a uma melhor compreensão do impacto dos factores contingenciais que estão na origem, ou que se revelam predisponentes da hi-

pertensão arterial. A credibilidade das intervenções cognitivo-comportamentais assenta ainda em esforços continuados de investigação que demonstrem a sua eficácia clínica.

Abstract

The present work aimed at elaborating a critical review of the existing literature regarding the psychopathology, evaluation and treatment of essential hypertension. Based on a psychophysiological model which intends to explain essential hypertension, the relation between several factors (genetics, psychosocial, haemodynamics, and facilitators) was analyzed, together with the consequent development of the illness. Special attention was paid to psychological factors accompanying organic manifestations of hypertension. Subsequently, forms of evaluation, the most commonly used treatments and the underlying effectiveness in the reduction of elevated arterial pressure levels, was described. The literature review, which makes up this paper, reflects the complexity of the illness and consequent coexistence of varied investigations which point to conclusions with little convergence and, eventually, contradictory.

Key-words: *Essential hypertension; Developmental Factors; Evaluation; Treatment.*

BIBLIOGRAFIA

- Adler N, Matthews K. Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology* 1994; 2: 229-259.
- Brownley KA, Hurwitz BE, Schneiderman N. Cardiovascular Psychophysiology. In Cacioppo, JT Tassinari, LG, Berntson GG. *Handbook of Psychophysiology* (2ª ed.). Cambridge University Press, 2000.
- Clara JG. *A Hipertensão Arterial no Idoso*. Porto: Laboratórios Bial, 1995.
- Crespo M, Cruzado JA. Técnicas de modificación de conducta en el ámbito de la salud. In Buceta JM, Bueno AM, Mas B (Eds), *Intervención Psicológica en Transtornos de la Salud* (pp. 41-78). Madrid: Dykinson, 2000.
- Diamond EL. The role of anger and hostility in essential hipertensão and coronary heart disease. *Psychological Bulletin* 1982; 92(2): 410-433.
- Fernández-Abascal EG. Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensão arterial. In Buceta JM, Bueno AM, Mas B (Eds), *Intervención Psicológica en Transtornos de la Salud* (pp. 79-120). Madrid: Dykinson, 2000.
- Francés FC, Palarea DD, Ojeda OB, Ramal J, Alemán S. Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7: 203-213.
- Goldstein D. Plasma norepinephrine during stress in essential hypertension. *Hypertension* 1981; 3: 551-556.
- Harrell J. Psychological factors and hypertension: A status report. *Psychological Bulletin* 1980; 87: 482-501.
- He J, Whelton PK. Epidemiology and prevention of hypertension. *Med Clin North Am* 1997; 81: 1077-1097.
- Johnston DW. Cardiovascular disease. In Clark DM, Fairburn CG. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 341-358). Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Julius S, Esler M. Autonomic nervous cardiovascular regulation in borderline hypertension. *American Journal of Cardiology* 1975; 36: 685-696.
- Lawler JE, Barker GF, Hubbard JW, Schaub RG. Effects of stress on blood pressure and cardiac pathology in rats with borderline hypertension. *Hypertension* 1981; 3: 496-505.
- Lipp MEN, Bignotto MM, Alcino AB. Efeitos do treino de controle do Stress social na reactividade cardiovascular de hipertensos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 1997; 2: 137-146.
- Matarazzo JD, Carmody TP. Health Psychology. In Hersen M, Kazdin AE, Bellack AS. *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Plenum, 1983.
- McIntyre TM, Silva JF. Hipertensão arterial: a Psicologia da saúde e modelos complementares de intervenção. In McIntyre TM, *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 109-137). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1994.
- OMS. Directives of the World Health Organization and The International Society of Hypertension for the treatment of hypertension. *Iberoamerican Journal of Hypertension* 1999; 4: 239-274.
- Pereira MG, Maria A. Personalidade e narrativa: Hipertensão e asma – um estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001; 3: 195-206.
- Ribeiro JLP. *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Schneiderman N, Skyler JS (1996). Insulin Metabolism, sympathetic nervous system regulation, and coronary heart disease prevention. In Orth-Gomér K, Schneiderman N (Eds), *Behavioural Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
- Serra AV. *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- Shapiro D, Hui KK, Oakley ME, Pasic J, Jamner LD. Effectiveness of a combined behavioural-drug intervention for hypertension: Drug, personality, and quality of life effects. In Dimsdale JE, Baum A (Eds), *Quality of Life in Behavioural Medicine Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (1995a).
- Shapiro AP, Muldoon MF, Waldstein SR, Jennings JR, Manuck SB. Blood pressure and behavioural effects of antihypertensive medications: A preliminary report. In Dimsdale JE, Baum A (Eds), *Quality of Life in Behavioural Medicine Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (1995b).
- Steptoe A. Psychophysiological processes in disease. In A. Mathews (eds). *Health Care and Human Behavior*. Londres: American Press, 1984.
- Steptoe A. Stress and the cardiovascular system: A psychosocial perspective. In SC Stanford & P Salmon (eds). *Stress: From Synapse to Syndrome*. Hartcourt Brace & Company, Publishers: Academic Press, 1993.
- Steptoe A. Psychophysiological processes in cardiovascular disease prevention. In Orth-Gomér K, Schneiderman N (Eds), *Behavioural Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1996.
- Trigo M, Rocha EC, Coelho R. Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: Revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000; 2: 150-199.
- Turner JR. *Cardiovascular Reactivity and Stress: Patterns of Physiological Response*. New York and London: Plenum Press, 1995.
- Weiss SM, Anderson RT, Weiss SM. Cardiovascular disorders: Hypertension and coronary heart disease. In Sweet J, Rosenslay R, Tovián S (Eds), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Symptoms*. London: Plenum Press, 1991.

