PUC
RIO

EUGENIO PAES CAMPOS

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Levantamento e Estudo Crítico

Dissertação de Mestrado

Departamento de Psicologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, Dezembro de 1986

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
http://www.puc-rio.br

N.Chamada. 150 / C198a /TESE UC
Título: Abordagens psicologicas da hipertensão a
0 0 2 2 3 6 3
Ex: 2-CENTRAL 2025

EUGENIO PAES CAMPOS

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Levantamento e Estudo Crítico

Dissertação e apresentação como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica à Comissão Julgadora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª Drª Ângela B.Podkameni

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 1986

Belo
ve-13462-3
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
1294
BIBLIOTECA
10/06/87
22383
150

DEDICATÓRIA

A meus pais, pela dedicação e pelo amor com que me criaram.

A minha mulher e meus filhos, pelo carinho e pela paciência com que me têm apoiado.

AGRADECIMENTOS

. A Angela B. Podkameni, minha gratidão e reconhecimento, pelo modo estimulante, disponível e competente com que me orientou em todos os momentos da elaboração deste trabalho.

. A Júlio de Mello Filho, mestre, amigo e incentivador, pelo espaço que me deu para discussão de alguns dos temas inseridos no trabalho.

. A César Dourado, Eliane Fernandes, Hermelinda Leitão, Lívia Figueiredo e Vicente de Nigris Filho, pela valiosa contribuição que deram na colheita de dados para o levantamento de campo.

. À Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, pelo espaço aberto à realização deste trabalho, através dos professores que tanto contribuiram com seu conhecimento e alento.

. A Eni Rosa dos Santos, pelo zelo e boa vontade demonstrados na confecção do material datilografado.

RESUMO

Este estudo pretende demonstrar a importância dos aspectos psicológicos da hipertensão arterial, seja em relação à sua etiopatogenia, seja em relação ao seu tratamento. Considera a hipertensão uma doença multifatorial, com componentes fisiológicos, psicológicos e ambientais, e destaca o intrapsíquico como "núcleo energizador" dos demais. Realça, como matriz desses núcleos, as primeiras experiências vividas pela criança na sua relação primordial (com a mãe) e com as outras pessoas significativas do seu meio. Discute os vários mecanismos através dos quais o psíquico se expressa pelo somático, e como dele lança mão como "método de enfrentamento". Aborda os fatores psicossociais externos que agem como "gatilhos" disparando o sistema intrapsíquico de avaliação e enfrentamento do indivíduo, e os suportes sociais que funcionam como moderadores desse sistema. Detém-se nas razões que dificultam a aderência do hipertenso ao tratamento e nos recursos utilizados para melhorá-la. Descreve as técnicas comportamentais e de psicoterapia dinâmica empregadas para tratamento do hipertenso, bem como o papel do psicólogo nesse tratamento. Por fim, relata o levantamento de campo efetuado em hospitais e centros de saúde do Rio de Janeiro à busca de abordagens psicológicas da hipertensão. E conclui pela necessidade de programas de atendimento ao hipertenso, que levem em conta a particularidade de cada paciente, e de uma equipe interessada e coesa, capaz de funcionar como "holding" para esses pacientes.

ABSTRACT

This study intends to demonstrate the importance of the arterial hypertension's psychological aspects, be it according to its etiopathogenesis, or to its treatment. It considers hypertension as a multifactorial disease with physiological, psychological and environmental components and it points out the intra-psychic as a "nucleus which irradiates energy" to the others. It emphasizes as a matrix of these nucleuses the child's first experiences in his primordial relation (with the mother) and with other significant people of his environment. It discusses the several mechanisms where the psychic expresses itself through the somatic and how it uses it as a "coping method". It deals with the exterior psychosocial factors which act as a "trigger", and which trigger off the individual's intra-psychic system of coping and appraisal and the social supports that operate as the system's moderators. It analyzes more thoroughly the factors that make it difficult for the hypertensive patients to comply to the treatment and the resources used to improve this compliance. It describes behavioural techniques and dynamic psycho-therapy used with hypertensive patients, as well as the psychologist's role within this treatment. Finally, it reports the survey carried out hospitals and health centres of Rio de Janeiro where psychological approaches to hypertension were used. This study's conclusions point out to the necessity of assistance programs for hypertensive patients, which take into account the individual's needs, as well as the need for a cohesive team approach capable of acting as "holding" to these patients.

SUMÁRIO

Pág.

1. INTRODUÇÃO 1

2. CONCEITO, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ... 5

2.1. O Componente Fisiológico 12

2.2. O Componente Psicológico .....

2.2.1. Fatores Psicossociais Internos 16

2.2.2. Sistema de Avaliação e Enfrentamento 25

2.2.3. A Hipertensão Arterial como Método de Enfrentamento 43

2.3. O Componente Ambiental .....

2.3.1. Fatores Psicossociais Externos 68

2.3.2. Os Suportes Sociais 75

3. AS ATUAIS FORMAS DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL 90

4. AS ABORDAGENS PSICOLÓGICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL 93

4.1. Medidas Educacionais e Aderência ao Tratamento 98

4.2. Técnicas Comportamentais 131

4.3. Técnicas de Psicoterapia Dinâmica 150

5. ABORDAGENS PSICOLÓGICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:
LEVANTAMENTO DE CAMPO 165

6. CRÍTICA E CONCLUSÕES 175

ANEXO .....

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno, atingindo, em média, 15 a 20% da população adulta, em várias estatísticas nacionais e estrangeiras (Jagger e Braunwald, 1980 ; Magaldi, 1978).

Levantamentos sobretudo feitos por companhias de seguro norte-americanas revelam que sua morbidade e mortalidade são elevadas (Carvalho, 1983; Shapiro e Goldstein, 1982; Stamler, 1970), e variam proporcionalmente aos níveis de pressão arterial (PA). Isto quer dizer que, mesmo dentro da faixa considerada normal, o risco de complicações é maior se a PA for mais elevada (Magaldi, 1978; Stamler, 1970).

Um grande contingente desses hipertensos (cerca de 70%) situa-se na faixa de 90 a 105mm Hg de pressão diastólica ("mild hypertension") (Kass, 1982) e devem ser tratados, considerando o risco a que estão submetidos (Lew, 1973; Stamler,1970).

A etiologia da doença parece ser de natureza multifatorial, sobretudo na forma chamada "essencial" ou "primária" e que constitui cerca de 90% dos casos (Carvalho, 1984; Engelman e Braunwald, 1980).

O curso da doença é arrastado, evoluíndo frequentemente de modo assintomático, mas determinando alterações fisiopatológicas em órgãos nobres como o cérebro, coração e rins. Aci

dentes vasculares cerebrais, insuficência cardíaca e renal e coronariopatias são complicações habitualmente advindas da HA (Paul, 1969). As doenças cardiovasculares, nelas se incluíndo a HA, constituem a maior causa de mortalidade em inúmeros países, inclusive no nosso (Carvalho, 1983; Shapiro e Goldstein, 1982).

Estes fatos colocam a HA como um dos principais problemas de saúde pública dos nossos dias, e tem justificado, em alguns países, como os Estados Unidos, por exemplo, a existência de um programa nacional de detecção e controle da HA (Moser, 1983).

Não obstante tais dados, o controle adequado dos níveis tensionais continua sendo um desafio. Novamente as estatísticas apontam para um grande contingente de pacientes hipertensos não controlados. Calcula-se que cerca de 50% dos hipertensos desconhecem sua condição (fato favorecido pela evolução assintomática da doença). Dos que sabem ser hipertensos, cerca de 50% tratam-se, e dos que se tratam, cerca de 50% tem seus níveis tensionais sob controle, o que resulta num total em torno de 10% dos hipertensos efetivamente tratados (Finnerty, 1973; Magaldi, 1978; Stamler, 1970).

Estes dados tem sido revertidos a partir dos planos de detecção e controle implantados nos Estados Unidos na última década.

Inúmeras são as razões aventadas para esse número tão pequeno de hipertensos tratados. A primeira dessas razões é a característica evolução assintomática da doença. Mas

não parece ser a suficiente, dado que também os que sabem ser hipertensos não aderem efetivamente ao tratamento. Outras razões são buscadas e, outra vez, o fato de a HA cursar com poucos sintomas é avocado para a pouca aderência daqueles que sabem portar a doença. Aventa-se também a necessidade de tratamento regular, continuado, o que levaria o paciente a uma certa "exaustão". O custo dos medicamentos e seus efeitos colaterais parecem ser fatores contribuintes à não-aderência ao tratamento. A desinformação quanto à natureza e ao curso da doença obviamente contribuem com os fatores já citados. A dificuldade em obter cuidados médicos e uma relação médico-paciente insatisfatória são outras razões aventadas. Por fim, a intensidade dos fatores que compõem a constelação multifatorial da doença se oporia às medidas terapêuticas adotadas. Dentre esses, destacam-se a reatividade vascular exaltada (que parece ser um componente constitucional da doença), a obesidade, o uso excessivo de álcool e, sobretudo, de sal, além de fatores psicosociais geradores de tensão e conflitos intrapsíquicos. Tudo isto nos leva a supor a existência de aspectos psicológicos ligados à HA, seja em relação à sua etiopatogenia, seja em relação ao seu tratamento. A identificação desses aspectos permitirá uma compreensão mais abrangente dos mecanismos que determinam e mantêm a PA elevada. A abordagem terapêutica, por sua vez, não deve se reduzir à prescrição de medicamentos e dieta (respeitada a sua importância) mas se estender a outras medidas que possam aumentar a aderência do paciente ao tratamento e dar combate aos fatores que perpetuam a doença.

Essas medidas são de natureza psicológica. Desinformação, crenças inadequadas, desmotivação e desalento, ansiedade e depressão, conflitos intrapsíquicos e desajustes sociais parecem estar na base da não-aderência e do não-controle dos níveis tensionais. É nessa perspectiva que se insere o nosso trabalho. Partimos da premissa que, se o hipertenso não se trata, ou, mesmo se tratando, não obtém controle da sua PA, razões de natureza comportamental, ligadas à história e às circunstâncias de vida dessa pessoa, devem estar presentes. Sòmente identificando-as e removendo-as, o paciente encontrará condições para se tratar e, dele, obter os resultados.

Pretendemos, ao estudar as abordagens psicológicas da HA, identificar esses fatores e propor meios de lidar com eles. Confrontaremos as experiências e pontos de vista registrados na literatura sobre o assunto, com aquilo que levantamos em nossos hospitais e centros de saúde. Por fim, faremos um estudo crítico visando caracterizar o estado atual das abordagens psicológicas da HA e discutir perspectivas que nos permitam ampliar o seu conhecimento e a sua prática.

CONCEITO, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA HA

Diz-se que há hipertensão arterial (HA) quando os níveis de pressão arterial (PA) ultrapassam um determinado limiar. Difícil é estabelecer que níveis são esses. A começar pela técnica de registro da PA que varia conforme o tipo de aparelho utilizado, a posição do paciente, o local em que é colhida e o momento em que é registrada (Moser, 1969). Assim é que a PA varia no mesmo indivíduo de momento a momento, conforme a hora do dia e a atividade que esteja desempenhando (Harshfield et alii, 1982). Além disso, a PA varia com a idade, aumentando com ela (Wajngarten et alii, 1980). O que parece estabelecido, a partir de levantamentos feitos, principalmente das companhias de seguro norte-americanas (Lew, 1973, Stamler,1970), é que, quanto maiores os valores da pressao arterial, maior a possibilidade de consequências patológicas. Asim, um nível de PA de 140 x 90 é potencialmente mais morbígeno que um outro de 130 x 80. A Organização Mundial de Saúde fixou como hipertensos pròpriamente ditos, os indivíduos portadores de cifras superiores a 160 x 95, mas considerando já hipertensos leves aqueles com cifras acima de 140 x 90. Faz-se necessário que a PA seja registrada com aparelhos adequados, tirada com o indivíduo em repouso e repetida pelo menos em três ocasiões diversas, para se considerar efetivamente a existência de hipertensão arterial.

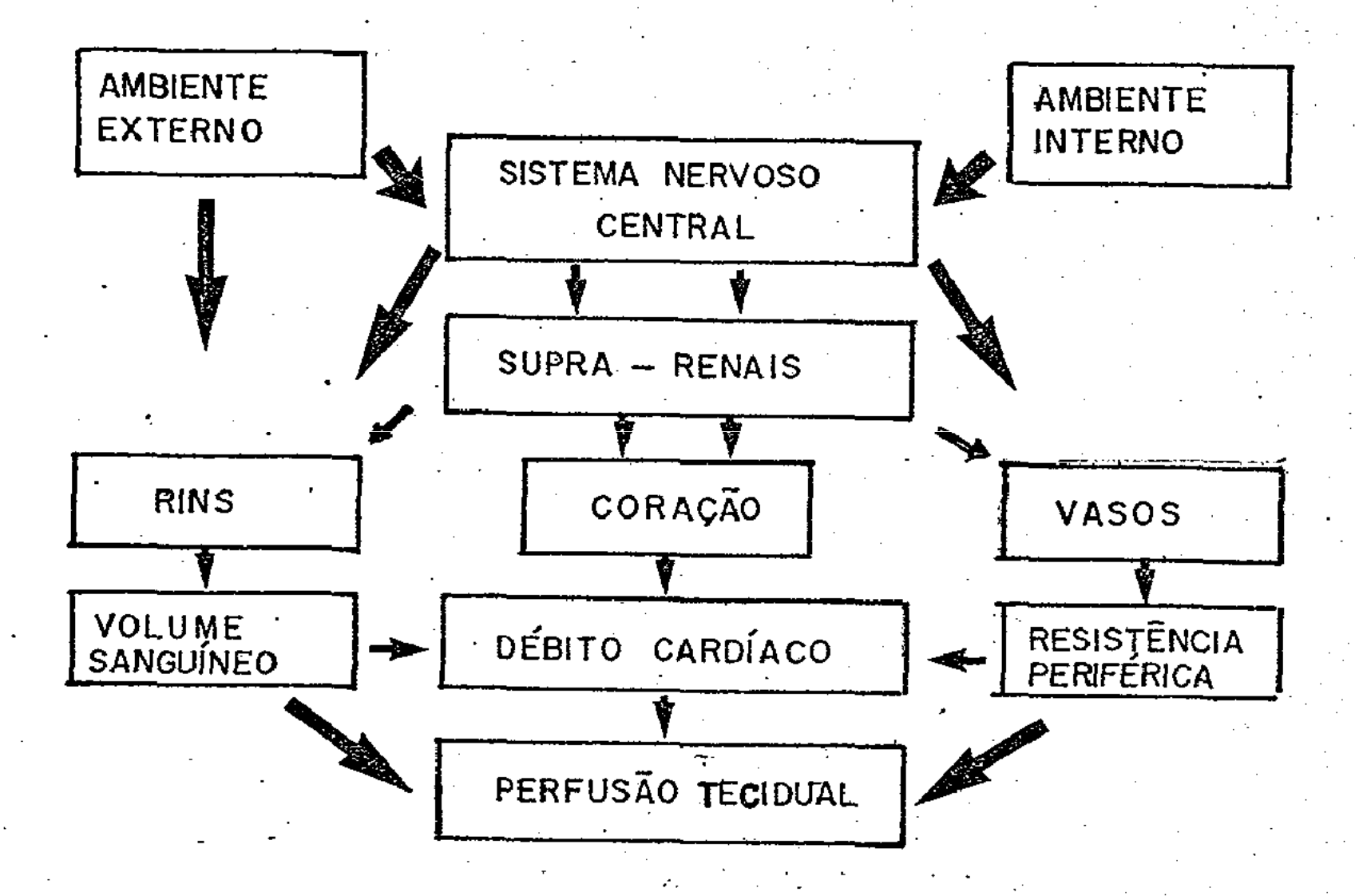
Quanto à etiologia, a HA apresenta-se sob duas formas distintas: uma delas em que se destaca uma condição específica

geradora de elevação dos níveis tensionais (coarctação da aorta; estenose da artéria renal, etc.), chamada então hipertensão secundária, e outra, a hipertensão essencial ou primária, em que não se evidencia tal condição específica, mas, antes, um conjunto de fatores que parecem interagir no sentido de ocasionar e manter os níveis tensionais elevados. É esta a forma que nos interessa, dado que sua incidência corresponde a cerca de 90% de todos os casos de HA (Carvalho, 1984; Engelman e Braunwald, 1980) e por ser aquela que exige uma abordagem terapêutica multifatorial.

A fisiopatologia da HA primária é complexa e discutível. Inúmeros tem sido os progresos no seu conhecimento, mas inúmeras são as lacunas a preencher. A função da PA parece ser a de manter uma perfusão tecidual adequada. Ela é o resultado do débito cardíaco (DC) x resistência vascular periférica (RVP). A elevação do DC e/ou da RVP elevam a PA. A manutenção em níveis ótimos de PA parece garantir uma perfusão tecidual adequada. Em determinadas circunstâncias fisiológicas, como o exercício por exemplo, aumenta a demanda da perfusão tecidual e há, em consequência, elevação da PA. Em outras circunstâncias, como durante o sono, a demanda decresce e, com ela, a PA.

Vários são os sistemas orgânicos que participam da sua regulação. A começar pelo sistema cardiovascular, responsável direto pela perfusão tecidual, o coração mantendo o débito e o sistema vascular mantendo o fluxo sanguíneo (e a resistência). Os rins aparecem em seguida pois que a eles compete, através da retenção e/ou eliminação de líquido plasmático, regu

lar o volume sanguíneo circulante. Nesse sentido, o débito cardíaco depende do coração como bomba, mas depende dos rins como reguladores do volume cardíaco a ser ejetado em cada sístole para a circulação sistêmica.



Ao sistema nervoso central (SNC) cabe a tarefa de coordenar essas funções. Através da ação direta da inervação simpática sobre o coração, os vasos e os rins, ou através da ação indireta de substâncias liberadas sobretudo a nível dos rins e das supra-renais, o SNC regula a perfusão tecidual aumentando-a, diminuindo-a ou redistribuindo-a conforme as solicitações

orgânicas. E, como vimos, essas solicitações variam segundo circunstâncias internas e ambientais. Ao SNC cabe, então, não só a tarefa de regular a perfusão tecidual, mas de regulá-la de acordo com as solicitações do organismo. Neste sentido, cabe ao SNC avaliar as circunstâncias com que se depara o organismo para "decidir" que alteração sobre a perfusão deve ser processada.

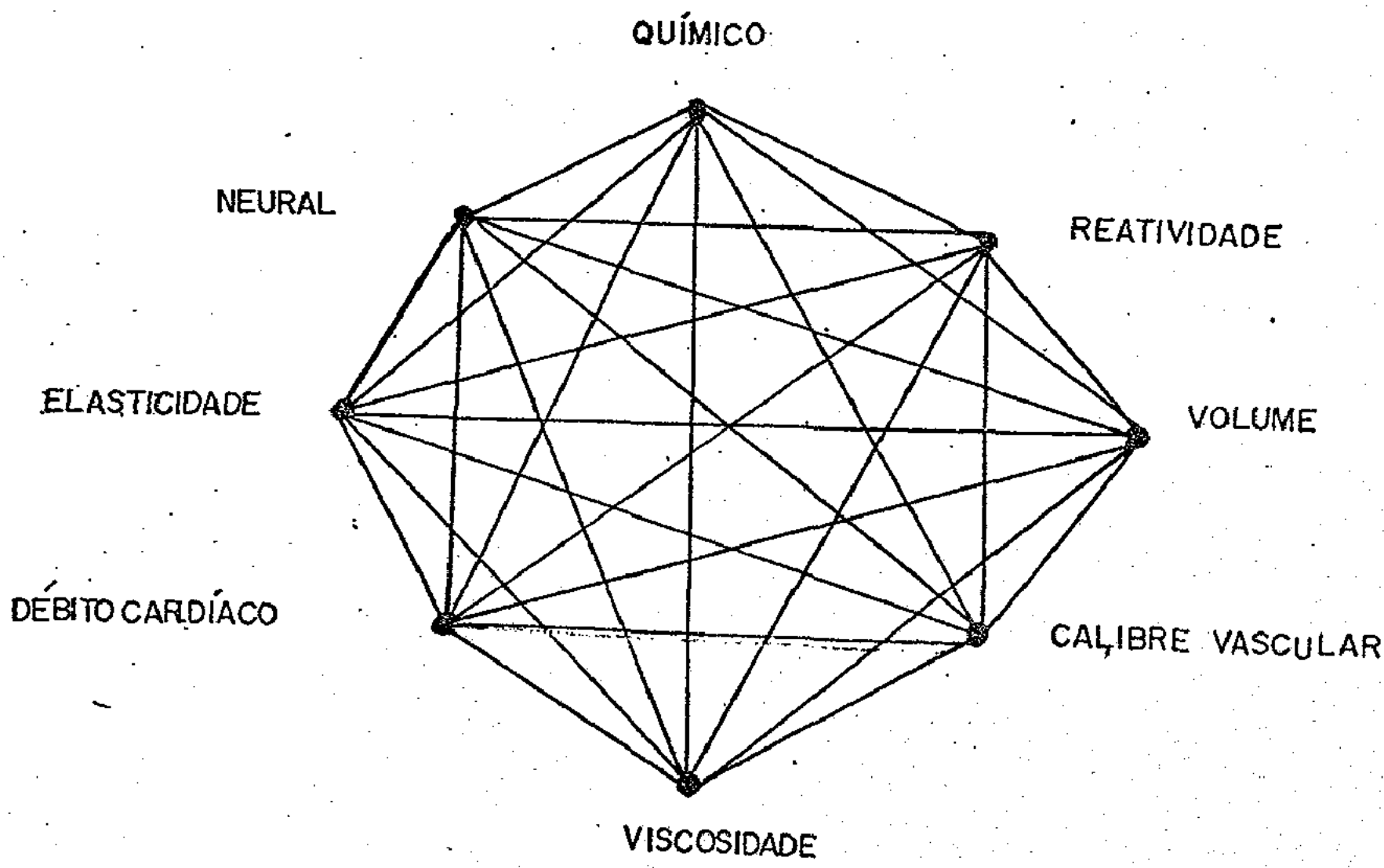
Aventa-se a possibiliade de que, em determinadas circunstâncias, uma avaliação inadequada do SNC faria supor a necessidade de uma demanda perfusional maior e, em consequência, a "necessidade" de elevação da PA. Outra hipótese é que estímulos excessivos provindos de dentro ou fora do indivíduo determinariam a resposta exagerada do sistema cardiovascular. Ou, talvez, uma sensibilidade aumentada de todo ou parte desse complexo sistema regulador da perfusão tecidual faria a PA elevar-se ante os habituais estímulos do dia a dia. Tais questões remetem-nos a dois pontos: a PA parece ser função intimamente ligada à tarefa de adaptação do indivíduo ao seu ambiente e a sua regulação é fruto de um complexo sistema onde interagem fatores de natureza diversa (biológicos, psíquicos e sociais).

Essa adaptação consiste na manutenção do equilíbrio orgânico (homeostase) de forma dinâmica e flexível, ajustando-se o organismo, dentro de certos limites, às variações impostas pelo ambiente. Cabe também ao organismo reagir aos estímulos que ameaçam a sua integridade, e ele o faz de maneira integrada e total, através de um conjunto de modificações internas que constituem, segundo Selye (1965), a síndrome de adaptação ge

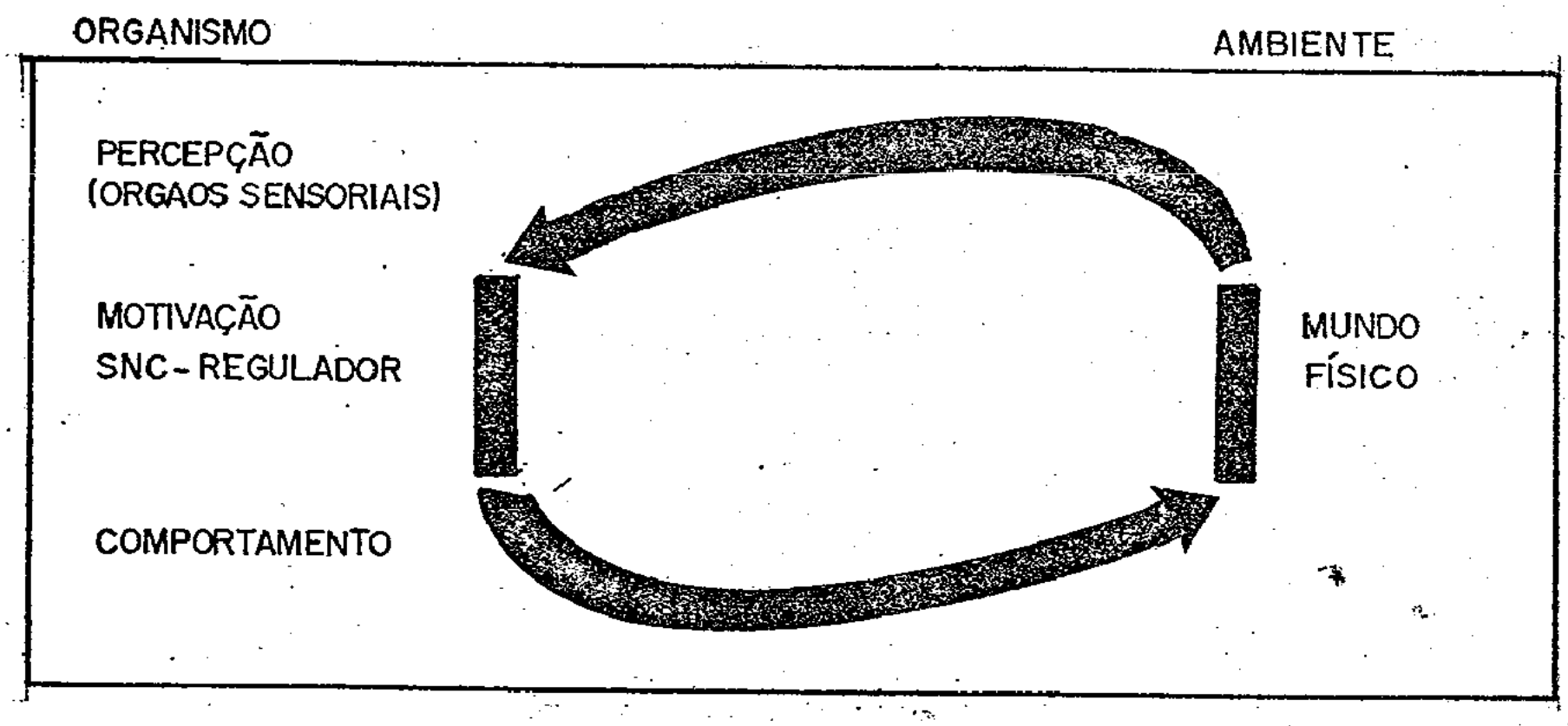
ral. A variação da PA faz parte desse conjunto.

Com base na teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1971), diríamos que o organismo, como sistema, faz parte de um outro sistema maior que é o meio onde vive. Em razão desse sistema maior, o organismo funciona como sub-sistema, a ele integrado de maneira harmônica e flexível.

A visão multifatorial ou integrada da HA ganhou corpo em 1949 quando Page propôs a teoria do mosaico, segundo a qual um número de fatores reguladores interagem para manter a perfusão tecidual e a pressão arterial (Khosla, Page e Bumpus, 1979).



Herrmann et alii (1976) ampliam o conceito afirmando que o termo adaptação descreve o fato de que nós contìnuamente reinterpretamos os fatos externos à luz de fatores internos (fisiológicos e psicológicos) e a adequação dessa avaliação deve então ser testada através de nossos próprios comportamentos. Uexkull desenvolve o modelo de "círculo funcional" que Herrmann chama de "círculo situacional" (os órgãos sensoriais interpretam o ambiente à luz de fatores internos (motivação) assim construindo a situação que determina o comportamento).



O sistema maior de "feedback" (envolvendo indivíduo e ambiente) deve ser distinguido do sistema menor de "feedback" que ocorre dentro do indivíduo (modelo fisiológico de Page). Ambos os sistemas são interligados, de acordo com as concepções da teoria de sistemas, como sistema e sub-sistema. Assim, é claro que temos aqui dois diferentes níveis de integração que requerem terminologias próprias para descrever seus fenômenos. Vocabulário fisiológico, para descrever o pequeno "feedback", e terminologia psicológica para descrever os complexos fenômenos

do "feedback" maior. Neste modelo, a HA pode ser vista como sistema fisiológico de regulação entre órgãos e aparelhos, porquanto o modelo psicológico a vê como sistema situacional onde fatores ambientais são avaliados pelo indivíduo, conforme condições internas, determinando, então, a situação. Este modelo serve, por exemplo, para explicar porque um indivíduo com experiências internas agressivas avalia como ameaçante um ambiente que para outro indivíduo, pareceria neutro.

Concluímos então que a HA primária, enquanto doença eminentemente de adaptação, parece ser influenciada por três componentes fundamentais que, de algum modo, interferem em sua gênese, variando, tão sòmente, a sua intensidade: o fisiológico (nele se incluindo os aspectos constitucionais), o psicológico (nele se incluindo os aspectos de avaliação) e o ambiental. Cabe-nos, então, esmiuçar cada um desses componentes.

O COMPONENTE FISIOLÓGICO

Entendida a PA como resultante de um complexo sistema fisiológico de regulação homeostática, "defeitos" encontrados em qualquer segmento desse sistema podem gerar, como consequência, a HA. Tais "defeitos" poderiam ser constitucionais ou adquiridos.

A existência de fatores constitucionais na gênese da HA é, antes de mais nada, sugerida pela incidência maior de HA em famílias de hipertensos. Segundo Shapiro e Goldstein (1982) e de acordo com o Report of The Task Force on Blood Pressure Control in Children, a presença de HA em um dos pais é um dos principais fatcres de risco da HA. Ainda conforme os mesmos autores, Kaplan afirmou que filhos de hipertensos tem duas vezes mais chance de desenvolver HA do que filhos de pais normotensos. Biron e Mongean encontraram correlação dos níveis tensionais das famílias para crianças de todas as idades, com relação à PA sistólica e distólica.

Segundo revisão feita por Herrmann et alii (1976) a tendência hereditária parece estar presente em cerca de 45 a 75% de todos os pacientes, de acordo com Jorgensen. Por outro lado, a disposição inata não parece ser suficiente para causar hipertensão já que sua incidência em gêmeos univitelinos é de 50% e em gêmeos bivitelinos é da ordem de 23%, conforme verificado por Lenz. Isto quer dizer que sòmente a disposição à doença é hereditária, sendo a manifestação da mesma dependente

de outros fatores.

Levantamentos epidemiológicos apontam frequentemente para incidência maior de hipertensão em pretos do que em brancos (Carvalho et alii, 1983; McQueen e Celentano, 1982).

Ainda com relação à predisposição genética da HA cabe ressaltar o trabalho de Dahl que desenvolveu, por seleção genética, três linhagens de ratos: uma extremamente sensível à HA desencadeada pela ingestão de sal; outra, resistente à HA desencadeada pela ingestão de sal e outra, intermediária à indução de HA com sal, obtida por cruzamentos entre as duas cepas anteriores (Haber, e Friedman 1981; Nakamoto et alii, 1984) . Bianchi; igualmente por cruzamentos seletivos, obteve linhagem de ratos espontaneamente hipertensos (Nakamoto et alii, 1984).

A localização desses "defeitos" constitucionais parece se fazer em vários níveis, desde os centros nervosos bulbares e hipotalâmicos, passando pelos pressoceptores, sistema nervoso simpático e suas terminações, até ao sistema endócrino e renal (Abboud, 1982; Harrel, 1980; Khosla et alii, 1979; Nakamoto et alii, 1984; Nassif. 1979).

Embora não seja nosso objetivo esmiuçar esses mecanismos, gostaríamos, tão somente, de enfocar dois aspectos: recentes pesquisas tem sugerido que o mecanismo constitucional, primário da HA seja um defeito no transporte de Na^+ através da membrana celular de vários tecidos e órgãos (Abboud, 1982; Davidman e Opshal, 1984, Myers, 1982). Segundo Myers, esse de

feito atinge glóbulos vermelhos e brancos, células da musculatura vascular, dos túbulos renais e de neurônios adrenérgicos, e se caracteriza pela retenção intracelular de Na^+, numa "tentativa" de manter normal a concentração de Na^+ extracelular. Tal defeito seria consequência da exposição dos indivíduos durante largos períodos e por várias gerações a uma excessiva ingestão de sódio, e incorporado ao código genético através de um mecanismo, chamado por Myers, de "improvisation". O excesso de Na^+ intracelular aumentaria a reatividade vascular e estaria relacionado à atividade simpática (Abboud, 1982). Nesse sentido, haveria íntima conexão entre o defeito de Na^+ e a reatividade vascular mediada pelo sistema nervoso central.

O outro aspecto diz respeito exatamente à participação do sistema nervoso na gênese da HA. Essa participação pode ser direta ou primária, na medida em que o defeito constitucional se faça através de hiper-reatividade desse sistema, seja central ou periférico (Abboud, 1982; Bohr, 1981; Davidman e Opsahl, 1984, Harrel, 1980; Julius, 1981), atuando sobre os territórios renais (retenção de sódio e água) e vascular (vasoconstrição). Ou pode ser indireta, através do influxo maior de estímulos provindos do meio ambiente (e ampliados pelo sistema avaliador do indivíduo, como veremos), atingindo o sistema vascular e/ou renal "hiperativos" constitucionalmente (Fitzgerald, 1979; Light et alii, 1983).

Cabe ainda ressaltar que os "defeitos" fisiológicos podem, na verdade, ser adquiridos, tal como ocorreria com os pres

soceptores, que se alterariam, em função de estímulos hipertensivos frequentes e prolongados, ajustando-se a níveis mais elevados de PA (Abboud, 1982; Harrel, 1980). Segundo estes autores, a redução da sensibilidade dos pressoceptores seria inicialmente desencadeada por estimulação hipotalâmica e posteriormente mantida por alterações na distensibilidade arterial e processo degenerativo dos próprios pressoceptores. A estimulação hipotalâmica, por sua vez, seria ocasionada pela presença dos estímulos ambientais. De fato, parece haver algum fator ambiental influindo na gênese da HA, na medida em que ela se instala habitualmente na fase adulta do indivíduo (embora seus níveis já se revelem maiores anteriormente, se comparados a indivíduos da mesma idade). É de se supor a existência de algum fator "acumulativo" e esse poderia ser, de um lado, a ingestão excessiva e continuada de sódio (determinadas comunidades que não ingerem sal, não registram elevação da PA com a idade - Carvalho, 1983) e, de outro, a ocorrência frequente e intensa de situações psicossociais geradoras de estresse (ou componente ambiental da HA). Tais situações psicossociais, todavia, parecem ser influenciadas por fatores internos, ou de personalidade (o componente psicológico da doença), como veremos em seguida.

O COMPONENTE PSICOLÓGICO: FATORES PSICOSSOCIAIS INTERNOS

No que tange aos fatores internos, que influenciariam o modo de o indivíduo enfrentar as situações externas, as pesquisas tem-se centrado na tentativa de descrever uma personalidade hipertensiva, ou, mais recentemente, de descrever determinados padrões específicos de comportamento que estariam interligados à HA. Segundo Diamond (1982), vários autores propuseram a existência de uma personaldiade hipertensiva. Assim, Moschowitz em 1919 descreveu-a como ambiciosa, extrovertida, inteligente e expressiva. Alexander, em 1939, estudando um paciente submetido à análise, destacou um núcleo de dependência e agressividade reprimida. O indivíduo de "personalidade hipertensiva", dada a dificuldade de expressar sua agressividade e sentir-se sempre dependente de outras pessoas, viveria o relacionamento com figuras de autoridade como situações ameçadoras ocasionando respostas hipertensivas. Saul, na mesma época, deu suporte à hipótese de Alexander a partir do estudo de 7 casos de hipertensos tratados psicanalìticamente. Nesses casos havia conflito com um pai dominante contra o qual os pacientes não haviam conseguido se rebelar. Frustração de necessidades (orais) de dependência contribuíam para a doença crônica. Van der Valk, por outro lado, em 1957, pesquisando as experiências precoces que conduziriam à HA, achou que os pais dos hipertensos eram pessoas exemplares e amáveis e que usavam a ameaça de rejeição para suprimir expressões de raiva por parte de seus filhos (os futuros hipertensos) em relação a eles ou

aos outros irmãos.

Ainda segundo Diamond, Dunbar em 1943 descreveu os hipertensos como tendentes a buscar satisfação no self, devotados a metas de longo alcance e portadores de secreta mas compulsiva promiscuidade. Tucker, em 1949, descreveu-os como conscenciosos, perfecionistas e sensíveis. Wolf e Wolff, 1946-1951, encontraram, nesses hipertensos, sob uma superfície afável, o desejo de agir agressivamente.

Em outros trabalhos como os de Uexkull e Wich em 1962, Michaelis, 1966 e Pflanz, 1969, citados por Herrmann(1976), as pessoas hipertensas são descritas como muito exigentes consigo mesmas, não sendo capazes de ver objetivamente sua própria realização, levando-as a um excesivo esforço de realização. Bastiaans em 1963 (também citado por Herrmann) descreveu os hipertensos como aparentemente controlados, ativos, ambiciosos, perfeccionistas, conscenciosos, exatos, honestos, dedicados, cordiais, mas sendo, sob essa fachada, inseguros, sensíveis, vulneráveis e desequilibrados.

Essas tentativas de descrição de uma personalidade hipertensiva, na verdade tem falhado, ou melhor, tem apresentado resultados contraditórios como o demonstram os trabalhos de Monk em 1980, Shapiro e Goldstein em 1982 e Mann em 1984. Também com relação ao comportamento tipo A descrito por Friedmann e Rosenman e caracterizado por urgência de tempo, competitividade, elevado envolvimento com o trabalho e necessidade interna de realização e aprovação, o mesmo tem ocorrido, como refe

rem os autores citados.

Testes objetivos e técnicas projetivas tem sido utilizadas evidenciando algumas características psicológicas relacionadas à HA tais como baixa assertividade, hostilidade reprimida, ansiedade e paranóia. Diamond (1982), nesse sentido, faz menção aos trabalhos de Hokanson. Este autor, em 1961, em trabalho experimental, demonstrou elevação da PA sistólica quando os sujeitos eram submetidos à uma frustração. Se lhes dava oportunidade de descarregar sua agressão, a PA tendia a baixar. Se houvesse medo de retaliação com essa descarga, a redução não ocorria. Também Hokanson, 1962, encontrou elevação da PA em situações de ameaça ao ego e bloqueio à obtenção de metas. Comportamentos de contra-agressão verbal ou expressivas, reduziam a PA se o experimentador era tido de "baixo status". Se o experimentador era considerado de "alto status" a PA mantinha-se elevada. O mesmo pesquisador, 1963, demonstrou que a redução da PA só se fazia quando a contra-agressão era direta. Se havia deslocamento dessa agressão, a redução era mínima.

Fishman em 1965, citado por Mann (1984), demonstrou que num grupo de indivíduos com maior necessidade de aprovação social, havia maior nível de ansiedade e menor expressão de raiva que num outro grupo com menos necessidade de aprovação social. Nesse primeiro grupo havia também elevação da PA mais sustentada.

Todos estes exemplos parecem apontar para situações de interação social vividas como ameaçadoras pelo indivíduo.

Saslow (1950), em trabalho estatístico envolvendo 150 pessoas (3 grupos de 50 pessoas = hipertensos, doentes psiquiátricos normotensos e doentes somáticos normotensos), encontrou correlação significativa entre comportamento obsessivo - compulsivo e assertividade subnormal com HA. Segundo ele, essa associação implica em variação concomitante, sem que se possa afirmar que os fatores de personalidade sejam suficientes ou necessários ao aparecimento da HA, mas podendo-se dizer que são etiologicamente relevantes.

Osti e Flannery, citados por Gage (1984), demonstraram que hipertensos são mais alexitímicos que a população geral. Cummes (1983) demonstrou que os hipertensos revelam menos suas preocupações pessoais, além de assinalar menos sentimentos estressantes depois de tarefas cognitivas, mesmo quando há elevação da PA. Aqui, os trabalhos fazem menção à incapacidade de os hipertensos expressarem sentimentos de qualquer natureza.

Para Linden (1981) os hipertensos tendem a mostrar mais hostilidade reprimida; baixa assertividade; retêm mais informações sobre si mesmos; tendem a inibir sua atividade e a exibir maior necessidade de poder do que afiliação. Apresentam maior ansiedade diante de situações estressantes e parecem ser menos objetivos em obter seus fins; tem dificuldade no controle emocional e na relação com os outros. Tendem a se colocar

de modo passivo diante das situações e antecipam consequências negativas frequentemente.

Outros trabalhos tem feito menção à presença de ansiedade, depressão, hostilidade reprimida e assertividade subnormal nos hipertensos (Baer, 1979; Cumes, 1983; Diamond, 1982; Fontaine, 1982; Lazzari, 1980; Lyketson, 1982;Miller, 1979; Perini, 1982; Rabkin, 1983; Sullivan, 1981).

Pelo exposto concluímos que, apesar da tentativa de se descrever uma personaldiade hipertensiva, ou mesmo de identificar determinadas características psicológicas que se correlacionam com a HA, os resultados não são convincentes. Alexitimia, assertividade subnormal, hostilidade reprimida, ansiedade, depressão, passividade, dependência, expectativas negativas face às situações, são as características psicológicas mais comumente correlacionada à HA. Na verdade, existiriam subgrupos de hipertensos com diferentes padrões comportamentais. Tais padrões apontariam para núcleos conflitivos básicos e particulares para cada paciente. A detecção, então, de alexitimia hostilidade reprimida, ansiedade, etc., não justificaria diretamente a HA mas revelaria a presença de um "núcleo de tensão", este sim, desencadeante e/ou mantenedor dos elevados níveis de PA. A natureza do núcleo seria compreendida pela história de vida do indivíduo e se referiria às suas primeiras experiências de vida geradoras de situações vividas como ameaçadoras e impedidas de serem expressadas por outras vias que não a somática, e que seriam reativadas por circunstâncias atuais.

Reiser (1951), observando pacientes em fase maligna ou acelerada de HA, verificou que a época em que ocorrera a malignização da HA coincidia com a acentuação do conflito básico ou nuclear desses indivíduos. Aventou então a hipótese de que a HA seria a resultante do condicionamento de um determinado padrão cardiovascular de resposta (padrão hipertensivo), oriundo da predisposição genética, às primeiras experiências conflitivas de vida desse indivíduo (e que constituíriam o núcleo de sua personalidade). Assim, no decorrer de sua existência, toda vez que houvesse uma exacerbação do núcleo conflitivo, haveria elevação da PA.

As primeiras experiências conflitivas (ou ameaçantes) da criança "moldariam" um "programa" intrapsíquico de avaliação e enfrentamento (como discutiremos adiante) que seria então acionado toda vez que o indivíduo se defrontasse com situações idênticas àquelas. Em termos gerais dir-se-ia que, ante à sensação de ameaça o modo privilegiado (ou aprendido) de enfrentá-la foi o somático e, particularmente, o hipertensivo. A "escolha" pela HA dever-se-ia à predisposição genética através de alterações fisiológicas (ou fisiopatológicas) do complexo sistema regulador da PA, e/ou ao investimento afetivo dessa via somática.

Antes de esmiuçarmos os mecanismos formadores do sistema de avaliação e enfrentamento, cabe considerar que, havendo um núcleo de tensão, então, o hipertenso seria um psiconeurótico com expressão somática. Nesse caso, deveria haver correlação

entre HA e neuroticismo, ou seja, os hipertensos mostrariam mais sintomas neuróticos que os normotensos. Sainsbury, citado por Mann (1984), tentou verificar a associação entre as duas desordens, aplicando aos hipertensos um teste (Maudsley Personality Inventory - MPI) e que mostrou altos escores de neuroticismo. Para Cochrane, todavia, citado por Diamond (1982), essa correlação só foi encontrada em hipertensos em tratamento e não naqueles diagnosticados recentemente, sugerindo efeito da medicação (como a reserpina, por exemplo).

Outras pesquisas não encontraram qualquer correlação entre HA e neuroticismo mesmo nos hipertensos tratados (Drummond, 1982; Monk, 1980). Santonastaso (1984) encontrou sintomas neuróticos em nível menor nos hipertensos novos do que nos normotensos e hipertensos antigos. Não houve diferença entre hipertensos antigos e normotensos. Aventou a hipótese, em relação aos normotensos, de que isso seria devido à dificuldade de os hipertensos se expressarem sob outras formas que não a somática. Em relação aos hipertensos antigos, a consciência da doença aumentaria a possibilidade de os mesmo se expressarem neuroticamente.

Os resultados contraditórios no que tange à correlação entre HA e neuroticismo tem suscitado pesquisas tentando demonstrar os efeitos psicológicos de o paciente saber que é hipertenso (efeito de rotulação) e de ser ou não tratado da sua doença. "Ser hipertenso" e "ser tratado de HA" estariam mais associados a manifestações de neuroticismo (ou sintomas psíquicos) do que propriamente o fato de o indivíduo ter a PA

elevada. Nesse sentido, as pesquisas tem se dedicado ao efeito de rotulação da HA. Este conceito, vindo da sociologia, toma importância face aos programas de detecção precoce da HA e às tentativas de relacioná-la a fatores de personalidade (ou fatores internos de estresse). É que, sabendo-se hipertenso, o indivíduo deve assumir o papel de doente. Nesse papel estão embutidas as atitudes e crenças da cultura em que vive, em relação à doença. Não obstante, Mann (1984), analisando os resultados do "MRC Hypertension Trial" desenvolvido em 25 centros diferentes, chegou à conclusão que não houve efeito de rotulação nos pacientes detectados mas, pelo contrário, houve redução de sintomas psíquicos, provavelmente devido à maior atenção dispensada a esses pacientes pelo programa.

O fato é que alguns hipertensos mostram até menos sintomas neuróticos que os normotensos. Estes seriam os alexitímicos que, incapazes de expressar suas emoções, o fariam, preferencial ou exclusivamente, pela via somática. O aparecimento de sintomas neuróticos com o tratamento poder-se-ia dever ao efeito de rotulação ou ao fato de o paciente passar a poder utilizar outras vias que não a somática (através de adequada relação médico-paciente). Naqueles pacientes em que a via somática não seja a única forma de expressão das situações conflitivas, haveria a concomitância, ao lado da HA, das manifestações psiconeuróticas. O tipo de atenção e cuidados dispensados ao paciente, na medida em que conseguissem atingir e mobilizar as estruturas psíquicas distorcidas, trariam, como resultado, a melhoria não só dos sintomas neuróticos como dos próprios níveis da PA.

Concluímos então não haver uma personalidade hipertensiva, nem mesmo padrões comportamentais típicos do hipertenso mas, sim, sub-grupos de hipertensos com diferentes padrões de comportamento. Esses padrões apontariam para a existência de núcleos conflitivos básicos e particulares ao indivíduo, oriundos de suas primeiras experiências de vida e que plasmariam ou moldariam seu sistema intrapsíquico de avaliação e enfrentamento ante às situações ambientais (e do qual faria parte, como forma de enfrentamento, a resposta hipertensiva). A exteriorização de tais núcleos se faria, ora exclusivamente pela via psíquica, ora exclusivamente pela via somática, ora pela concomitância de manifestações psíquicas e somáticas. A resposta hipertensiva seria, então, uma das formas de enfrentamento somático de que lançaria mão o indivíduo, e isto dependeria de uma predisposição genética e/ou do investimento afetivo da via somática, como veremos adiante.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO E ENFRENTAMENTO

Se inúmeros trabalhos ligam estresse a doença (Cassel; Dodge e Martins; Holmes e Rahe; Selye; Wolff, etc., citados por Jalowiec e Powers, 1981), a natureza dessa ligação permanece obscura. As pessoas reagem diferentemente ao estresse, inclusive em termos de doença. Parece haver uma espécie de filtro através do qual os eventos ambientais são percebidos pelo indivíduo (sistema avaliador). Isto faria distinguir entre situações estressantes e situações percebidas como estressantes. Seriam estas últimas as que teriam valor psicológico. Sem dúvida, deve haver uma correlação entre a quantidade de situações estressantes e a resultante percepção desse estresse. Mas haverá um efeito moderador ou hipertrofiador que dependerá do próprio indivíduo em função de sua constituição, história e circunstâncias. O mesmo se aplica ao modo de reagir, de enfrentar, de se adaptar ao estresse, que parece também influenciado por circunstâncias particulares, próprias do indivíduo.

Brod (1971) comenta que a elevação da PA parece depender da avaliação pessoal que o indivíduo faz da situação. Reiser, (1951) em trabalho que já mencionamos, mostra que a "malignização" da PA parece ser uma reativação de núcleos conflitivos básicos do paciente.

Jalowiec e Powers (1981) pesquisaram indivíduos portadores de afecções agudas, comparando-os a portadores de afecções crônicas (hipertensos) quanto à incidência de situações es

UNIVERSIDADE CATÓLICA

tressantes por eles vividas e os meios utilizados para enfrentá-las. Apesar de os pacientes agudos terem vivenciado um número maior de situações estressantes durante o ano que precedeu a doença, os hipertensos sentiram seu nível de estresse mais alto. Revelaram mais eventos estressantes na área de saúde e sentiram seu nível de saúde mais baixo que os pacientes agudos.

Linden (1981) observou que os hipertensos tendem a se colocar de modo passivo diante das situações, antecipando consequências negativas frequentemente. A interação social parece ser importante fonte de estresse psicológico para os hipertensos.

Myers e Miles (1981) encontraram alguma correlação entre exposição a situações estressantes (sobretudo negativas), avaliação subjetiva de estar em estresse e tendência a somatizar estresse com HA.

Hinkle e Wolff (1972), pesquisando entre grupos de pessoas de similar etnia e "background" social, exercendo a mesma ocupação durante muitos anos, formaram 2 grupos de 10 pessoas cada: um deles, que experienciara grande número de doenças e outro, com raros episódios de doença. Ambos os grupos haviam enfrentado muitas situações difíceis. Os mais doentes eram mais orientados para atingir metas, responsáveis, conscientes e preocupados. Viviam suas vidas como difíceis, desgastantes e insatisfatórias. Suas relações familiares eram insatisfatórias. Eram mais voltados para si e mais conscientes de problemas emocionais e interpessoais.

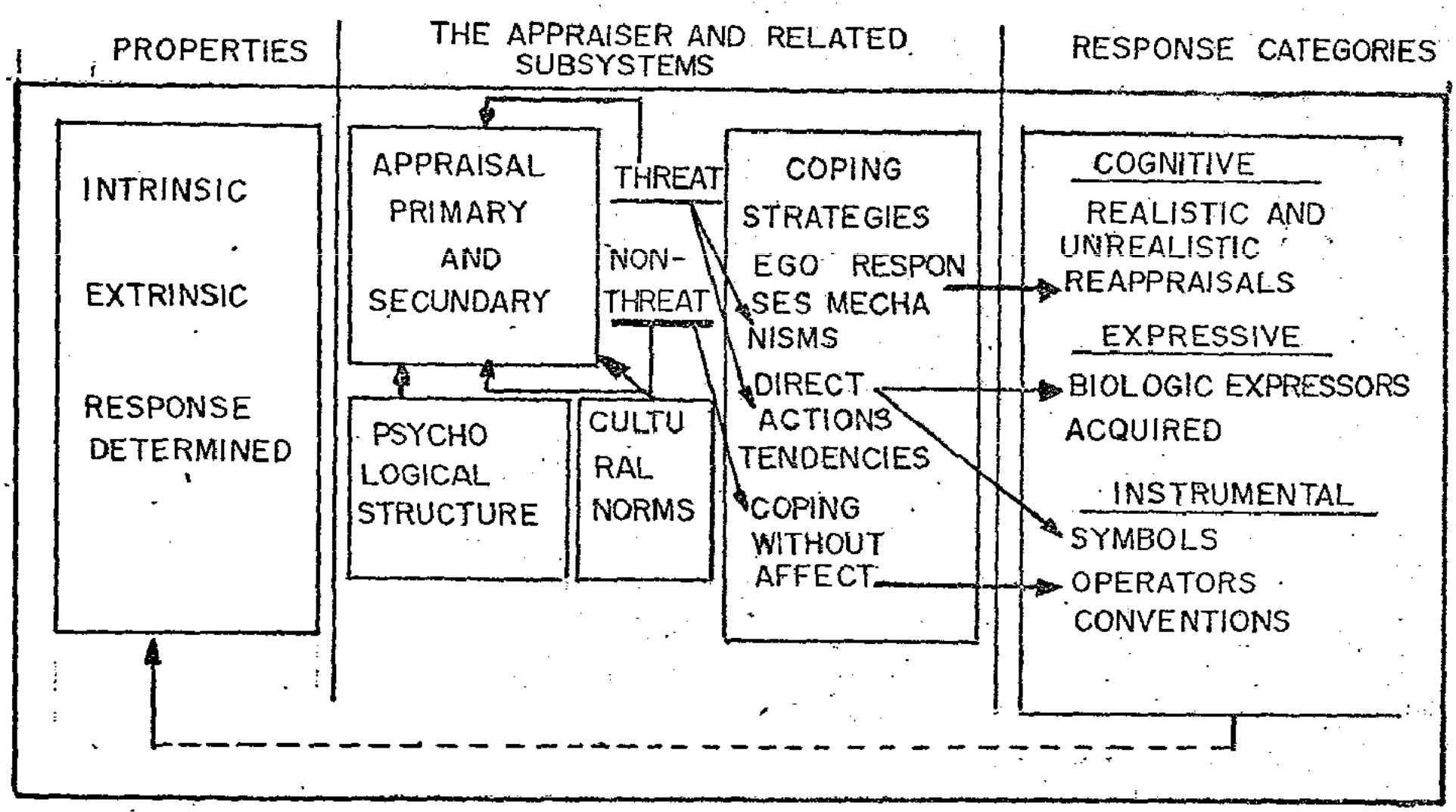
Sintetizando, os hipertensos parecem perceber seu nível de saúde de modo negativo. Percebem mais estresse que os normotensos. Tendem a se colocar de maneira passiva diante das situações, antecipando consequências negativas frequentemente. A interação social parece ser ameaçante e importante fonte de estresse psicológico para os hipertensos. Estes viveriam constantemente com a sensação de não poderem controlar ou enfrentar o ambiente que lhes parece hostil. Tal estrutura parece estar ligada, ou constituir, o sistema de avaliação do indivíduo.

Para Herrmann (1976) os hipertensos teriam "programas" intrapsíquicos de avaliação tendentes a interpretar as situações ambientais como ameaçantes ou insolúveis. Tais "programas" seriam resultado das primeiras experiências de vida do indivíduo, formando mesmo o seu núcleo de personalidade, a que se somariam outros fatores de natureza interna ou externa como idade, estado de saúde, educação, crenças, suportes sociais, intensidade e tipo das experiências atuais, etc.

Averill, Opton e Lazarus (1971) alargam a compreensão do sistema intrapsíquico de avaliação do sistema nervoso central introduzindo a idéia do "coping" ou enfrentamento da situação percebida como ameaçadora. Na verdade, o sistema de avaliação seria primário e secundário. O primário avaliaria o estímulo em si e o secundário avaliaria os modos possíveis de enfrentamento do estímulo ameaçante. Esses dois fenômenos seriam interdependentes e sua relação deve ser conceituada em termos de circuitos internos de "feedback", infleunciando-se mù

tuamente. Sobre tal sistema de avaliação atuariam, como fatores básicos, a estrutura psicológica do indivíduo e as normas culturais que o cercam. Isto nos remete à perspectiva de estudarmos os métodos ou estratégias de enfrentamento à disposição e utilizadas pelo indivíduo para lidar com as situações com as quais depara.

Segundo modelo cunhado por Averill, Opton e Lazarus:



essas estratégias dividir-se-iam em mecanismos de resposta do ego (evocados quando nenhuma ação direta fosse possível devido a inibições internas ou externas) e corresponderiam aos mecanismos de defesa do ego na concepção psicanalítica; tendências a ação direta (ou impulsos para luta ou fuga) e corresponderiam aos estados de estresse descritos por Selye

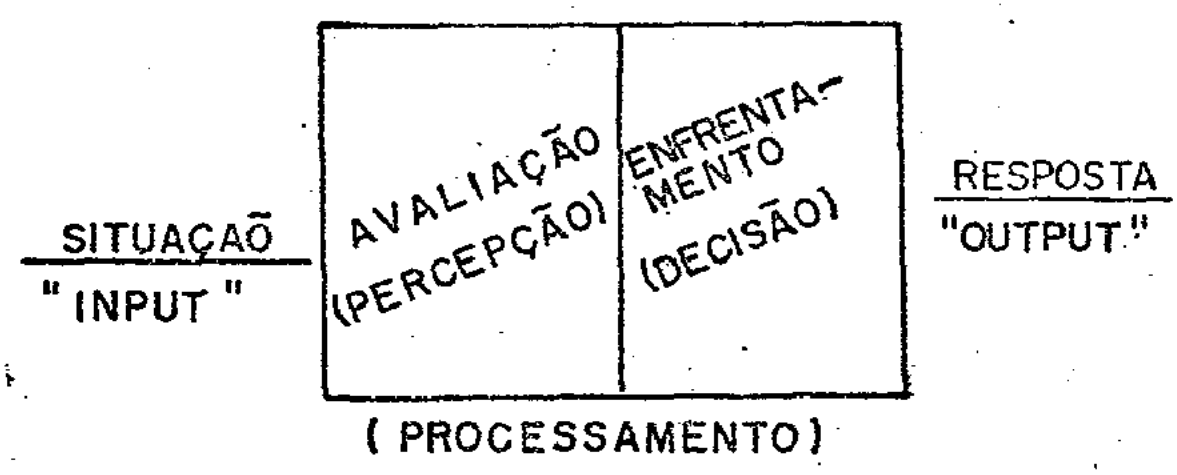
(observação nossa); enfrentamento sem afeto. As primeiras gerariam respostas cognitivas realísticas ou distorcidas levando à reavaliação da situação como não-ameaçadora, inclusive excluindo-a da consciência. As segundas gerariam respostas expressivas (ou de natureza geral) ou instrumentais (ou voltadas para a obtenção de uma meta específica), ocasionando movimentos de luta ou fuga ante a situação que se mostra ameaçadora. As respostas fisiológicas ou somáticas se incluem preferencialmente na categoria das respostas expressivas. O enfrentamento sem afeto ocasionaria respostas instrumentais.

Outros autores tem se preocupado com as estratégias básicas de enfrentamento, classificando-as ou abordando-as de diversas formas (Felton, 1984; Jalowiec e Powers, 1981; Light, 1981; Melville, 1981).

De qualquer modo, a idéia é que essas estratégias atuem como fatores moderadores ou ampliadores quanto à avaliação procedida pelo indivíduo face às situações estressantes, ao mesmo tempo em que instituem as próprias respostas a essas situações. O "feedback" por elas propiciado, tanto se faz a nível interno (no sistema de avaliação), como a nível externo, minimizando (ou gerando) novas situações estressantes. Verificamos que a resposta somática seria resultante de uma avaliação considerada ameaçadora para o indivíduo e poderíamos especular sobre as razões pelas quais ela seria utilizada. Uma dessas razões poderia ser a falência dos mecanismos de resposta do ego. Outra razão poderia ser a "eficiência" da resposta

somática como método de enfrentamento da situação.

Para melhor entendermos a resposta hipertensiva como método de enfrentamento, havemos de nos deter nessas questões. Utilizando os modelos de Herrmann (1972) e de Lazarus (1971) poder-se-ia sumàriamente dizer que, uma dada situação vivida pelo indivíduo, sofre um processamento que envolve sua avaliação (quanto à possível ameaça à integridade do organismo, sua coesão e sobrevivência) e escolha (ou decisão) do método para enfrentá-la, resultando então numa resposta. Fatores constitucionais e as primeiras experiências de vida (constituíndo a estrutura de personalidade do indivíduo) representariam o núcleo desse sistema de avaliação.

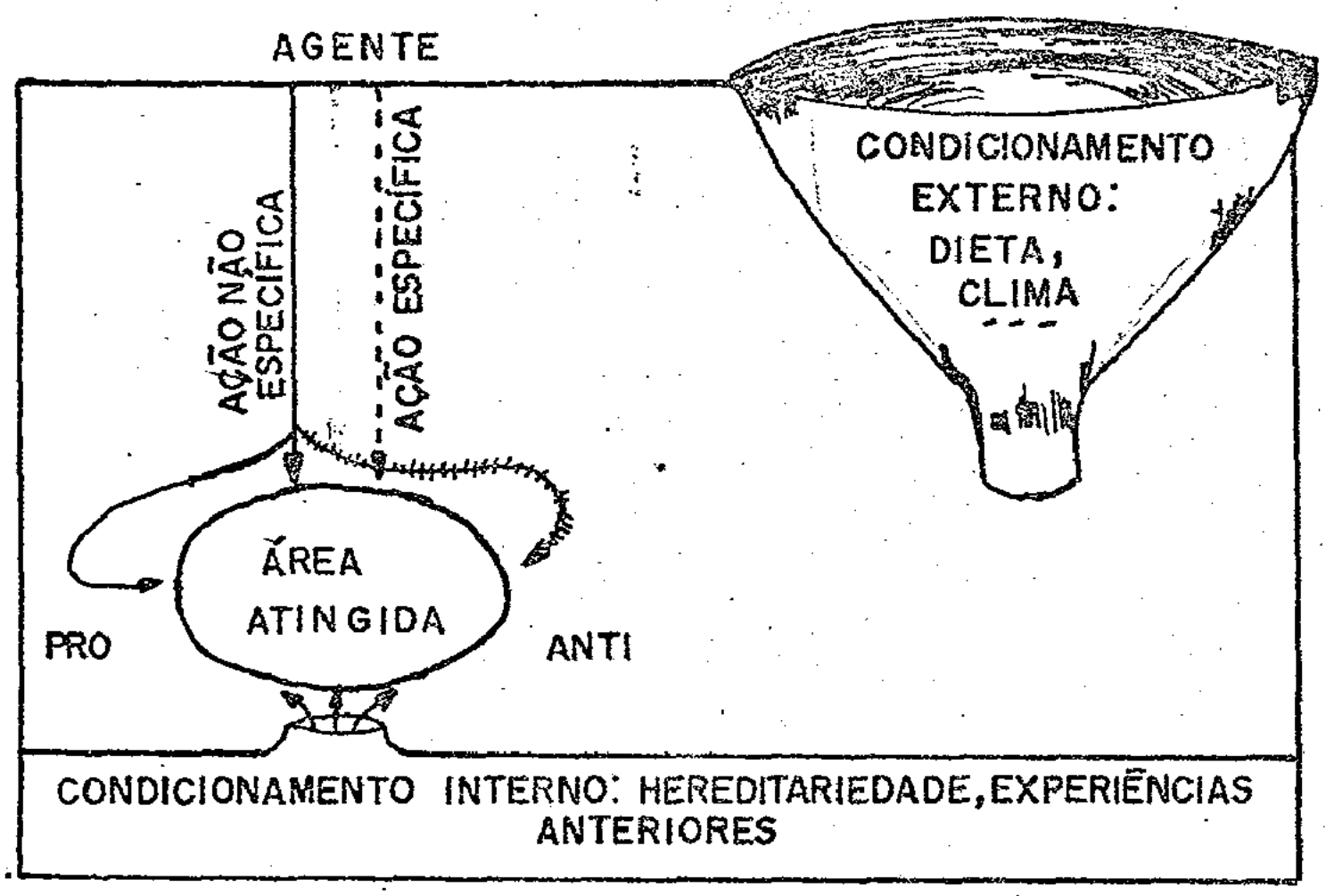


Tais modelos se assemelham àquele de Selye (1965) com relação ao estresse. Selye conceitua o estresse como uma tensão entre um agente que ameaça o organismo e a resistência a ele oferecida por esse organismo. Diz que o objetivo desse estado é, em última análise, adaptar-se à situação, buscando fazê-lo através da delimitação das reações à menor área suscetível de corresponder às necessidades da situação, e da redução do "quantum" de energia dispendida. Dá como exemplo o esforço (tensão) de um braço ao levantar um peso e que exige mobilização geral do organismo (taquicardia, elevação da PA, sudo

rese etc.) mas que, em seguida, é substituída por hipertrofia dos músculos da região e, em consequência, menos esforço geral. Exemplifica também com a resolução de um problema matemático que elicita a utilização de várias fórmulas, afinal substituídas por uma mais simples e eficiente. A doença seria o resultado da ação específica e intensa do agente estressante, por um lado, e da utilização excessiva ou inadequada dos mecanismos de adaptação (ou de defesa), por outro. A "preferência" de um agente estressante por um determinado órgão ou tecido, e a intensidade de suas respostas, parece, na opinião de Selye, ser influenciada por "fatores condicionantes internos e externos". Assim ele se expressa textualmente:

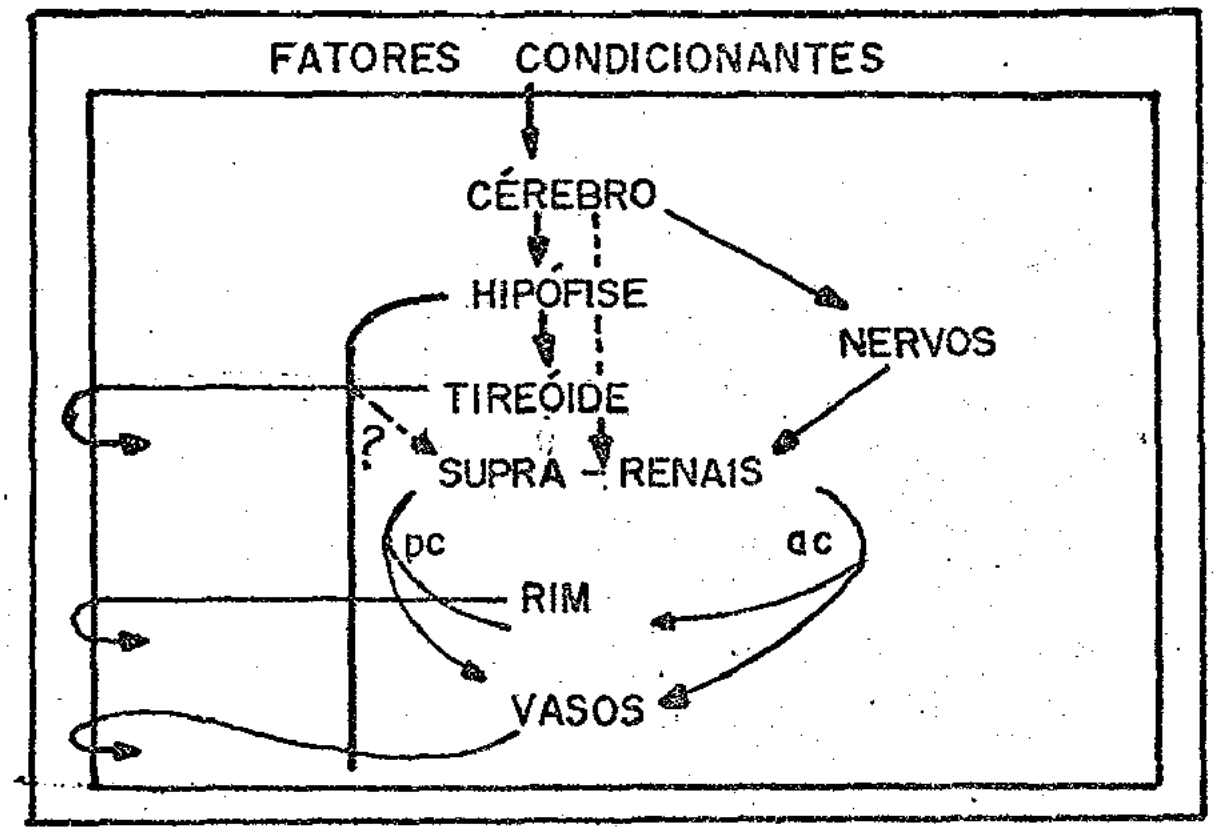
"Os fatores condicionantes internos são aqueles que se tornaram parte do corpo. A hereditariedade e as experiências pregressas deixam certos traços, certas "lembranças tissulares" que influenciam nosso tipo de reação aos fatos". E mais adiante: "Por outro lado, tudo quanto age sobre nós a partir de fora pode também influenciar nossa resposta a um agente simultaneamente ativo, mesmo que ele não cause lesão permanente ao corpo. A dieta que fazemos, o clima em que vivemos, são fatores condicionantes externos" (pág. 110).

Através de um organograma, Selye tenta esquematizar suas idéias (pág. 113):



Em outro trecho Selye aduz à participação do SNC no processo de avaliação desses agentes estressantes, ao mesmo tempo em que faz referência às suas interligações através de um quadro esquemático, abaixo reproduzido simplificadamente(p.131):

AGENTE DO STRESS



"Neste diagrama, o campo geral representa todo o corpo. Os fatores condicionantes (hereditariedade, exposições anteriores, dieta etc) são simbolizados pela moldura dentro da qual todas as reações têm desenvolvimento. Os reguladores principais do síndrome de stress (cérebro, pituitária, tireóide, supra-renais, fígado, rins, vasos sanguíneos, células conjuntivas, glóbulos brancos do sangue) são representados por símbolos especiais. As interligações entre esses reguladores principais são demonstradas, da maneira usual, por setas de conexão. Mas está claro que carta anatômica alguma pode, ou deve, ser tão completa quanto o corpo que reproduz. Sòmente através das partes deixadas deliberadamente por completar se pode dar ênfase aos pontos importantes e bem estabelecidos destacando-os de tudo que é menos importante ou mais incerto. Para se obter tal resultado em nosso diagrama, muitas das setas não são dirigidas especìficamente a órgãos particulares, mas são reproduzidas a partir da moldura, apontando para o corpo como conjunto. O caminho exato percorrido por elas será objeto de futuras pesquisas; até agora, sabemos apenas que eles podem influenciar a seletividade de resposta em vários pontos. É essa possibilidade de condicionamento seletivo que explica a razão por que todas as pessoas reagem diversamente ao stress, dependendo de características, herdadas e adquiridas.

Como este diagrama geral tenta ilustrar as condições fundamentais de todas as situações de stress, o agente do stress também não é apresentado atuando sobre qualquer ponto em especial. Indicamos meramente que, onde quer que venha a

agir primeiro, eventualmente produzirá reações de stress generalizadas em todo o corpo. Essa generalização de resposta pode ser realizada por intermédio dos dois grandes sistemas coordenadores: o endócrino e o nervoso. A partir da base do cérebro, o sinal de alarma segue para a pituitária, quartel-general das respostas hormonais; da mesma forma, por intermédio das muitas ramificações nervosas, ele influencia virtualmente todos os órgãos do corpo, sem passar, necessàriamente, pelo sistema endócrino-glandular.

Atuando através dos nervos, os agentes do stress produzem adrenalinas e acetilcolina, que podem influenciar a seletividade do mecanismo do SAG em qualquer ponto. Esses 2 tipos de hormônios nervosos geralmente antagonizam-se mutuamente. Numa área inflamada, por exemplo, as adrenalinas podem produzir constrição circunscrita dos vasos sanguíneos, a qual interfere na inflamação; por outro lado, a acetilcolina tem efeito inverso. Os movimentos do intestino e muitas outras funções fisiológicas são também antagonisticamente influenciadas pelos nervos, através da produção de adrenalinas e acetilcolina.

Uns poucos filamentos nervosos vão diretamente à medulada supra-renal. Ela não é estimulada por qualquer hormônio, mas por estímulos nervosos que a levam a produzir adrenalinas. Esses hormônios da medula da supra-renal atuam precisamente como as terminações nervosas produtoras de adrenalinas; na verdade, as adrenalinas produzidas pela glândula são quimicamente idênticas às secretadas pelos nervos. A única diferença reside em serem as últimas secretadas no sangue e, portanto, não te

rem ação seletiva em parte alguma, ao passo que os nervos podem produzir adrenalinas em regiões de tecido limitadas, sem afetar as demais partes do corpo".(pg. 131-2)

Fica aqui evidente a participação do SNC como órgão coordenador e integrador das respostas do organismo aos agentes estressantes e a seletividade dessas respostas em função de características herdadas e adquiridas, também intermediadas pelo mesmo SN.

Em outros termos diríamos, então, que, face às situações com que se defronta o indivíduo, ele as avaliará e decidirá quanto à resposta a oferecer. Esse processo dependerá de fatores condicionantes internos e externos que influenciarão o "julgamento" quanto à ameaça que a situação possa implicar, e o tipo de resposta adotada, com o sentido de se adaptar à situação, utilizando o mínimo de energia necessária e a menor extensão possível de áreas do corpo comprometidas com o processo. Os principais fatores condicionantes internos são as tendências hereditárias e as experiências pregressas. Interessa-nos sobremaneira a estrutura psicológica do indivíduo pois ela constituirá a base, o núcleo desse processo avaliador. Seguiremos, nesse caminho, a linha psicanalítica que atribui a formação do aparelho psíquico a um encontro entre forças instintivas, biológicas, provindas do id, com as percepções captadas no ambiente e investidas de significado, constituíndo o ego e o superego(Freud, 1976). Consideraremos também o "self" como representação mental da pessoa, no que ela tem de si mesma e que dá ao indivíduo a percepção de que é uma entidade que sente e a

tua, separada e distinta dos objetos e do ambiente. O self está ligado ao corpo e às funções por um lado, e, por outro lado, aos intercâmbios que ocorrem nas relações objetais (Spitz, citado por Cunha, 1982).

A estrutura psicológica do indivíduo vai se moldando, portanto, a partir de suas experiências, ou melhor, de sua interação com o ambiente. Desde o início o processo é complementar, diádico na medida em que a criança, portadora de potenciais inatos, de possibilidades e limites, necessita de interação com o ambiente (e particularmente com aqueles que dela cuidam) para desenvolvê-los e completá-los. A consciência do eu (self), na verdade, se reveste ou se constitui de uma incorporação, de um "nós", que resulta daquela interação. Tudo se passa como se o exercício das funções fisiológicas, corporais da criança necessitasse ser infiltrado pelo investimento afetivo provindo do ambiente e que daria o impulso necessário à realização dessas funções (Kreisler, Fain e Soulé, 1981). O objeto principal desse investimento é a mãe (ou aquela pessoa que primàriamente cuida da criança).

A criança traz potenciais biológicos (necessidades) que entram em contato com o objeto (mãe) que supre (ou frustra) tais necessidades gerando uma percepção afetiva de prazer - desprazer. Esse 1º registro psíquico é feito a nível do sistema límbico constituíndo uma "memória celular" e elicitando respostas aproximativas ou evitativas. A este registro se segue posteriormente um outro, a nível cortical, onde tais percepções recebem uma representação (representação simbólica ou

psíquica superior). No 1º registro não há desejo pròpriamente dito. As reações são despertadas "fìsicamente" ante a presença ou ausência do objeto. No 2º registro já há desejo e, nesse momento, as representações podem ser "separadas" (ou recalcadas) dos objetos indo, então, por deslocamento ou condensação, ligarem-se a outros objetos. Talvez pudéssemos dizer que as percepções do 1º registro constituem a unidade psique-soma de Winnicott, porquanto as do 2º registro constituíriam a mente do indivíduo.

Tais registros propiciam, sob forma de condicionamento ou compulsão à repetição, respostas idênticas ante situações avaliadas identicamente. À complexidade da avaliação, associa-se complexidade das respostas (ou métodos de enfrentamento. Talvez melhor fosse falar em métodos de interação, dada à natureza diádica ou complementar dessas reações em função dos cuidados - ou "descuidados" - que a criança recebe). Ou seja, ocorre diferenciação nesse processo. Que, no entanto, continua fundamentalmente o mesmo: perceber-avaliar-decidir-responder. Uma das diferenciações consiste no gradual desenvolvimento da fantasia que corresponde ao espaço entre a realidade percebida ou vivida e a imaginação que o indivíduo faz acerca dela. Seus primórdios estão na diferença entre a necessidade fisiológica e o desejo de ver satisfeita esta necessidade. Gradualmente a criança adquire a capacidade de "pensar sobre" a realidade. Este é um processo psíquico de natureza mais aprimorada ou elaborada que seu antecessor "celular". Numa etapa subsequente esse processo se aprimora na medida em que as ex

periências passam a ter representações internas cada vez mais nítidas e diferenciadas, permitindo a relação do indivíduo com a representação psíquica dos objetos. O concreto atravessou o imaginário e chegou ao simbólico.

O que parece importante é que, desde o início, a criança registra suas percepções investidas afetivamente a partir do contato com a mãe. A percepção é, inicialmente, difusa e inespecífica. A seguir vai se tornando específica mas fragmentada (a criança percebe o seio, por exemplo, mas ainda não como objeto integrado ao corpo da mãe). Nesse instante não há fora nem dentro, nem percepção de totalidade. Vão se formando "ilhas de memória", como diz Mahler (1977). À medida que a capacidade sensorial da criança se amplia, sua percepção se diferencia e integra e funde essas "ilhas" até permitir a formação da imagem do objeto total e de si mesmo. A percepção que era até então "física" tornou-se "psíquica" na medida em que adquiriu uma representação que permite ao indivíduo identificar-se a si mesmo como individualidade, e aos outros como objetos separados. Poder-se-ia dizer que o ego está constituído e, com ele, a representação mental de si mesmo (self).

A compreensão desse processo e de suas vicissitudes constitui a essência do que até então chamamos sistema de avaliação e enfrentamento. O ego é, na verdade, o sistema de avaliação e enfrentamento (ou interação) do indivíduo face ao seu ambiente e a si mesmo. É ele quem avalia as situações e decide se elas são ou não ameaçadoras. E o faz conforme as primeiras experiências registradas inicialmente a partir da sensa

ção prazer-desprazer (ou nível de condicionamento, na visão comportamental) e posteriormente a partir da satisfação ou frustração dos desejos (em nível de representação psíquica, na visão psicanalítica). Neste 2º processo parecem entrar em jogo os mecanismos de imitação e identificação que permitem ao indivíduo tornar seu aquilo que é originariamente nosso (através da relação com os outros) e rejeitar (ou projetar, ou dissociar) aquilo que é considerado estranho ou ameaçante.

São fundamentais para o aprofundamento do conhecimento acerca dos mecanismos de formação desse sistema de avaliação e enfrentamento os estudos, dentre outros, de Balint(1982), Kohut (1980), Mahler (1977) e Winnicott,(1978; 1982).

Tomando por base Margareth Mahler em seu livro "O nascimento psicológico da criança", (1977), faremos algumas considerações que julgamos pertinentes ao objetivo deste trabalho, acrescentando algumas outras idéias. Antes, porém, cabe lembrar que as respostas oferecidas pela criança ante os estímulos que a ameaçam são, ao início, fundamentalmente somáticas ou corporais. Paralelamente (e posteriormente) ela vai aprendendo outras formas ou meios de lidar com os estímulos, como aqueles comportamentais (ou atitudinais) e verbais. Estes últimos meios de interação (ou enfrentamento) - os sociais: comportamentais ou atitudinais e verbais - constituem os processos mais elaborados (ou secundários) de o indivíduo interagir com seu ambiente, enfrentando-o e a ele se adaptando. Os meios somáticos, todavia, permanecem a vida inteira do indivíduo dinamizando (ou mesmo substituíndo) os demais, cada vez que as situações a

tuais "lembrem" as anteriores ou que aqueles outros meios estejam inibidos, impedidos ou bloqueados em sua expressão.

Assim, podemos dizer que a criança vai se constituíndo a partir dos seus potenciais inatos e dos comportamentos que são "privilegiados" ou "investidos" pela mãe, dos modelos oferecidos à imitação e identificação e permeados pelas circunstâncias vividas pela unidade dual e ambiental. Ou seja, estão presentes desde logo na gênese do que será a estrutura psíquica da criança, vários componentes:

[1] os potenciais inatos da criança, aqui incluídas as "forças instintivas" e demais potencialidades biológicas ou fisiológicas.

[2] os potenciais da mãe representados pelo seu modo de ser e que serão "oferecidos" à criança ante seus comportamentos.

[3] os outros "significativos" da criança, aqui incluídos o pai e irmãos.

[4] as circunstâncias ambientais que cercam a unidade mãe-criança.

O resultante sistema de avaliação e enfrentamento (interação) dependerá portanto da conjunção desses componentes formando mesmo o seu núcleo que será, por sua vez, permanentemente reatualizado a partir das sucessivas interações. É óbvio acrescentar que a configuração do sistema será própria do indivíduo naquele momento, não podendo ser identificada com

qualquer dos seus componentes individualmente. E será essa configuração particular, singular e atual que interagirá com as novas situações (inclusive com as provindas de si mesmo) resultando em novas configurações, a cada momento diferentes, mas sempre iguais enquanto pretencentes à mesma pessoa. Será óbvio também dizer que algumas partes se manterão fixas enquanto outras é que se modificarão. A continuidade e pertenência serão dadas pelo self que integrará as experiências do indivíduo conservando-as como suas. Naturalmente estamos descrevendo o processo tal como ele ocorre em situações "fisiológicas" ou "ajustadas". Seus desvios constituirão então a "patologia" ou "desajuste" do sistema. Os "motivos" ou "razões" do desajuste, bem como suas "defesas", estarão em cada um dos componentes da estrutura psíquica do indivíduo e nos modos como se compuseram, bem como nos modos como tal estrutura se reorganiza ante a constante interação com o ambiente.

Assim podemos considerar que nos primeiros estágios do desenvolvimento (correspondentes à fase autista de Mahler) a criança simplesmente não percebe a mãe. Ao reflexo de buscar o seio junta-se uma "identidade perceptual" (e afetiva) com algo que satisfaz o prazer de sugá-lo. Os atos fisiológicos tem nesse instante, como objetivo reduzir o desprazer e obter o prazer (chorar, espirrar, tossir, evacuar, urinar, comer, regurgitar) e a criança vai "registrando" as experiências "boas" (ou prazeirosas)e as "más" (ou desprazeirosas) em interação com os cuidados maternos. A mãe é sentida como parte de si mesma. Há uma fusão somato-psíquico onipotente e alucinatória com a representação da mãe. A criança parece estar totalmente voltada

para si mesma (e, particularmente, para seu corpo ou suas funções corporais). O contato da mãe com o corpo da criança vai favorecendo a entrada na fase simbiótica. A satisfação das necessidades por esse "objeto" transforma-se gradualmente em desejo (e mais tarde, no afeto específico, ligado ao objeto, de desejá-lo). Mas a percepção é de um objeto parcial e incluído em sua órbita (a órbita simbiótica). A criança continua voltada para si mesma mas, agora, "incluindo" nessa unidade o objeto-mãe. Como tal, esse objeto deve estar incondicionalmente disponível e, sobre ele, a criança deve exercer total controle. Ao mesmo tempo, esse objeto é vivido como extremamente poderoso e capaz de satisfazer (ou frustrar) plenamente as necessidades/desejos da criança.

As frustrações nessa fase são vivenciadas como ameaças de aniquilamento, de desintegração, de caos. São fruto de percepções absolutas e não-integradas. Elas exigem, para serem gratificantes, cuidado físico, acolhimento, empatia plena, pronto e adequado atendimento das necessidades físicas. As reações à ameaça serão de natureza inespecífica e difusa através de agitação ou apatia e de alterações das funções corporais.

À medida que a criança se diferencia (separação - individuação) ela percebe como separada dela o objeto-mãe (percebe-se também e concomitantemente a si mesma como individualidade). As imagens do "eu" (inicialmente corporal e depois psíquico) e do objeto de amor emergem dos traços mnêmicos, cada vez mais abundantes, resultantes das experiências instintivas e emocionais, prazeirosas e desprazeirosas, e das percepções a elas as

sociadas. A interação mãe-bebe, o comportamento de segurar e de olhar, a possibilidade da mãe atender quase onipotentemente às necessidades da criança, a capacidade adaptativa do bebê, constituem-se na base do processo de diferenciação. Se a mãe continua preenchendo onipotentemente o espaço da criança (ou se, simplesmente, não preenche espaço algum), a unidade dual tende a ser mantida. A criança não consegue perceber a mãe como separada dela (separação) e, certamente, não conseguirá se perceber como individualidade (individuação).

O processo de diferenciação corresponde também a uma diferenciação biológica, na medida em que o sensório da criança se desenvolve; há uma captação cada vez maior do ambiente (nessa fase se instalariam os objetos transicionais que ficariam a meio caminho entre o bebê e a mãe).

O locomover-se parece instalar um impulso inato em direção à individuação (consistindo na fase de treinamento). Ao se locomover livremente a criança investe narcìsicamente, resiste a quedas e outras frustrações, descobre o mundo exterior e trata-o onipotentemente. Há um grande passo no sentido da individualidade e identidade. Mas a criança necessita ainda de apoio emocional da mãe. A expectativa e confiança que a mãe deposita, parece ser o detonador do seu sentido de segurança e auto-estima, permitindo transformar parte da sua onipotência em prazer ligado à própria autonomia.

A reconciliação é caracterizada pelo reconhecimento da fragilidade da criança que reduz sua tolerância às frustra

ções e aumenta sua ansiedade de separação. A criança reconhece-se a si mesma (tomando consciência mais aguda do seu corpo, suas funções e diferenças) e ao ambiente (identificando os objetos do mundo como separados de si mesmo). Isto ocorre pelo desenvolvimento cognitivo, diferenciação crescente de sua vida emocional e pela capacidade de deslocamento e comunicação. Há, neste instante, uma representação psíquica de si mesmo (self) separada da representação psíquica do objeto-mãe (objeto de amor), completando-se o processo de separação-individuação. Este é, também, um momento de grande tensão, pois surgem, ao mesmo tempo, o desejo de independência e o desejo de continuar dependente (na medida em que a dependência é conscientizada). A angústia maior nessa fase é a angústia de separação ou medo de perder o objeto de amor e, com ele, a proteção e segurança onipotentes que dispunha. Emergem também sentimentos de raiva e irritação ante a perspectiva de se manter ligado (incorporado) ou aprisionado a esse objeto. A criança sente a necessidade de que a mãe compartilhe do seu desenvolvimento, precisa agradá-la para conservar o seu amor. A mãe precisa corresponder a esse amor e saber lidar com a ambivalência da criança que quer sua proximidade mas, ao mesmo tempo, quer se afastar dela. Surgem o ciúme e inveja (características da fase anal) e que parecem representar a "luta" da criança pelo seu espaço recém-descoberto. A importância do pai parece emergir nesse momento. Ele é incluído como 3ª pessoa existente na relação da criança com a mãe. Aflora a necessidade de se identificar com a mãe ou com o pai como forma de se "defender" da angústia de separação. A ambivalência de sentimentos leva-a à necessidade de fazer

clivagens entre a "maẽ boa" e a "mãe má". Surgem, muitas vezes, nesse momentos, fenômenos transicionais que tentam "substituir" a mãe (como tornar sua, a cadeira da mãe; comer grandes quantidades de roscas ou biscoitos; insistir em carregar a mamadeira consigo; ficar na sala para casacos - exemplos tirados de Mahler), e que são formas de "ter", de "controlar" a mãe sem efetivamente tê-la. Além disso, a criança utiliza comportamentos coercivos dirigidos à mãe com o intuito de forçá-la a continuar numa relação onipotente.

Nesta fase, as necessidades básicas da criança parecem ser as de confiança e estimulação (rumo à independência), disponibilidade e aceitação (face à ambivalência e ao comportamento agressivo), continuidade e modelos (com os quais possa se identificar). O comportamento compreensivo, disponível, constante, confiante e estimulador da mãe permitirá à criança desenvolver a sua auto-estima e caminhar para a autonomia, renunciando à onipotência, aceitando seus limites e crendo na possibilidade de superá-los. Servirá, ao mesmo tempo, como modelo identificatório permitindo que a criança aceite à separação. A constância libidinal do objeto (simbolização ou representação psíquica da mãe), permite à criança investir nesse objeto mesmo durante suas ausências temporais e, portanto, aceitar sua separação. Paralelamente ocorre a representação psíquica de si mesmo (ou self) integrada, unificada, o que dá ao indivíduo a percepção de sua individualidade ou identidade.

O desenvolvimento harmônico se faz no sentido de a criança aceitar a separação (não necessitando "atuar" a sim

biose), reconhecer a sua individualidade e integrar os aspectos bons e maus do mesmo objeto (em si mesmo e nos outros), não necessitando dissociá-los.

A partir do 3º ano de vida a criança parece ter "nascido psicologicamente" como pessoa, como ser individual e consciente de si. Já possui um aparelho psíquico capaz de simbolizar, de representar psiquicamente os objetos e a si mesmo. E ingressa efetivamente no mundo das relações objetais, ampliando cada vez mais seu campo de percepção e de ação. Esta fase, psicanaliticamente, é marcada pelo complexo de Édipo e pela formação do superego. Ganham ênfase os processos de imitação e identificação. A nível intrapsíquico desenvolvem-se a repressão e os mecanismos de defesa do ego. A criança necessita então de orientação e de relações ambientais harmônicas. Necessita de modelos que lhe permitam completar seu processo de identidade e de internalização das normas sociais em que vive. Tais normas (psiquicamente representadas pelo superego) complementarão seu sistema de avaliação e enfrentamento. Mais do que isso, determinarão a forma de o indivíduo comportar-se e expressar-se. Se antes havíamos mencionado a "linguagem" do corpo como forma arcaica de a criança se expressar, na verdade podemos dizer que o corpo continua sendo fonte de expressão durante toda a existência do indivíduo. Expressão social, de normas e valores que foram introjetados (inclusive os referentes ao próprio corpo). Seu funcionamento dependerá dessas normas e as expressará num certo sentido. A variabilidade dos ambientes, o modo peculiar de percebê-los, dará a cada grupo social uma maneira própria de se comportar e, a partir daí, se

cunharão os conceitos de saúde e doença, se estabelecerão os tipos e intensidade dessas doenças, bem como o modo de explicá-las e lidar com elas. Nessa perspectiva a doença estará sendo, de algum modo, a expressão do processo de socialização. Tais normas são registradas a nível inconsciente, introjetadas pelo indivíduo, constituíndo a instância superegóica. Carregadas de emoção, investidas ou precipitadas pelos complexos dinamismos da fase edipiana, passam a nortear a conduta do indivíduo de modo, muitas vezes, implacável. Assim podemos dizer que o corpo estará sempre expressando algo a partir de motivações inconscientes. As expressões corporais assumem a forma de uma linguagem. Linguagem arcaica, primitiva, inconsciente, trazendo em seu bojo as regras e normas que a sociedade cunhou. O corpo fala dos seus conflitos e de suas leis. Conflitos e leis vividas e internalizados a partir e através das primeiras experiências de vida da criança em íntima conexão com seu objeto primário de amor (a mãe) e com seu ambiente mais próximo (significativamente representado pelo pai). A somatização é, pois, uma forma de expressão e de resposta. Uma forma de "falar" e de lidar com os conflitos ou ameaças que pesem sobre o indivíduo.

A HIPERTENSÃO COMO MÉTODO DE ENFRENTAMENTO

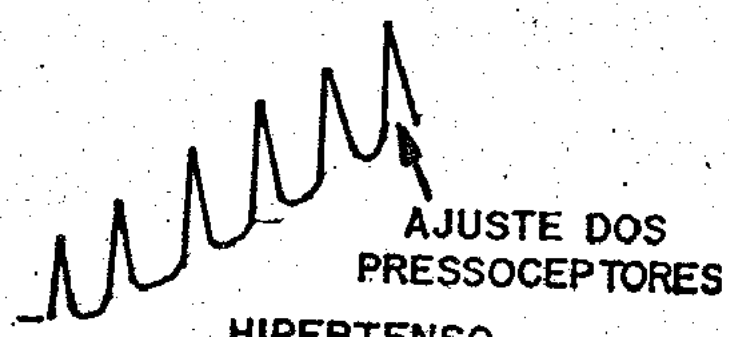
Para compreender a resposta hipertensiva como forma de estratégia utilizada pelo indivíduo, retomemos a necessidade que tem as funções corporais da criança de serem infiltradas pelo investimento afetivo provindo do ambiente (mãe), como impulsão à realização dessas funções, conforme nos diz Kreisler (1981). Segundo esse autor, tal idéia corresponde ao "escoramento" de Freud, ou função de sustentação da energia libidinal, cujo protótipo é a oralidade. Assim, como compensação às condições de privação afetiva, a criança, por exemplo, empenha-se em processos auto-eróticos vigorosos, como a atividade mericista (ou de regurgitação) que redunda em disfunção da absorção alimentar. Isto quer dizer que, para o adequado (ou fisiológico) funcionamento corporal, torna-se necessário um adequado investimento afetivo. Falhas nessa interação propiciarão uma inibição ou exacerbação das funções corporais. Voltar-se para o seu próprio corpo constitui-se numa forma de lidar com o ambiente não empático. Isto tanto pode ocorrer pela falta de estímulos ambientais, como por seu excesso ou irregularidade. A atividade somática parece expressar essa discrepância, funcionando como auto-satisfação ou defesa. E isto se faz porque a via psíquica, em face da etapa de desenvolvimento, ainda não permite tal expressão. A angústia proveniente da discrepância da interação mãe-criança não pode ainda ser representada (e expressada) simbòlicamente, necessitando pois da via somática para fazê-lo. A unidade psique-soma parece romper-se, disso-

ciar-se, e o "soma" busca, então, se satisfazer e se defender "sòzinho" contra os "perigos" irrepresentáveis para a mente. A sensação é de aniquilamento, de desintegração, de caos. Quanto mais intensamente for vivido o "perigo", mais catastrófica for sentida a situação, mais a reação corporal tenderá a ser intensa e generalizada, à molde da reação do tipo "luta ou fuga" (ou estado de estresse). Nas situações menos intensas a manifestação corporal será localizada, sendo a localização fruto de predisposição ou vulnerabilidade constitucional; circunstâncias ocasionais (como contrair uma infecção intestinal, por exemplo), ou investimento específico resultante da interação (como, por exemplo, a valorização dada pela mãe à função intestinal). Esse órgão é chamado por Júlio de Mello Filho(1979) "órgão de choque" e a forma de expressão somática ante o conflito de "linguagem dos órgãos" (pois utilizada primariamente em época em que não havia linguagem (ação) motora ou verbal). Diríamos então que, face à falta de atendimento adequado às suas necessidades básicas (capaz de redundar em sensação de aniquilamento, desintegração ou caos), a criança aprende, como método de enfrentamento, a utilizar a via somática. Ela funciona como um meio de a criança sentir-se protegida do ambiente, ao mesmo tempo em que parece ser a forma de obter o cuidado e atenção daquela de quem emerge a proteção. O "circuito" parece ser fechado na medida em que, através das disfunções corporais, a mãe volta mais a sua atenção para a criança, reforçando a sua repetição. As crises hipertensivas, nessa perspectiva, podem se constituir, no adulto, em similares de reações ca

tastróficas da criança, e a doença hipertensiva, em disfunção corporal similar à utilizada pela criança como meio para obter cuidado e atenção face a um ambiente não-empático.

A "escolha" da HA tanto pode ser inespecífica (enquanto forma de reação do tipo luta ou fuga), como específica (em função de predisposição constitucional). Em outros termos, a resposta hipertensiva pode fazer parte do quadro de manifestações que habitualmente compõem o conjunto de reações do organismo (estado de estresse) ante um agente estressor. De fato parece ser assim que a criança reage àquelas situações de intensa discrepância na sua interação com a mãe. Se, através do desenvolvimento, a criança não desenvolve outras formas de defesa, ou se, posteriormente, ocorrem falhas dessas defesas, o adulto tenderá a voltar a reagir diante de novas situações não-empáticas, como o fazia primàriamente, ou seja, através de reação somática difusa, do tipo luta ou fuga, onde se inclui a resposta hipertensiva. A permanência dessas situações gerará frequentes respostas hipertensivas obrigando o organismo a "adaptar-se" a tais circunstâncias (através de alterações nas baroceptores e nas arteríolas) tornando o indivíduo hipertenso. Isto poderia gràficamente ser representado deste modo:

NORMOTENSO



HIPERTENSO

A oportunidade de ser cuidado, face à doença, reforçará a "eficiência" do método como forma de proteção ante àquele ambiente não-empático. Naturalmente, se houver alteração constitucional do sistema de regulação fisiológica, mais fàcilmente se instalará a resposta hipertensiva ante situações avaliadas como ameaçadoras.

Tais aspectos justificariam a existência de subgrupos de hipertensos, alguns com história familiar prévia de hipertensão e outros sem essa história. Justificaria também a ocorrência de padrões comportamentais ou tipos de personalidade diversas, dado que, o que estaria em jogo, seria a resultante da interação mãe-criança e não a especificidade das situações vividas ou algumas formas peculiares de reagir. Melhor dizendo, a resposta hipertensiva dependeria:

[1] da intensidade com que foi vivida pela criança a discrepância de sua interação ambiental;

[2] do privilegiamento pela mãe das respostas somáticas como um todo, em termos de suprir as necessidades da criança;

[3] da falta de desenvolvimento de outras formas de defesa capazes de substituir ou amenizar a resposta somática;

[4] das falhas posteriores dessas outras formas de defesa, quando desenvolvidas;

[5] da natureza e intensidade das situações atuais capazes de ativarem o sistema de avaliação do indivíduo a sen

tí-las como idênticas às situações primitivamente vividas como ameaçantes a nível da sensação de aniquilamento ou caos.

Acrescentaríamos, lançando mão dos argumentos e reflexões de Herrmann, que uma situação deve ser vivida como ameaçante a nível da integridade pessoal, quando ela é sentida como abrupta, intensa e sem quaisquer recursos disponíveis no momento para enfrentá-la. É claro que a criança pequena tende a avaliar mais situações dessa forma, na medida em que não encontra recursos ao seu alcance para enfrentá-las (porque não anda, não fala, não elabora psìquicamente). Tais situações são então sentidas como "insolúveis" e parecem se assemelhar a um ataque súbito por tropas inimigas. Ora, se ela se "habituou" a avaliar suas situações de vida desse modo, na medida em que assim transcorreram suas primeiras experiências, ela tenderá a reagir de modo idêntico quando, em circunstâncias posteriores, sentir-se diante de algo "insolúvel". Somente a possibilidade de outras alternativas de enfrentamento a farão abrir mão daquele modo primitivo de reagir.

A compreensão que buscamos até ao momento para explicar a resposta hipertensiva fundamenta-se nos estudos de Mahler a respeito das fases mais precoces do desenvolvimento infantil (fases autista e simbiótica). Diríamos que essas fases constituem a base ou o suporte do que, em seguida, constituir-se-á no sistema de avaliação e enfrentamento do indivíduo (ou na sua estrutura egoíca e superegóica). Duas outras etapas parecem complementar o núcleo dessa estrutura: a fase de separa

ção-individuação e a fase de constância libidinal de objeto (ou fase edipiana). Na primeira, que acabamos de abordar, a criança comporta-se como se só ela existisse (diríamos que há uma relação de 1:1). Na 2ª fase ocorre uma transição para uma relação 2:1, onde a mãe é "descoberta" como objeto diferente de si mesma (a criança). Se a angústia inicial na 1ª fase era a de aniquilamento ou desintegração (relação 1:1), a angústia básica na 2ª fase passa a ser a de separação (relação 2:1). Como veremos, a angústia maior da 3ª fase (ou fase edipiana) será a da interdição (relação 3:1 em que o 3º interdita a relação dos outros 2). O sistema de avaliação e enfrentamento funcionará, portanto, de modo próprio a cada uma dessas fases, embora interagindo e se superpondo (na verdade, nenhuma das fases se esgota ao se iniciar a fase seguinte. A divisão é meramente didática).

Como já vimos, a somatização parece ser decorrente, não só de um, mas de vários mecanismos. O primeiro e mais básico parece ser o que ventilamos até então. Mas certamente outros, inerentes às fases seguintes, podem oferecer como resultado uma somatização. E, dentre elas, a HA. Analisemos então a 2ª fase.

A criança viverá agora o processo de separação-individuação. Ela se dará conta dos seus limites e dos limites daquela que dela cuida. E buscará, num certo sentido, isso. Porque inatamente ela tende à diferenciação e à autonomia. Ela buscará a independência. Mas não o fará tranquilamente. Porque o "modelo" que vivenciara até então era o da dependência.

Ela, portanto "resistirá" à independência. Será esse, certamente, o primeiro momento em que se sentirá ambivalente. E esse momento ocorrerá após um período em que já iniciou o processo de separação. Referimo-nos à fase de treinamento em que a criança já se locomove livremente, já se comunica (embora precàriamente) com seu ambiente. Nesse período seu comportamento preserva ainda a onipotência face ao ambiente. Como nos diz Mahler : "observamos uma impermeabilidade grande em relação a batidas e quedas e outras frustrações". E mais adiante: "A criança concentra-se no exercício e domínio de suas próprias habilidades e capacidades autônomas (independente do outro ou da mãe). Essas habilidades representam um grande estímulo para ela, que se deleita contìnuamente com as descobertas feitas no seu mundo em expansão, tornando-se semi-enamorada do mundo e de sua própria grandeza e onipotência". (1977, pág. 94)

Diríamos que a criança "resiste" à idéia de reconhecer a impossibilidade de se tornar plenamente independente. Ora, nessa fase, seu método preferido de enfrentamento será a negação desses limites através de um comportamento ativamente onipotente. Perguntamo-nos se não estaria aí uma das raízes do comportamento tipo A descrito por Friedmann e Rosenmann, e, também, uma das razões por que os hipertensos tão frequentemente tendem a "negar" a sua doença ?!

Ao se deparar, na fase de reconciliação, com suas limitações, a criança tenta se apegar à mãe, "reconciliar-se" com ela, como diz Mahler. Sua angústia principal é a de separar-se do seu objeto de amor. Daquela que a protege e susten

ta. A criança sente medo. Medo dessa separação. Mas sente também raiva. Raiva daquela que lhe "impede" de ir adiante (ou daquela que não "continua" lhe dando a proteção onipotente que dispunha até então). Novamente mudam os métodos de enfrentamento. Agora a criança tentará identificar-se com a mãe como meio de manter-se ligada a ela. Isto reforçará na criança a necessidade de incorporar como seus, comportamentos privilegiados ou exibidos pela mãe. E aqui lembramos que um desses comportamentos pode ser o somático. A mãe também se comporta somàticamente. Não sabemos como isso ocorreria em termos de HA, mas certamente podemos prever que contribuirá para reforçar os comportamentos somáticos de um modo geral.

Outra forma de enfrentamento será o de "atuar coercivamente" em relação à mãe no sentido de forçá-la a manter-se dentro da "unidade dual". Òbviamente uma das formas será através das somatizações (quando esse comportamento é privilegiado pela mãe) pois manteria a sua atenção e seus cuidados redobrados. Aqui a criança expressaria a necessidade de ser cuídada, não no sentido de receber afeto, mas no sentido de manter uma relação simbiótica. Romper tal forma de relacionamento significará romper a "proteção" dada pela simbiose. Como forma oposta a esta, a criança poderá reagir com agressividade e negativismo, como que "negando" a dependência da mãe, ao mesmo tempo que a expressaria. Por extensão, a criança tenderia a negar, a reagir agressivamente ante os cuidados da mãe. Isto seria outra forma de explicar a atitude frequentemente negativista dos hipertensos em relação ao tratamento.

Ainda como recurso de enfrentamento, dentro da fase de reconciliação, a criança poderá optar por "fenômenos transicionais" que tenham como resultado "substituir" a mãe. Valendo-nos dos exemplos dados por Mahler, procuramos fazer analogias com determinados comportamentos ligados à HA, embora reconheçamos sua possível fragilidade conceitual.

"Observamos ainda a utilização de outros mecanismos para enfrentar a separação durante a crise de reaproximação. Uma garotinha que havia entrado nesta parte da fase de reaproximação mais tarde que as outras crianças - provavelmente porque sua mãe conseguia satisfazer suas necessidades e se manter "onipotente" por um período excessivamente longo, em vez de lhe dar o empurrãozinho que o pássaro filhote necessita - transferia seu desejo de possuir a mãe com exclusividade para a cadeira da mãe.

Quando a mãe saía da sala, rapidamente sentava-se na sua cadeira. Caso se levantasse da cadeira, não permitia que ninguém mais sentasse nela. A palavra "meu" tornou-se importante nesta época; ela não compartilhava sua mãe com ninguém, só tolerava sua ausência se conseguia manter a posse exclusiva de sua cadeira.

A cadeira se tornava para ela uma espécie de objeto-orgânico, utilizado como uma ponte até a mãe no sentido de Kestenberg (1971).

Outras crianças mostravam uma variedade de fenômenos transicionais menos claramente relacionados a suas mães. Po

diam, por exemplo, consumir grandes quantidades de roscas e biscoitos, ou então insistir em carregar a mamadeira consigo. Algumas crianças não suportavam ficar na sala de recreação sem suas mães, mas vagueavam para dentro do compartimento onde mães e crianças penduravam seus casacos quando chegavam ao Centro. Habituamo-nos a encarar a sala para casacos como uma "sala de transição" porque se localizava entre a sala para crianças pequenas - o mundo mãe-bebê - e a sala para toddlers - o mundo da autonomia "toddleriana". Além do mais, havia neste vestiário uma janela que ia do chão ao teto aberta para o mundo externo; além disto, como o lugar onde os casacos eram pendurados, era o lugar de transição entre a Casa e o Centro.

A leitura de livros de história tornou-se outra atividade transicional de particular importância: muitos toddlers gostavam que lessem para eles quando a mãe estava fora da sala. Os livrinhos de história pareciam possuir uma natureza transicional pelo fato de satisfzer a necessidade de se distanciar e explorar um mundo maior (através da simbolização e da fantasia); por outro lado, a situação proporcionava proximidade, e a chance de chegar perto da pessoa que estava lendo.

Durante este período, os toddlers, ao mesmo tempo que precisavam saber onde estava a mãe e em geral não gostavam de ser passivamente deixados para trás (reagindo ao abandono da mãe), tornavam-se cada vez mais capazes de deixar a mãe ativamente e por si próprios. A própria sala para toddlers se investiu de uma maior importância: pareceu tornar-se para muitos

deles um refúgio onde se abrigavam da relação conflituosa com a mãe. As crianças tendiam a ficar satisfeitas por lá: deixavam-se absorver por jogos com brinquedos e materiais, e com os outros. Começavam a formar um relacionamento com a professora de recreação, que era "idealmente disponível" para todos. Não se tratava de um relacionamento com uma mãe substituta, mas sim com um novo adulto, que podia ser de grande ajuda na promoção do interesse infantil pelo mundo externo. Além disso, este novo adulto oferecia satisfações alternativas, canalizando, desta forma, o descontentamento e promovendo sublimações incipientes". (Mahler, 1977; pg. 127 e 128)

Assim, poderíamos falar em "ter a compleição da mãe" (obesidade); "comer o que come a mãe" (sal); "ter um novo adulto" (o médico); "frequentar a sala dos casacos" (o consultório); "ter o que a mãe tem" (a HA).

Finalmente, para lidar com a ambivalência, a criança faz clivagens. Busca separar a "mãe boa" da "mãe má". Uma das formas de lidar com a "mãe má" será introjetá-la. Identificada com o objeto interno mau, também dissociado, seu corpo poderá assumir a representação desse objeto e passar então a ser "atacado". A destrutividade da criança, não podendo ser descarregada na mãe, é então descarregada em sua representação internalizada e identificada com o próprio objeto mau da criança. Sobrevém a somatização. Cada vez que houver "motivos" para atacar o objeto mau, isso será feito através do próprio corpo. Explosões de raiva se tornarão implosões de raiva (as crises hipertensivas). Acreditamos ser esta uma forma de enfrentamento

comumente utilizada por nós ante a ambivalência de sentimentos.

Transposta a difícil fase de reconciliação, em que o processo de separação-individuação se completa, a criança ingressa na fase de constância de objeto, rumo à consolidação de sua autonomia, como pessoa inserida num mundo com outras pessoas. Essa fase é marcada pelo reconhecimento da existência de outros que não a mãe, e representada pela figura do pai que "interdita" essa relação primária, lançando sobre ela "normas" ou "leis". O superego representa a internalização dessa interdição. Ou seja, a maneira de lidar ou enfrentar tal interdição será através da constituição do superego. A esta altura a figura da mãe é bem definida e separada da criança que já adquiriu um sentimento de si-próprio (self). A mãe é então vivida como objeto de desejo. Desejo, todavia, interditado pelo pai. A criança precisa, então, renunciar a seus impulsos libidinais. Precisa reprimí-los. Por outro lado, a figura do pai, também amada, é odiada na medida em que representa tal interdição. Impulsos agressivos contra essa figura precisam ser reprimidos também. Novamente a criança lança mão do processo de identificação, internalizando a figura do pai e, com ela, sua agressividade. Essa agressividade volta-se então para a própria criança, cristalizada numa instância poderosa, exigente, idealizadora e acusadora que passa, de dentro, a estabelecer normas de conduta. Instala-se o sentimento de culpa que exige atitudes reparadoras ante qualquer intenção de dano ou transgressão com relação aos seus objetos amados (e o

diados).

Acreditamos ser esta, outra importante porta de entrada para a somatização em geral e a resposta hipertensiva em particular. Pois é com a instalação do superego que toma vulto a necessidade de se reprimirem os impulsos indesejáveis, sejam sexuais ou agressivos. E é com sua instalação que se consolida o processo de socialização através do qual a criança vai tornar seus (pela educação, religião, moralidade) os modos de agir sancionados (ou reprimidos) pela sociedade em que convive. As próprias expressões corporais assumem as formas que a sociedade privilegia. Ser doente pode significar ser aceito, merecer o cuidado e a benevolência dos que estão à sua volta. Pode significar o modo de poder expressar sentimentos sem que a sociedade o reprima ou condene. A doença pode ser uma forma "convertida" de falar dos seus desejos conflitantes. A doença pode ser também a maneira de o superego descarregar sua agressividade, ou melhor, suas sanções os castigos àquele que intenciona transgredir suas normas. A doença constitui-se então em processo auto-punitivo através do qual o indivíduo exprime seus desejos reprimidos, mas, ao mesmo tempo, castiga-se por isso.

Nesta perspectiva, inúmeros trabalhos fazem menção a situações de perda antecedendo à eclosão de doenças (Parkes ; Schmale e Parens, citados por Mello Filho, 1979). A perda emocionalmente significativa gera frustração com sentimentos de desânimo e desesperança e intensificação de impulsos agressivos. Há necessidade de uma elaboração (luto). Durante o lu

to, o indivíduo introjeta o objeto perdido com a finalidade de manter com ele estreito contato e, assim, reconhecer e aceitar sua perda. Isto é expressado pela depressão. Sentimentos hostis em relação a essa pessoa emergem sob a forma de culpa que deverá servir de estímulo para atitudes reparadoras em relação ao objeto perdido. Se, todavia, nos sentirmos em débito ou culpa excessiva com esse objeto, o luto tenderá a ser expresso patologicamente através de melancolia. E a somatização poderá emergir seja por uma identificação patológica com o objeto perdido (ficar doente ou "morto" como esse objeto), ou através de fortes sentimentos inconscientes de culpa não-resolvida, ocasionando punição através da doença (como forma de reparação). A HA pode estar a serviço da auto-punição. Tal mecanismo estaria ligado ao masoquismo e se constituíria num "benefício" da doença. O masoquismo poderia ainda expressar ou constituir-se numa forma de fracasso existencial impedindo o indivíduo de ter sucesso (que inconscientemente significaria competir e superar o pai rival). Nestes casos parece haver importante contribuição do superego cuja base, segundo M. Klein (1981), está no objeto idealizado e perseguidor, oriundo do "split" consequente aos sentimentos ambivalentes da criança. Quando não há oportunidade de reparação, a criança desenvolve um superego exigente e acusador ao extremo, impiedoso e retaliativo que faz com que o indivíduo se exija ao máximo, ao mesmo tempo em que precisa sofrer". A perda vivida tanto pode ser real como simbólica, referir-se a pessoas como a situações (como emprego, prestígio, poder) e tanto se refere a perdas atuais como passadas. Núcleos depressivos são, portanto, núcleos de

perdas vivenciadas pelo indivíduo no decorrer de sua vida e parecem justificar as pequenas somatizações (depressões) do nosso dia a dia.

Outra forma de somatização ligada à repressão dos impulsos sexuais e agressivos é aquela decorrente da conversão. Esta significa a energia deslocada de sua representação original (recalcada) e transformada em energia somática assumindo uma configuração simbólica na medida em que exprime, pelo corpo, a representação recalcada (Freud, 1974). Não só as vias motoras e sensitivas podem servir às expressões conversivas mas também as vias, neuro-vegetativas (Fenichel, 1981). Segundo este autor, a conversão através das funções vegetativas seria uma forma arcaica de expressão: o ego arcaico controla mais funções corporais que o ego adulto; isto seria filogenético e estaria de acordo com a teoria evolucionista em que os animais tem a capacidade de se adaptarem autoplàsticamente. A fantasia reprimida encontraria expressão plástica (ação) numa função psíquica de acordo com o pensamento mágico, arcaico que substitui a ação e se opõe ao pensamento lógico, verbalizado, que prepara para a ação. Neste sentido, poderíamos admitir ser a HA, algumas vezes, a expressão convertida de impulsos agressivos reprimidos ou a expressão simbólica de sentimentos de insolubilidade ou inadaptação ante determinadas situações.

A somatização pode ainda ser encarada como expressão do conflito entre o processo de socialização primária e aquele decorrente da socialização secundária. O processo de socialização primária fornece ao indivíduo seu "mapa" de conduta que deve, de

modo significativo e inconsciente, dirigí-lo em seus comportamentos, expectativas e valores e que estará sendo, a cada instante, confrontado com a complexa rede de atitudes e crenças constituíntes da sociedade atual em que se insere, gerando conflito. O corpo, através da somatização, estará expressando a resultante desse conflito.

Na verdade, a "natureza" do homem é cultural na medida em que faz parte de seus atributos o pensar, refletir, tomar consciência, criar, produzir, falar, comunicar, inventar, historiar, prever, teorizar, estruturar. E é com tais atributos que ele , diante do caos e da angústia que o mesmo lhe desperta, busca a ordem e o significado. A coerência e o sentido. Paradoxalmente (ou dialèticamente) suas respostas variam. Mas inexoràvelmente, inevitàvelmente são tecidas, estruradas, internalizadas e defendidas. E são sempre o resultado de uma tecitura que se faz a duas mãos, a várias mãos, a muitas mãos pois que é fundamental a presença do outro (ou dos outros) para legitimá-la. O grupo se organiza em torno dessas respostas (ou dessas normas). A divergência vai sendo vivida como fonte de ameaça que faz lembrar a possibilidade de retorno ao caos, mas que se vai constituindo, ao mesmo tempo, na maneira de afirmar a veracidade das respostas que o grupo formulou. A cada resposta dada corresponde um significado a que todos devem aderir. A sociedade constitui-se no conjunto desses significados. O comportamento dos homens e as relações sociais por eles vividas traduzem essa aderência.

Dentro deste entendimento, o fator dinâmico gerador da doença não seriam tanto as circunstâncias atuais da sociedade em que vive o indivíduo, mas seu choque com os valores e normas que constituíram seu processo de socialização primária. Seria também o decorrente da inibição social às expressões verbais ou comportamentais julgadas inadequadas, forçando o indivíduo ao uso das expressões corporais ou de "atuações" anti sociais.

Segundo Groen (1971-75), desde seu precoce desenvolvimento o homem tem que se adaptar a um ambiente sócio-cultural. Ele vai, a partir de suas potencialidades, sendo estimulado ou desestimulado a agir de uma determinada maneira por influência do ambiente. Tal processo de condionamento ou aprendizagem depende da significação emocional que as gratificações ou frustrações tiveram para o indivíduo, imprimindo-lhe "marcas" que continuarão a influenciá-lo no decorrer de sua vida. Isto explica porque certos comportamentos "infantis" são mantidos no adulto, porque foram "aprendidos" como gratificantes numa determinada época. Em outros termos, os padrões culturais vão sendo identificados e internalizados pelo indivíduo, incorporados à sua personalidade e passam a nortear, de alguma forma, o seu comportamento.

As primeiras experiências de vida são cruciais na formação da personalidade, sendo a mesma resultante de predisposições constitucionais a que se associam as normas e valores culturais, impressos de modo significativo através das vivências emocionais decorrentes do relacionamento da criança com as

pessoas que dela cuidam.

Esse processo constituirá a matriz, o modelo de existir da pessoa, que será então confrontado e re-atualizado a cada momento da vida dessa pessoa, em permanente conflito consigo mesmo e com seu ambiente físico e sócio-cultural.

A saúde ou a doença expressarão o momento dessa dialética entre estabilidade e mudança, entre indivíduo e comunidade, entre passado, presente e futuro. Quanto mais a mudança ameaçar a estabilidade do indivíduo, quanto mais a sua personalidade contrastar com as solicitações atuais da comunidade, quanto mais o presente desse indivíduo chocar-se com o seu passado e com as possibilidades de futuro, mais probabilidade haverá de emergir a doença. Doença que será a expressão desses conflitos, e que certamente será também da forma através da qual a sociedade a codifique como maneira de expressão dos conflitos. Ou seja, o indivíduo doente reflete a intensidade e a peculiaridade de comunicar os seus conflitos e lança mão de maneiras que a sociedade "codificou" como adequadas para fazê-lo.

Groen sustenta a hipótese de que o aumento na incidência de distúrbios psicossomáticos observado nas culturas ocidentais deve-se à maior repressão no que tange à expressão de sentimentos. Ao contrário, naquelas culturas em que tais expressões não são reprimidas, haveria predominância de comportamentos agressivos ou delinquentes.

Concluíndo, a HA deve ser vista dentro de uma concepção integral com seu componente biológico (de predisposição), seu núcleo energizante a partir das primeiras experiências de vida do indivíduo (e que constituem o seu processo de socialização primária), a que se soma o ambiente atual, seu meio cultural com o qual ele interage (e se conflita) e a partir do qual recebe influências. Desde os primeiros momentos de sua existência, em que dependia de modo quase absoluto das pessoas que cuidavam dele e não tinha outras formas de expressão que não a somática, passando pelas fases de desenvolvimento em que ia gradativamente se tornando separado (ou independente) dessas pessoas, mas, ao mesmo tempo, identificando-se com elas (e com seus comportamentos somáticos), até atingir a compreensão da existência de um mundo exterior a ela (internalizando suas normas e formas de expressão), o indivíduo aprende a falar de sua relação com o ambiente através do próprio corpo. A doença mostra-se uma alternativa para a expressão de sentimentos socialmente inibidos, de faltas básicas havidas na interação da criança com seus pais e de conflitos reprimidos.

Tudo isto se fará a partir do núcleo representado pelas predisposições constitucionais do indivíduo associadas às suas primeiras experiências, reatualizadas a cada momento de sua interação com o ambiente. As situações atuais agirão como gatilhos que dispararão a forma peculiar de o indivíduo avaliar e enfrentar as situações, registrada em suas instâncias egóica e superegóica (e por elas constituída).

Nos próximos capítulos estudaremos os fatores ambientais que compõem a miríade de influências geradoras da HA, detendo-nos nos fatores estressantes externos e nos suportes sociais que os moderam.

O COMPONENTE AMBIENTAL:

FATORES PSICOSSOCIAIS EXTERNOS

São muitas as pesquisas em homens e animais que tem demonstrado a elevação da PA diante de variados estímulos ambientais estressantes, como podemos constatar nas excelentes revisões a respeito efetuadas por Shapiro e Goldstein (1982) e Mann (1984).

Alguns desses estímulos tem sido enfatizados por sua importância social. A urbanização "sensu latu" é um deles. E la tem sido avocada como fator de ruptura dos laços de coesão grupal existentes nas comunidades primitivas e rurais, gerando aglomeração, pobreza, crime e desemprego. A exposição continuada a esse ambiente urbano seria fator precipitante da HA com o decorrer da idade (Groen, 1975; Lovell, 1982). De fato, levantamentos epidemiológicos como o de Shaper, citado por Mann (1984), em populações da África do Sul, Nova Guiné e Brasil mostram a experiência de comunidades em que a PA se mantém baixa apesar da idade.

A HA não é registrada em habitantes de ilhas isoladas do Pacífico (Maddock, citado por Shapiro e Goldstein, 1982) e em algumas tribos de índios no Brasil (Oliver e Lowenstein, citados por Carvalho, 1983). Estas investigações sugerem que a elevação da PA com a idade, observada em muitas sociedades, é consequência da civilização e aculturação. Quando pessoas vivendo em regiões relativamente isoladas migram para centros

urbanos, há elevação da PA (Cruz Coke, citado por Mann, 1984). Scotch, citado por Shapiro e Goldstein (1982), registrou elevação da PA entre Zulus urbanos, quando comparados aos rurais. Comparando os níveis de PA de pretos vivendo na Nigéria e nos Estados Unidos, constatou-se que, embora na primeira década da vida esses níveis fossem mais elevados na Nigéria (provavelmentre devido ao fator racial), eles eram ultrapassados, com o decorrer da idade, pelos pretos vivendo nos Estados Unidos (Akinkingbe e Akinkingbe, citados por Mann, 1984). Harburg, também citado por Mann, registrou níveis de PA mais elevados em pretos vivendo em áreas de alto estresse urbano em Detroit (definidas como de baixo "status" sócio-econômico; alta densidade populacional; altas taxas de morbidade e de desajustes familiares) quando comparados àqueles vivendo em áreas de mais baixo estresse.

Lògicamente podemos arguir sobre que fatores específicos dentro desse contexto de urbanização seriam realmente hipertensivos. E, dentre esses, podemos aventar: aumento da densidade populacional (aglomeração), gerando confinamento e promiscuidade; aumento de ruído; redução da quantidade de exercícios físicos (veículos, elevadores, escadas rolantes) e ruptura dos laços grupais com elevada velocidade nas mudanças de hábitos e normas sociais. Indiretamente, podemos relacionar as mudanças de hábitos alimentares (como mais ingestão de sal, calorias e alcool).

A correlação da HA com sedentarismo, obesidade, sal

e alcool tem sido exaustivamente estabelecida (Carvalho, 1984; Cruz-Coke, 1981; Davidman e Opshal, 1984; Denton et alii,1984; Nakamoto et alii, 1984; Shapiro e Goldstein, 1982; Taylor et alii, 1983).

Com relação à aglomeração, Henry, Meehan e Stephens,citados por Herrmann (1976) fizeram interessantes observações com ratos desde o nascimento em caixas com superpopulação. Com o tempo, surgia uma sociedade estável com ratos dominantes e seus rivais e ratos inferiores. Os primeiros apresentavam os níveis tensionais mais elevados, e a média dos níveis tensionais da caixa era ligeiramente maior que a de outros grupos criados em caixas sem superpopulação. Ratos criados isoladamente desde o nascimento exibiam os níveis tensionais mais baixos. Todavia, quando colocados, após algum tempo de vida, dentro dessas caixas superpopulosas, apresentavam elevação da PA que não desaparecia, mesmo depois de retirados da caixa. D'Atri et alii (1981) estudaram prisioneiros tirados de celas individuais e colocados em dormitórios múltiplos. Havia elevação da PA. Se esses prisioneiros eram re-transferidos após curto espaço de tempo, sua PA baixava. Também se permaneciam por muito tempo, nos dormitórios, a PA tendia a baixar por provável adaptação ao ambiente.

Indivíduos submetidos a constantes exposições aos ruídos tem sua PA elevada como verificado por Parvizpoor em 1976 e Andrén em 1980 (citados por Shapiro e Goldstein , 1982).

Henry e Cassell, citados por Herrmann (1976) mostra

ram, através de estudos epidemiológicos que, em sociedades estáveis (de firmes tradições) há menores índices de HA do que em sociedades instáveis (submetidas a um maior número de mudanças nos hábitos de vida e nas normas sociais). Groen (1975) faz uma excelente análise das sociedades modernas ocidentais mostrando, em função das rápidas mudanças sociais ocorridas e quebra dos valores tradicionais, a ruptura dos laços grupais, o aumento da competição e do individualismo e, em consequência, a elevação das taxas de doenças psicosomáticas. Groen analisa também a influência da migração que ocasiona rompimento dos laços de origem e choques com os valores da nova sociedade onde se insere o migrante.

Além desses aspectos, direta ou indiretamente ligados à urbanização, verificamos que, dentro de um sociedade urbanizada, existem variações do nível de PA em determinados grupos. Que fatores estariam presentes ? Os mais sugeridos tem sido: nível de renda; desemprego; nível de educação; tipo de ocupação; condições precárias de habitação e desestrutura familiar (Jenkins et alii, 1979). Caldwell et alii (1983), pesquisando um grupo de hipertensos cuja PA não era controlada, traçaram um perfil típico desses indivíduos: não aderentes ao tratamento ; não casados; desempregados; de baixa renda; obesos; com saúde em geral precária e com grande quantidade de eventos de vida.

Sear et alii (1982) encontraram relação inversa entre renda e PA nos brancos (e não nos negros) e relação inversa en

tre educação e PA em brancos e negros. A hipótese aventada por Sear para a falta de correlação entre renda e PA nos pretos é que estes, quando chegam a obter salários maiores, o fazem através de maior estresse que os brancos, aumentando, desse modo os níveis de sua PA.

Hafner et alii (1983) encontraram maior incidência de desajustes familiares entre hipertensos, quando comparados a um grupo controle.

Trabalhadores com algumas experiências de desemprego exibem maiores elevações de PA (Kasl e Cobb, 1980). Para Jenkins, Somervell e Hames (1983) a situação de um novo emprego (falta de habituação) elevaria a PA. Eles encontraram redução dos níveis de PA em funcionários de uma empresa conforme o seu tempo na mesma. Carvalho (1984) encontrou níveis mais elevados de PA em situações submetidas a maior repressão social (soldados e prisioneiros). Ribeiro et alii (1981) encontraram correlação entre número de horas de trabalho e HA. Encontraram também maiores níveis de PA em trabalhadores das áreas de metalurgia, finanças, transportes e jornalismo. Cobb e Rose, citados por Mann (1984), acharam incidência maior de HA entre os controladores de tráfego aéreo, quando comparados a outros trabalhadores do ramo.

Podemos ainda supor que a urbanização aumente o número de interações sociais e de situações que exijam maior competitividade. Experimentalmente, a PA se eleva diante dessas situações (Baer et alii, 1983; Light, 1981; Linden e Feuerstein,

1981; Lynch et alii, 1982; Melville e Ross, 1981, Myers e Miles, 1981; Shapiro e Goldstein, 1982; Steptoe, 1984).

Situações de desastre natural ou condições inóspitas do ambiente físico provocam elevação da PA. Shapiro e Goldstein, em sua revisão de 1982, citam autores que fazem menção a situações desse tipo, como Ruskin, registrando elevação da PA na população do Texas após uma explosão, e que se manteve durante cerca de 10 a 14 dias, e Graham, registrando tal elevação em soldados submetidos às condições do deserto. Similar elevação da PA constatou-se durante um prolongado cerco em Leningrado, conforme mencionado por Mianiskov.

Por fim, os hipertensos parecem mostrar uma quantidade maior de eventos estressantes no decorrer de suas vidas (Lal, Ahuja e Madhukar, 1982; Svensson e Theorell, 1983).

O que parece claro é que qualquer tipo de estresse experimental ou ambiental provoca elevação da PA. Nos hipertensos essa elevação é mais intensa e mais prolongada (Cruz-Coke, 1981; Harrell, 1980; Light, 1980; Pirrelli, Misceo e Pieri, 1981; Selye, 1971; Sudakov, Ganten e Nicolov, 1982; Taylor et alii, 1983). Mesmo em indivíduos ainda normotensos, mas com história parental de HA, quando submetidos a situações estressantes, geralmente exibem respostas cardiovasculares exageradas (Light, 1980).

O contexto da urbanização favorece o aumento da quantidade de situações estressantes, além de promover ruptura dos

suportes sociais que funcionam como moderadores ou atenuadores dos efeitos estressantes. A urbanização atua também provocando mudanças de hábitos físicos e sociais que contribuem para a elevação da PA. Tudo isto, por sua vez, dependerá da predisposição genética do indivíduo a reagir hipertensivamente, e do seu sistema de avaliar e enfrentar as situações estressantes, que é pessoal e inerente à sua história de vida.

SUPORTES SOCIAIS

Inúmeras pesquisas sobre suporte social revelam que o ambiente favorável aumenta a resistência à doença (Cobb, 1976; Dressler, 1983; Groen, 1975; Jalowiec e Powers, 1981; Sleight, 1982; Strayhorn, 1980; Wolf, 1971).

As pessoas mostram grande necessidade de buscar esperança e conforto em outras pessoas (Jalowiec e Powers). A formação de grupos parece favorecer a adaptação e sobrevivência da espécie. A teoria geral dos sistemas de Bertalanffy, a homeostase de Cannon e a síndrome geral de adaptação de Selye corroboram a idéia de interligações harmônicas, coesas e suportivas entre indivíduos para a constituição de unidades maiores (os grupos) e sua sobrevivência.

Cassel (citado por McQueen e Celentano, 1982), revendo uma série de estudos no homem e em animais, afirma que há dois mecanismos que medeiam o estresse: a capacidade do organismo se ajustar fisiológica e psicologicamente ao ambiente, e a possibilidade de obter suporte no grupo. Desse modo, o estresse, ou melhor, seus efeitos estariam intimamente ligados à maior ou menor presença de suportes sociais.

Vários autores, citados por McQueen e Celentano, tem abordado a questão do suporte social em todos os grupos de idades (Caplan); em diferentes "settings" (Bolt, Lowenthal); durante eventos de vida (Cobb, Hamburg); com numerosas doenças (Caplan, James). Evidência para o efeito do suporte social tem

sido extraída de estudos sobre famílias (Caplan, Litman, Litwark); interações sociais (Berkman, Finalayson); relações de vizinhança (Collis, Patterson) e grupos de auto-ajuda (Gussow,Killilea), todos citados pelos mesmos autores.

Apesar do elevado número de trabalhos voltados para a compreensão e os efeitos dos suportes sociais, seu conceito não é uniformemente estabelecido. Para Cobb (1976) suporte social é visto como informação que permita ao indivíduo sentir-se cuidado e amado, estimado e valorizado e pertencente a uma rede de mútua comunicação e responsabilidade. Cobb enfatiza que os serviços e cuidados materiais não constituem suporte social. A distinção é importante na medida em que prestação de serviços materiais estimula a dependência, porquanto a existência de suportes sociais estimula a independência. O suporte social promove apoio emocional, estímulo à auto-estima, veiculação franca, aberta e precisa de informação entre todos os membros do grupo, o que permite a cada indivíduo definir seu espaço e suas atribuições.

Outros autores citados por McQueen e Celentano (1982) conceituaram suportes sociais. Segundo Caplan, os suportes sociais são vistos como ligações entre indivíduos e grupos que permitem ao indivíduo mobilizar seus recursos psicológicos e dirigir suas cargas emocionais, enfrentar tarefas, obter orientação material e cognitiva, bem como "feedback" acerca do seu comportamento, validando identidade e competência e servindo como refúgio ou santuário. Para Walker, o suporte social é o conjunto de contatos pessoais através dos quais o indivíduo man

têm sua identidade social e recebe suporte emocional, ajuda material e serviços, informação e novos contatos sociais. O suporte social, para Weiss, propicia intimidade, integração social, oportunidade para comportamentos educados, asseguramento, aliança e orientação.

Em outros termos poderíamos dizer que os suportes sociais se traduzem pela formação de grupos coesos. Grupos esses caracterizdos por funcionarem através de relações afetivas entre seus membros, com divisão de tarefas e responsabilidades entre eles, com participação de todos nos diversos níveis de decisão e realização, dentro de um clima de solidariedade e respeito mútuos, e através da veiculação franca de informações.

Vemos nesta conceituação algumas das idéias de Mahler e Winnicott acerca das relações mãe-criança. Antes de mais, o grupo coeso é aquele que se constitui num "continente", numa "sustentação" ou num "holding" para cada um de seus membros. Por outro lado, o grupo favorece a cada um, ser separado do outro, assumir sua própria identidade e tomar as próprias iniciativas. É dessa dialética de conter e liberar, de acolher e de remeter, que surge a coesão grupal. É assim também que transcorre a relação mãe-criança (quando se faz de modo adequado). Nesse sentido, a díade primitiva constitui-se no protótipo do que serão amanhã os grupos de suportes sociais. Tais suportes funcionarão para o indivíduo adulto como função atenuada (e síntese) do que em épocas remotas foi função primordial (e progressiva).

Segundo Cobb (1976) constituem suportes sociais: a família, os companheiros de trabalho, a escola, os grupos comunitários (vizinhos, igreja, clube). Cobb salienta que os profissionais de saúde podem constituir-se em suportes sociais para os pacientes. Acreditamos mesmo ser este o alicerce da relação terapeuta-paciente. De tais suportes não se devem esperar efeitos dramáticos mas, não obstante, efeitos moderadores significativos sobre a situação estressante que o indivíduo vive. Talvez eles sejam a base a partir da qual o indivíduo poderá, ante tais situações, sentir-se amado e cuidado, protegido e compreendido e, desse modo, encorajado a enfrentá-las. Estimular a formação de grupos coesos em torno dos hipertensos deverá se constituir numa estratégia fundamental para o seu tratamento. A começar pela relação médico-paciente e estendida aos demais componentes da equipe, à família do paciente e aos grupos de hipertensos, reunidos com essa finalidade.

Cobb cita ainda uma série de trabalhos que apontam para os efeitos moderadores dos suportes sociais: Nuckolls correlacionou complicações na gravidez com mudanças de vida e suportes sociais:

	Mudanças de vida	Suportes sociais	
		alto	baixo
incidência de complicações	alta	33%	91%
	baixa	39%	49%

Jessner mostrou que a simples informação por parte dos pais acerca da hospitalização para amigdalelectomia de seus filhos, diminuía a possibilidade de complicações; Chambers e Reiser demonstraram os efeitos benéficos do suporte emocional oferecido pelo médico em caso de insuficiência cardíaca; Egbert, estudando dois grupos de pacientes cirúrgicos: um, com cuidados suportivos dados pelo anestesista, e outro como controle, verificou que o primeiro grupo necessitou de menos remédio para dor e teve tempo de permanência internado mais baixo; Chen e Cobb demonstraram correlação de tuberculose com isolamento social, isto é, com baixo suporte social; Haynes e Sackett, revendo 22 artigos sobre aderência a regimes terapêuticos, encontraram correlação positiva com adequados suportes sociais em 15 deles. Cobb comenta que: "esta associação de comportamento cooperativo do paciente com vários componentes do complexo suporte social é um dos mais bem estabelecidos fatos acerca dos aspectos sociais da prática médica" (1976, p. 306). Brown demonstrou que entre mulheres que tinham ou não um confidente (usualmente homem com quem mantinham íntimo e confidente relacionamento), aquelas que tinham o confidente mostravam índice duas vezes menor de quadros depressivos. Bursch observou que homens casados, quando perdem suas mães, não tem probabilidade aumentada de suicídio o que, todavia, ocorre quando são solteiros ou desquitados; também os homens que tem menor contato com seus parentes, tem maior probabilidade de suicídio do que os que tem maior contato. Lowenthal e Haven encontraram, numa amostra de 280 pessoas com idades superiores a 63 anos, que 85% deles estavam deprimidos se tinham baixa interação social, contra 42%

dos que tinham alta interação social. Braceland, Reid, Swank e Menninger encontraram menores indices de distúrbios psiquiátricos em soldados em combate quando a moral da tropa era alta e os laços grupais maiores.

Groen e Medalie, em estudo desenvolvido em Israel de 1963 a 1968 com homens coronariopatas, observaram que o prognóstico era melhor se os mesmos possuiam esposas amáveis e suportivas e se participavam de crenças religiosas ortodoxas (Groen, 1976).

A importância de situações de perda, luto e separação como fatores de doença tem sido confirmada em vários trabalhos como os de Parker, Schmale e Parens, citados por Júlio de Mello Filho (1979). Groen (1976) cita trabalho de Stein evidenciando a maior incidência de úlcera péptica entre viúvos e divorciados do que em casados da mesma idade. A mesma relação parece incidir sobre a mortalidade por tuberculose.

Os suportes sociais seriam o efeito moderador capaz de preservar a integridade do indivíduo ante as mudanças sociais e seus efeitos estressantes. Nesse sentido, Stewart Wolf (1971) narra um interessante trabalho desenvolvido junto a uma comunidade ítalo-americana vinda de Roseto Val Fortore, província de Foggia, no sul da Itália, e instalada em 1882 em Roseto, Pensilvânia. Fez-se um levantamento retrospectivo e um acompanhamento prospectivo durante 12 anos, ao mesmo tempo em que também foram estudadas duas comunidades próximas: Nazareth e Bangor, além de um grupo de pessoas oriundas de Roseto,

mas morando em centros urbanos e suburbanos próximos de New York e Philadelphia. Observou-se que a incidência de infarto do miocárdio era significativamente menor que nessas outras comunidades (inclusive nos procedentes de Roseto). Os demais fatores de risco tinham mais ou menos a mesma incidência (havia até um pouco mais de obesidade em Roseto, e sua dieta era relativamente alta em calorias, inclusive gorduras animais). Poucos homens acima de 25 anos eram solteiros e não havia homosexualidade. Havia a prática de tratar os doentes mentais em casa, porém o número desses doentes era pequeno. Sua estrutura social, estudada por sociólogos que lá conviveram durante três anos, era coesa e mutuamente solidária, com forte estrutura familiar e laços comunitários. O interesse pelos vizinhos era grande, não havendo, por isso, pobreza e crime. A família era o centro da vida. Crianças e adolescentes ligavam-se primàriamente aos parentes, mais do que a grupos de esporte ou outros tipos de grupo. Os mais velhos eram reverenciados e mantinham sua influência nas decisões familiares. Os problemas eram resolvidos por encontros, reuniões familiares e cada pessoa assumia alguma forma de responsabilidade e se dispunha a fazer algum sacrifício pelos demais. Menos íntimos, mas surpreendentemente intensos eram os laços entre vizinhos na comunidade. Havia um brio cívico e muita disposição para ajuda global em casos de necessidade, inclusive a outras comunidades, especialmente da Itália.

Samuel Corson (1971) analisa os sistemas vivos em geral e os sistemas sociais em particular, em termos cibernéti

cos, como sistemas dirigidos para metas, contendo receptores que captam as mudanças do ambiente e analisam os efeitos do organismo sobre esse ambiente, elicitando respostas adaptativas adequadas. Para Corson, os suportes sociais estariam na dependência de se propiciar ao indivíduo melhores condições de obter "feedback" a partir de suas demandas de informações. Assim, em sociedades pequenas ou fechadas, a "homeostase" social se faria de modo mais eficiente, tendo cada indivíduo um papel mais definido a respeito de suas atribuições e uma crença maior na uniformidade dos objetivos do grupo, o que não ocorreria nas sociedades maiores. A falta de "feedback" adequado contribuiria para a alienação e desesperança, muitas vezes registrada nas sociedades atuais, bem como para o aparecimento de vários tipos de distúrbios psicosomáticos.

A questão do "feedback" de informações parece ser outro aspecto essencial dos grupos coesos. Novamente cremos poder nos referir à díade primitiva (mãe-criança). Ela se constitui num processo de informação em que a criança depende fundamentalmente da "eficiência" da mãe em captar (e atender) aos seus sinais. Da falta de sintonia dessa comunicação é que a criança se verá na contingência de emitir outros sinais através dos quais possa ser ouvida (e atendida). Uma importante tarefa do terapeuta (médico ou psicólogo) que atenda ao hipertenso será, certamente, com ele estabelecer uma comunicação clara, precisa e franca, capaz de lhe permitir abrir mão dos antigos processos de se fazer ouvido.

Groen (1971-1975), estudando o problema do crescente aumento da doença coronariana no homem ocidental, enfatizou a importância das modificações introduzidas em nossa cultura nas últimas décadas. A rápida transformação de comunidades rurais em urbanas, o crescente desenvolvimento da tecnologia, se por um lado trouxeram diminuição da taxa de mortalidade por doenças infecto-parasitárias e redução da sub-nutrição pela elevação dos padrões materiais de vida, em contrapartida ocasionaram elevação dos níveis de acidentes de trânsito, poluição, aglomerações e confinamento social, doenças metabólicas e degenerativas, distúrbios psicosomáticos, delinquência e suicídios. Trouxeram também mudanças culturais sobretudo refletidas na estrutura familiar, na emancipação da mulher e da criança, no declínio dos valores e tradições religiosas. O núcleo familiar reduziu-se com a diminuição da natalidade. A presença dos pais em casa diminuiu com a entrada da mulher no mercado de trabalho. A competição social desviou a atenção dos pais para o prestígio e poder pessoais. A proliferação dos divórcios ampliou o número de crianças separadas dos seus pais. O declínio dos valores religiosos contribuiu para um maior afastamento entre os membros do grupo familiar e do grupo social (reunidos através da igreja). Todas essas mudanças sócio-culturais ocasionaram a ruptura de laços prèviamente bem estabelecidos, reduzindo, desse modo, os suportes sociais, ampliando os níveis de competição entre as pessoas, através da excessiva oferta de bens e serviços a serem consumidos, por um número maior de pessoas a consumí-las. As pessoas foram perdendo seu senso de identidade, seus valores e seus apoios sociais, que lhes per

mitiam suportar as mudanças. Por isso adoecem física, psíquica e socialmente. A própria personalidade coronariana(descrita por Friedmann e Rosenman), poderia, segundo Groen, ser fruto dessa ideologia, induzindo as pessoas a serem competitivas e a aparentarem fortaleza, prestígio e poder. Por isso, também a doença coronariana incidiria mais sobre o homem do que sobre a mulher, visto ser o homem ainda responsável pela sustentação econômica da família, mas já questionado em sua posição de patriarca.

Para Groen, os rápidos sistemas de comunicação e transportes vem contribuindo para o ritmo dessas mudanças e para o impacto que elas desencadeam. A migração, segundo Groen, é um dos fatores que contribuem para a emergência maior de doenças, dados os contrastes entre o local de origem e o local onde se instalam os migrantes. Assim, judeus que migraram para países ocidentais tem mais colite ulcerativa e infarto do miocárdio do que aqueles que migraram para a África e Ásia. A HA é mais frequente entre os negros americanos e cursa com maior malignidade do que entre aqueles que habitam as regiões africanas de onde provêm esses negros.

Finalmente, como já mencionamos, Groen sustenta a hipótese de que o aumento na incidência de distúrbios psicosomáticos observado nas culturas ocidentais, deve-se à maior repressão no que tange à expressão de sentimentos. Ao contrário, naquelas culturas em que tais expressões não são reprimidas, haveria predominância de comportamentos agressivos ou delinquentes. Em ambos os casos, os suportes sociais seriam sempre

fator de moderação em relação aos comportamentos desviantes e ao aparecimento de doenças. Groen descreve sua experiência pessoal na Holanda no período de ocupação nazista de 1940 a 1944. Aborda a dramática situação em que ficou envolvida a população diante das atrocidades praticadas pelo invasor e o correspondente aumento na incidência de doenças psicossomáticas como a úlcera péptica. Todavia, aproximando-se o final da ocupação, apesar da fome e das precárias condições de existência, já toda a população estava convencida da iminente queda do regime alemão. Não havia também mais preocupação com relação a trabalho, "status" ou consumo mas, tão sòmente, preocupação com a obtenção de alimentos. Nesse momento, as doenças psicosomáticas diminuíram. Também nos campos de concentração fatos interessantes se passaram. Apesar da vida cruel e ameaçante, as pessoas eram desprovidas de responsabilidade ou aspirações sociais. Não havia ambivalência de sentimentos entre os prisioneiros pois todos dirigiam sua agressividade para os invasores. Havia mais sentimento de solidariedade interna e tudo isso gerava diminuição dos distúrbios psicossomáticos. Alguns pacientes de Groen, retornados de campos de concentração, relataram que suas crises de enxaqueca, asma bronquica, psoríase, colite ulcerativa haviam decrescido naquela ocasião, voltando a tê-las quando reconquistaram a liberdade.

Na visão de Groen, a perda dos suportes sociais, a competição e o individualismo e a necessidade de controlar a expressão dos sentimentos são os fatores que mais interferem na gênese de doenças diante das mudanças culturais. Para Groen,

a melhoria das condições econômicas não acaba com os distúrbios porque não corrige a perda dos suportes sociais e ainda estimula a competição.

O interjogo estresse-suportes sociais tem-se constituído numa dificuldade para os pesquisadores no campo dos fatores psicossociais como participantes do processo saúde-doença (Andrews, Harburg, Kessler, La Rocco, Lazarus, citados por Cobb, 1976). Tal dificuldade se acentua exatamente pelo modo particular de cada indivíduo reagir às situações. Ou seja, o que é estresse para um indivíduo não é necessàriamente para outro. Do mesmo modo, o que é suporte social para um indivíduo, pode não ser para outro. Além disso, os eventos que ocorrem na vida de um indivíduo não devem ser vistos estruturalmente enquanto ocorrências "estanques" mas como processos que evoluem e se modificam. A duração dos eventos estressores e a duração dos suportes sociais devem ser levados em conta. Há que se levar em conta ainda que nem todo grupo funciona como suporte social, podendo, ao contrário, exercer efeito negativo sobre o indivíduo. Nem sempre estar só significa estar mal. Outro aspecto a considerar é que nem sempre a integração social é consequência de relações íntimas e afetuosas mas, simplesmente, consequência de controle social. Tudo isso dificulta a compreensão de como o estresse e os suportes sociais se relacionam, e, mesmo, do que se constitui para cada indivíduo uma situação estressante ou uma estrutura suportiva. Todas essas considerações são feitas por McQueen e Celentano (1982), na medida em que tentam pesquisar a interrelação entre estresse, suportes sociais, HA e consumo de álcool. A ques

tão que se coloca é se a ingestão excessiva de sal, de calorias ou de álcool, fatores habitualmente apontados como participantes da etiologia da HA, não fazem parte desse complexo jogo de estresse-suportes sociais e não constituem, tal como a HA, expressões dele. Em outras palavras, até que ponto a ingestão excessiva de sal, calorias ou álcool (ou sua excessiva retenção pelo organismo) não está "motivada" por fatores psicossociais geradores de estresse?! McQueen propõe alguns modelos compreensivos dessa interação:

Modelo 1: estresse → ↑ álcool → ↑ PA

Modelo 2: estresse → ↑ alcool, ↑ PA ↕

Modelo 3: suporte social → ↑ alcool → ↑ PA

suporte social → ↑ alcool, ↑ PA ↕

Modelo 4: contexto social → estresse ↕ suporte social → uso de álcool, níveis de PA ↕

mudanças biológicas e predisposição → suporte social

Evidentemente o modelo 4, que parece mais se aproximar do que efetivamente ocorre na realidade de cada indivíduo, remete-nos para processos de extrema complexidade. Ao mesmo tempo, abre a perspectiva para abordagens mais compreensivas, de maior visão integradora, em substituição aos clásicos esquemas de relações lineares. No caso da HA, entidade eminentemente multifatorial, o fato se torna mais evidente.

Outro aspecto a considerar no tocante aos suportes sociais diz respeito às estratégias de enfrentamento de que lança mão o indivíduo para lidar com as situações estressantes. Dressler (1983) faz um interessante estudo da interação entre suportes sociais e enfrentamento social. A pesquisa, levada a cabo numa ilha da Índia Oriental (Santa Lúcia) visou à relação de suportes sociais e estilos de enfrentamento com HA e obesidade. Concluiu que há relação direta entre HA e suportes sociais mas não entre HA e obesidade, que só estaria presente quando os suportes sociais fossem insuficientes. A explicação do autor é que as pessoas em áreas de elevado estresse tendem a utilizar menos o estilo reflexivo (ativo) de enfrentamento, lançando mão de outros recursos, como por exemplo, comer mais. Os suportes sociais atuariam, portanto, contrabalançando os efeitos hipertensivos do estresse e não diretamente atuando sobre os modos de enfrentamento, como sugerido por Cobb. Por outro lado, em pessoas com estilos ativos de enfrentamento, a influência dos suportes sociais se faria menor. Dressler aventa ainda que, em relação à ingestão de sal como fator agravante de HA, os mesmos mecanismos estariam em jogo, sendo mais suscetíveis da sua influência os indivíduos portadores de estilos

inadequados de enfrentamento, a que se somassem suportes sociais deficientes.

Em suma, a presença de fatores psicossociais na gênese da HA parece conclusiva. Seus mecanismos, não obstante, são complexos. Modelos como os de Lazarus e McQueen seriam necessários para compreendê-los. Poderíamos sintèticamente dizer que a resposta hipertensiva vai depender de uma reatividade vascular genèticamente determinada, "disparada" por situações estressantes provindas do meio ambiente e "filtradas" pelo indivíduo através de um sistema avaliador que amplia e sustenta os efeitos ameaçantes da situação. Sobre o sistema avaliador agem não só os traços de personalidade e núcleos conflitivos resultantes das primeiras experiências de vida, como as crenças e valores sociais, as circunstâncias atuais de vida do indivíduo e, ainda, as estratégias de enfrentamento que utiliza para fazer face às situações. Além disso, suas respostas funcionarão como retro-alimentação de alguns fatores externos contribuintes da resposta hipertensiva, tais como o consumo de sal e calorias, o uso de fumo e álcool, a vida sedentária, etc. Por outro lado, os suportes sociais que cercam o indivíduo atuarão como agentes moderadores sobre as situações estressantes por ele vividas, permitindo vê-las como menas ameaçantes e/ou com maior probabilidade de serem enfrentadas.

AS ATUAIS FORMAS DE TRATAMENTO DA HA

O tratamento clássico da HA constitui-se de medidas gerais e prescrição medicamentosa. Dentre as medidas gerais incluem-se a recomendação de não beber, reduzir o peso, praticar exercícios físicos regulares, evitar o sal e as tensões emocionais. Os medicamentos utilizados pertencem a grupos farmacológicos diferentes segundo seus mecanismos de ação. Assim existem os diuréticos que atuam eliminando sódio, a reserpina que atua nos centros nervosos, a guanetidina que bloqueia as terminações nervosas, os alfa e beta-bloqueadores, os vasodilatores, etc.

As doses e combinações desses medicamentos variam de paciente para paciente, e mesmo em cada paciente, conforme as respostas obtidas. É difícil estabelecer, a priori, qual a dose, o medicamento ou a combinação de medicamentos mais adequada a um dado paciente. Associa-se a esse fato, a habitual descontinuidade do uso dos medicamentos, tão frequente entre os hipertensos.

Se a esses dados juntarmos a precária correlação entre níveis tensionais e sintomatologia, bem como a possível ocorrência de efeitos colaterais com os medicamentos, compreende-se toda a dificuldade em obter a aderência dos pacientes ao tratamento e toda a dificuldade que encontram os médicos no manuseio desses medicamentos.

Os cuidados gerais prescritos, por outro lado, impli

cam habitualmente na mudança de hábitos do paciente, aos quais se ligam, com frequência, fatores de natureza emocional, tal como ocorre com os fumantes e obesos. Apesar de as recomendações serem simples e objetivas, não tão simples se torna a sua consecução.

Tomemos como exemplo a dieta de sal. Tal dieta, antes de mais nada, está inserida no modo de viver do indivíduo. Muitas vezes não é o paciente que prepara os alimentos. Quando é ele que prepara, frequentemente não o faz só para si. Muitos tem necessidade de comer na rua, o que, tantas vezes, lhes impossibilita de evitarem alimentos salgados. Ocasiões de convívio social são, frequentemente, momentos em que a pessoa se vê tolhida em solicitar alimentos sem sal.

Outro aspecto a considerar é o nível de informação que tem o indivíduo a respeito da sua doença e da importância da dieta no combate aos seus malefícios, bem como dos alimentos que contém muito sal e as alternativas de que dispõe para substituí-los. Mas, além desses aspectos, de natureza social, há também aqueles de natureza mais interna, mais psicológica. Referimo-nos ao estado motivacional do indivíduo. Aos seus sentimentos com relação à própria vida. Em outras palavras, é como se a pessoa questionasse a si mesma: "face à minha vida, vale a pena privar-me do prazer que o sal me proporciona!?".

Além disso, a doença pode, consciente ou inconscientemente, representar um "benefício" para o paciente na medida em que, através dela, esse paciente mantém em "equilíbrio" suas

relações interpessoais sobretudo a nível familiar e/ou profissional. Nesses casos, transgredir a dieta constitui um artifício "útil" para os "objetivos" do paciente. Temos constatado em nossa experiência a ocorrência frequente dessas transgressões e como o paciente "burla" seus verdadeiros motivos.

Tais considerações apontam para a dificuldade em se prescrever o tratamento clássico da HA e nos fazem supor que a simples prescrição de medicamentos e de cuidados gerais aos hipertensos, só poucas vezes atinge os resultados esperados, exigindo do médico e/ou da equipe de saúde outros procedimentos que permitam a superação desses obstáculos. Referimo-nos às abordagens psicológicas que não somente tentam lidar com a questão da aderência ao tratamento, mas que tentam também lidar com os fatores psicossociais internos e externos presentes, através dos diversos mecanismos já discutidos, na fisiopatologia dessa afecção.

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

São aquelas que visam aos aspectos psicossociais que permeiam a evolução da HA não só como agentes etiológicos, mas também como agentes bloqueadores do seu tratamento.

Essas abordagens justificam-se, por um lado, pela presença e participação dos fatores psicossociais na gênese, manutenção e agravamento da doença hipertensiva. Nesse sentido, a estratégia será a de dotar o indivíduo de melhores condições para reconhecer e para lidar com tais fatores. Por outro lado, sua justificativa se baseia no fato de que os fatores psicossociais são, na grande maioria das vezes, os responsáveis pela não aderência do paciente ao tratamento. Cabe então, identificá-los e removê-los, facilitando, desse modo, o acesso do paciente ao seu tratamento.

O primeiro ponto a considerar nessa questão é o da motivação. A HA, por ser uma doença crônica, de evolução arrastada, muitas vezes assintomática, e que permite ao paciente manter suas atividades rotineiras, torna a exigência do uso regular de medicamentos, da mudança de hábitos, e de outros cuidados, um fardo pesado para o paciente suportar. Normalmente falta motivação suficiente para o tratamento. Certamente por isso não basta diagnosticarmos a HA e prescrever medicamentos e cuidados gerais. Faz-se necessário motivar o paciente a aderir a esses cuidados e a essses medicamentos. Tal tarefa cabe primordialmente ao médico. O reasseguramento oferecido por uma boa relação médico-paciente é importante para o êxito

do tratamento. O médico constitui-se no primeiro medicamento ministrado ao paciente, no dizer de Balint (1975). A existência de programas específicos de tratamento da HA parece também exercer efeitos benéficos sobre os pacientes, que se sentem atendidos e valorizados. Òbviamente o interesse e dedicação da equipe de profisisonais que participam desses programas é fundamental para o seu sucesso.

Queremos dizer que as abordagens psicológicas não se limitam às tentativas de sensibilizar o paciente a praticar exercícios e seguir a dieta recomendada, ou mesmo a reduzir sua tensão psicossocial mas, antes de qualquer outra coisa, significam o estabelecimento de um "rapport" adequado que lhe permita sentir-se cuidado e, desse modo, motivado para o tratamento.

Os principais modos de abordar psicològicamente o hipertenso são através de informações ou orientações, reflexões ou de técnicas psicoterápicas.

A informação ou orientação é uma das formas de abordagem psicológica da HA que se mostra útil para o seu tratamento (e para promover a aderência ao mesmo). Supõe-se que um paciente melhor informado cumprirá mais adequadamente as prestações. Tais informações dizem respeito à própria doença em si, sua natureza, evolução e complicações, bem como aos objetivos, mecanismos de ação, efeitos colaterais, dosagens dos medicamentos e ainda aos cuidados gerais, como dieta e exercícios, em relação aos seus objetivos, modos de realização, ajuste às peculiaridades de vida do paciente. Teòricamente es

sas informações seriam transmitidas pelo médico. O que se observa na prática, sobretudo na prática institucional, é a impossibilidade de o médico efetivamente poder transmití-las por falta de tempo. Daí a necessidade de se utilizarem outros meios de informação desde folhetos ou guias de instrução, palestras ou cursos até àqueles veiculados pelos meios de comunicação.

As técnicas que visam a elevar o nível de informação do hipertenso a respeito de sua doença e de seu tratamento parecem agir não só pelo efeito informativo em si mas pelo efeito motivacional que provocam no paciente, nele despertando um sentimento de maior atenção por parte daqueles que dele cuidam. Tal fato é frequentemente referido pelos próprios pacientes e pelas pessoas que lhes fornecem informações.

Outra forma de abordagem psicológica da HA é a reflexão. Aqui o sentido não é mais informar ao paciente mas antes provocar nele uma atitude reflexiva, um pensar sobre a sua doença e os fatores que a envolvem. O efeito máximo da reflexão é obtido em grupo, onde os pacientes, todos hipertensos, tem oportunidade de discutir uns com os outros como sentem a sua doença e como lhes parece que a mesma se situa dentro dos seus contextos de via. Essa atitude é proposta e conduzida pelo coordenador do grupo e tem como objetivo fazer com que cada paciente se aperceba dos seus sentimentos em relação à doença, dos modos como ela se insere em sua vida, contrastar esses sentimentos com o dos outros hipertensos e atentar, através de outros ângulos suscitados pelos demais, para aspectos

ou correlações até então não percebidas por ele.

A reflexão confunde-se, em certo sentido, com a psicoterapia e, cremos mesmo, podê-la incluir como uma forma de psicoterapia. Ao refletir sobre sua doença o hipertenso irá se dando conta de aspectos conflitivos de sua existência e dos mecanismos que vem usando para lidar com eles (como a própria hipertensão) e isto certamente terá um efeito psicoterápico. Não obstante, o objetivo deste trabalho não é discutir tal fato, e por isso faremos apenas a distinção que nos parece relevante para o nosos tema. Enquanto os grupos de reflexão tem como objetivo principal pensar sobre os modos como o hipertenso vive a sua doença, a psicoterapia tem como objetivo pensar sobre os modos como o indivíduo vive a sua vida. O foco não é o mesmo. Supõe-se, todavia, e isso parece razoável, que, habilitando-se melhor a lidar com sua vida, possa o hipertenso lidar melhor com sua doença. Considerando que fatores psicossociais internos, de natureza conflitiva, façam parte do conjunto etiológico da hipertensão, sua atenuação ou resolução certamente contribuirão para a redução dos níveis tensionais. E supondo ser a resposta hipertensiva um modo de o indivíduo interagir com seu ambiente, a conscientização desse fato, aliado à possibilidade de se oferecer ao paciente outros meios de enfrentamento, interação ou defesa, poderá, da mesma forma, contribuir para a redução dos níveis tensionais. Nesse sentido, reflexão e psicoterapia se completam. Assim, alguns trabalhos apontam para a psicoterapia como forma de abordagem psicológica da HA.

Finalmente há um grupo de abordagens psicoterápicas da HA que se situam no plano das técnicas comportamentais tais como o relaxamento, a meditação, o biofeedback. Elas visam ao controle direto dos níveis tensionais seja através do condicionamento, seja através da redução do estresse. Os trabalhos referentes às técnicas comportamentais são inúmeros e apontam, na sua maioria, para uma redução dos níveis da pressão arterial.

Algumas das abordagens psicológicas destinam-se mais especìficamente à aderência dos pacientes (embora atuem também terapeuticamente), e as englobaremos sob o título de medidas educacionais. Outras são especìficamente aplicadas ao tratamento da HA e as reuniremos sob os títulos de técnicas comportamentais e técnicas de psicoterapia dinâmica.

MEDIDAS EDUCACIONAIS E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

A maioria dos trabalhos sobre HA, nos vários países, aponta para índices baixos de aderência ao tratamento (Burdmann, 1984); Eastaugh e Hatcher, 1982; Florenzano et alii, 1981; Kass, 1982; Lessa Evangelista e E. Santo, 1983; McKenney, 1981; Reichgott e Simons-Morton, 1983; Saunders, 1982). Em 1970 o Dr. Jeremiah Stamler, a partir de estatísticas levantadas pelo Projeto de Detecção da HA na Indústria, da Associação Cardiológica de Chicago, afirmou que cerca de 50% dos hipertensos não eram diagnosticados; da metade conhecida, cerca de 50% estava recebendo cuidados médicos e desses, somente 50% mostrava níveis tensionais sob controle. Estima-se, por esses dados, que sòmente cerca de 12% (1/8) dos pacientes hipertensos encontravam-se com sua PA normalizada.

Wilbert e Barrow, no Grady Memorial Hospital encontraram índices de abandono do tratamento de 60% após 6 meses de iniciado (Finnerty, 1973).

Preocupados com esse problema, o Governo dos Estados Unidos, aliado a organizações privadas, vem desenvolvendo desde 1972, esforços no sentido de sensibilizar a população sobre a seriedade da HA visando reduzir a incidência de complicações e morte por ela causadas. Estes esforços tem sido desenvolvidos através do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP).

Levantamentos foram feitos em 1973 e 1979 pesquisan

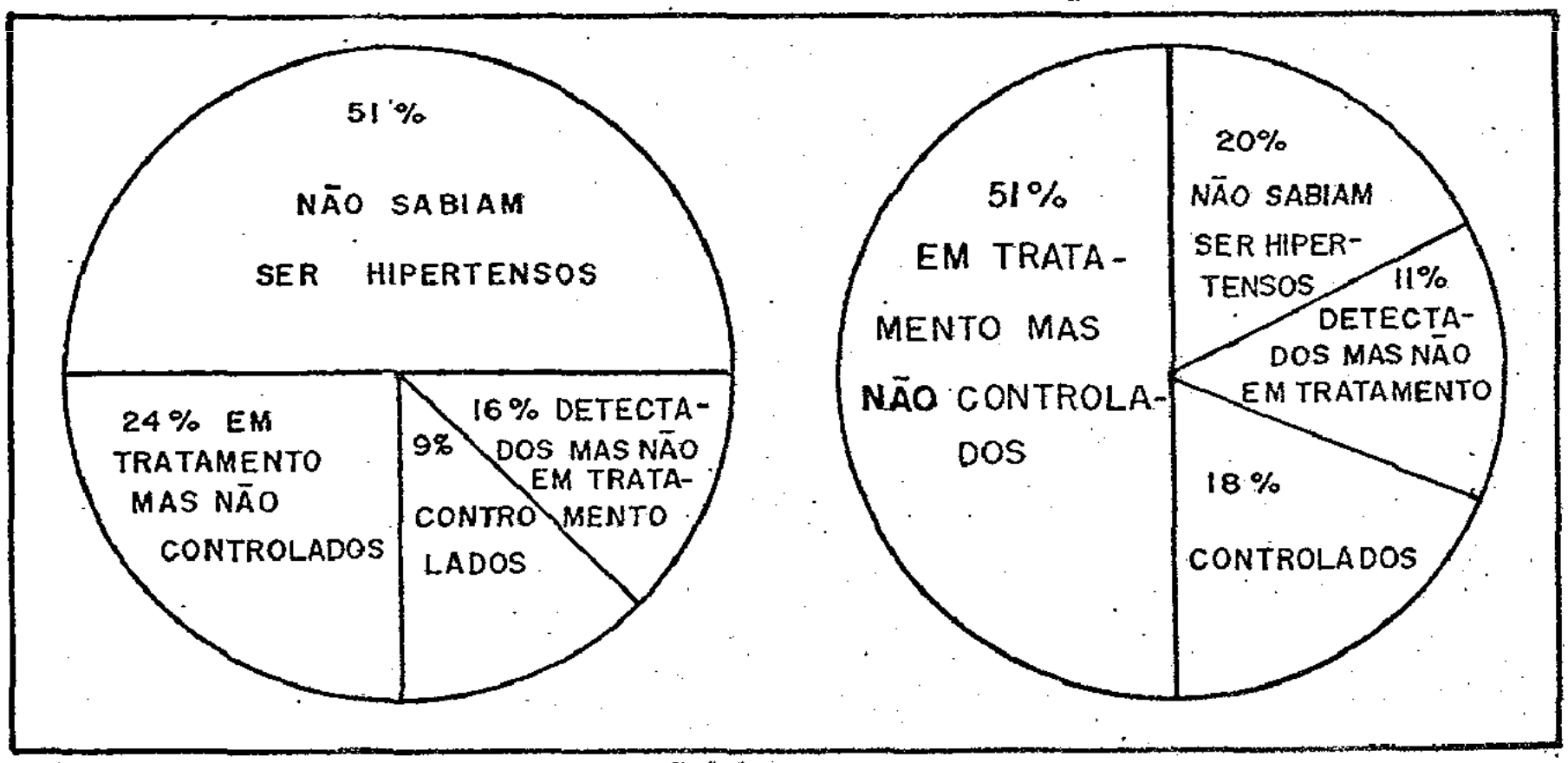
do o conhecimento e atitudes das pessoas em relação à HA, e seus resultados são comentados por Haines e Ward em artigo publicado em 1981. Segundo esses levantamentos os médicos constituem-se na maior fonte de informação a respeito da saúde da população, seguida pela televisão e pelos jornais. A maioria das pessoas reconhece a seriedade da doença mas sòmente uma pequena percentagem sabe definí-la adequadamente. As três causas mais apontadas para a HA são o estresse, a obesidade e o sal. Embora a maioria das pessoas reconheça que certas doenças são provocadas pela HA, essa maioria não diz que a redução da PA seja importante para evitá-las. A maioria das pessoas diz saber reconhecer quando estão com a PA elevada mas desconhecem que ela, por vezes, é assintomática e continuam a ter a falsa percepção que hipertensão significa tensão nervosa. A maioria das pessoas sabe que há tratamento para a HA e acredita no tratamento médico. A maioria dos hipertensos informa que faz alguma forma de tratamento. Os jovens parecem descontinuar mais o tratamento, sendo a principal causa de descontinuidade apontada, a normalização da PA e crença de que não precisam mais de tratamento. Os autores comentam que apesar de haver aumentado o conhecimento da doença, permanece elevada a percentagem dos que abandonam o tratamento.

Levantamento publicado pelo "Hypertension Detection and Follow-up Program (1982), que mantêm clínicas especializadas em HA, mostrou redução em todas as causas de mortalidade em hipertensos tratados nessas clínicas, superior em 16.9% ao índice obtido pelo sistema convencional de atendimento. A redução dos índices de acidente vascular cerebral, nessas clíni

cas, aproximou-os dos índices da população geral.

Cooper (1984) elogia o NHBPEB pelo sucesso alcançado no controle dos hipertensos, comentando que se o programa, ao início, só conseguiu aumentar a consciência da doença, numa fase subsequente obteve a duplicação do número de pacientes efetivamente controlados, o que parece estar ligado ao anseio da população em aprimorar o seu auto-cuidado.

Outra pesquisa levada a cabo por Cummings et alii (1982) em Detroit, Michigan e comparando dados entre 1968 e 1978, mostrou que houve aumento do número de pacientes detectados e em tratamento, bem como o número daqueles controlados.



1968 1978

A idênticas conclusões chegou Borhami (1982) comparando estatísticas de 1972 a 1982.

Estes dados demonstram que os programas de detecção e controle da HA, e as medidas educacionais postas em prática,

com o objetivo de aumentar a consciência da população acerca da severidade e dos cuidados a serem tomados face à HA, surtem efeito, aumentando a aderência dos pacientes ao tratamento e o controle da PA. Parece claro também que essas medidas isoladamente não obtêm êxito (Cohen, 1982; Crouch, 1981; Laher et alii, 1981), devendo ser cercadas de outras que favoreçam a efetiva mudança de hábitos dos pacientes e a elaboração de situações psicossociais que contribuem para a manutenção e agravamento da doença (Gaus, Klingenburg e Kohle, 1983; Janssen, Dicker e Manning, 1982; Levine et alii, 1982; Taylor e Fortmann, 1983). Parece também importante que as medidas educacionais (e o programa como um todo) tenham continuidade (Kirscht, 1983).

As causas apontadas para a não aderência dos pacientes são variadas, não havendo uniformidade nos ínumeros trabalhos que as abordam.

Finnerty (1973) enfatiza a evolução assintomática da HA e a falta de motivação dos pacientes como principais razões da não aderência ao tratamento.

Para Lessa, Evangelista e E. Santo (1983), as principais causas da não aderência são: tempo de espera pela consulta; ausência de sintomas; relação médico-paciente precária; idade do paciente; duração do tratamento; reações colaterais das drogas utilizadas; ignorância em relação ao tratamento e custo da medicação.

Em pesquisa desenvolvida por Morisky, Bowler e Finlay

(1982), com 400 pacientes ambulatoriais, detectou-se como fatores mais significativos na dificuldade de adesão ao tratamento: confusão acerca das particularidades do regime do tratamento; falta de suportes familiares e sentimentos de impotência ante o controle da doença.

Zacest et alii (1981), em levantamento efetuado, detectaram que pacientes com muitas queixas físicas e ansiedade e com atitudes de desconfiança eram os que abandonavam mais o tratamento. O autor cita ainda Caldwell, para quem a baixa aderência depende de educação e fatores econômicos e Pflanz, para quem a baixa aderência depende da estrutura de personalidade do paciente e inabilidade do médico.

Foster e Kousch (1981) relacionam como fatores de não aderência: baixa motivação; ignorância quanto ao tratamento; precária relação médico-paciente; percepções desfavoráveis acerca da eficácia do tratamento; problemas de comunicação; crença na não-severidade da doença; ausência de sintomas; efeitos colaterais das drogas; dificuldade no uso de remédios face às atividades diárias; custos do tratamento; repercussão do tratamento no estilo da vida.

Reichgott e Simons-Morton (1983) enquandram os fatores que interferem na aderência ao tratamento em quatro categorias:

A. em relação à doença;

B. em relação ao tratamento;

C. em relação ao contato médico-paciente;

D. em relação às características individuais do paci-

ente.

e as desdobraram da seguinte forma:

A. em relação à doença

1. relativa ausência de sintomas
2. cronicidade
3. invalidez

B. em relação ao tratamento

1. frequência e quantidade dos medicamentos
2. efeitos colaterais
3. custos

C. em relação ao contato médico-paciente

1. informações insuficientes
2. falta de atenção e preocupação com o paciente
3. contatos pouco frequentes

D. em relação às características do indivíduo

1. crenças relacionadas à saúde e ao tratamento
2. centro de controle interno ou externo (os pacientes de controle interno são mais sensíveis a abordagens que estimulam o auto-cuidado, porquanto os de controle externo necessitam reforçamentos ou controles externos como tabelas de utilização de remédios, etc.).

Cummings et alii (1982) enumeram como fatores habitu

almente apontados como determinantes da falta de aderência ao tratamento por parte dos hipertensos:

1. situação sócio-econômica
2. desconhecimento acerca da doença
3. crença acerca de sua severidade
4. crença acerca da necessidade de seguir o tratamento
5. crença acerca das sequelas da doença
6. crença acerca da eficácia do tratamento
7. dificuldades na relação médico-paciente
8. dificuldades no acesso aos serviços médicos
9. falta de entusiasmo do médico em relação ao tratamento
10. dificuldades em seguir as prescrições

Dentre esses fatores, a pesquisa desenvolvida pelos autores apontou para a falta de percepção do risco da doença e ausência dos sintomas como os principais fatores da não aderência.

Dominguez (1980) enumera como razões de não aderência: gradual perda de interesse do médico e do paciente: impraticabilidade em seguir as prescrições; acomodação do paciente à doença e descontinuidade no acompanhamento médico.

Strogatz e Earp (1983) estudando 171 pacientes hipertensos submetidos a intervenções comportamentais e acompanhados durante dois anos, encontraram como fatores que contribuíram para o abandono do tratamento:

1. pacientes mais novos na clínica (atendidos há menos de 6 meses).
2. pessoas mais jovens
3. homens
4. dificuldade de acesso à clínica
5. atendimento não personalizado
6. efeitos colaterais da medicação
7. outras doenças crônicas
8. pouca percepção da severidade da doença
9. descontinuidade do atendimento pelas características do serviço de saúde.

As razões apontadas para as mulheres seguirem mais o tratamento foram:

1. usar mais os serviços médicos como obstetrícia e pediatria
2. serem mais informadas e preocupadas com cuidados com a saúde.
3. seu papel social aceitar mais a condição de doente
4. suas ocupações habitualmente a prenderem menos ao trabalho.

Os autores observam que, apesar dos fatores acima apresentados, cerca de 50% dos pacientes que tinham 4 ou 5 dessas características, não abandonaram o tratamento, sugerindo que mais pesquisas devam ser desenvolvidas a respeito.

Para Watkins (1983) as crenças do paciente são os principais obstáculos à sua aderência. Para que ela ocorra é necessário que o paciente valorize a saúde, acredite poder in-

fluenciá-la, acredite que a HA é um risco à saúde e acredite que seu tratamento é eficiente. É necessário ainda que ele tenha crenças adequadas quanto à natureza da doença (não atribuíndo a ela "forças" naturais ou sobrenaturais) e quanto aos sintomas (não atribuíndo a ela sintomas que não lhe dizem respeito).

Widmer, Cadoret e Troughton (1983) encontraram elevada aderência em pacientes de zonas rurais. Para eles, a principal razão disso é o fato desses pacientes serem assistidos sempre pelo mesmo médico. E enumeram os fatores habitualmente encontrados na literatura como contribuíntes da não aderência:

1. suporte familiar inadequado
2. insatisfação dos pacientes com o cuidado que recebem do seu médico
3. serem acompanhados por médicos diferentes
4. encontrarem ambiente negativo no local onde buscam o recurso médico
5. complexidade do regime terapêutico prescrito
6. não compreenderem as prescrições e orientações médicas.
7. efeitos colaterais indesejáveis dos remédios

Para Taylor e Fortmann (1983) a aderência do paciente depende sobretudo de quem cuida dele.

Caldwell et alii (1983) descrevem como perfil do hipertenso não-aderente: registrar excesso de eventos (estressantes) de vida; apresentar nível baixo de saúde em geral; não

ser casado; não seguir as prescrições médicas; ser desempregado; ter baixa renda e ser obeso.

Buscando sintetizá-los, e aproveitando o esquema utilizado por Reichgott, diríamos que as razões da não aderência podem ser grupadas nas seguintes categorias:

A. em relação à doença

B. em relação ao tratamento

C. em relação ao contato paciente-serviço de saúde

D. em relação ao indivíduo e seu meio

e desdobrá-las da seguinte forma:

A. em relação à doença

1. evolução crônica

2. evolução assintomática

B. em relação ao tratamento

1. duração prolongada

2. frequência e quantidade de remédios

3. custos

4. efeitos colaterais dos remédios

5. necessidade de mudança dos hábitos de vida: dieta, exercícios, redução da tensão psicossocial.

C. em relação ao contato paciente-serviço de saúde

1. informações insuficientes e confusas por parte da equipe

2. falta de atenção e preocupação por parte da e

quipe

3. falta de entusiasmo da equipe em relação ao tratamento

4. falta de empatia por parte da equipe

5. consultas muito espaçdas

6. consultas de muito pouca duração

7. atendimento por profissionais diferentes (médicos diferentes, enfermeiros diferentes, etc.)

8. falta de marcação dos horários das consultas

9. dificuldade de acesso aos serviços médicos

D. em relação ao indivíduo e seu meio

1. falta de motivação

2. crenças inadequadas

3. desesperança; descontentamento

4. atitudes de desconfiança

5. acomodação à doença

6. dificuldades em assumir a doença

7. ansiedade

8. excesso de queixa físicas

9. outras doenças crônicas

10. nível baixo de educação

11. nível baixo de renda

12. excesso de atividades diárias

13. repercussão do tratamento no estilo de vida (fazer dieta; fazer exercícios).

14. vivência de situações estressantes atuais ou passadas.

15. falta de suportes familiares ou sociais

As crenças inadequadas são:

1. não acreditar na severidade da doença
2. não acreditar na eficácia do tratamento
3. não acreditar que possa fazer o tratamento
4. não acreditar na necessidade de tomar remédios
5. não valorizar a saúde
6. não acreditar que possa influenciá-la
7. não acreditar nas verdadeiras causas da doença (ou atribuí-las a causas outras naturais ou sobrenaturais)
8. não acreditar na possibilidade da doença cursar sem sintomas (ou atribuir a ela sintomas que não lhe dizem respeito).

Como vemos, são inúmeras e variadas as razões apontadas para a não aderência dos hipertensos ao tratamento. E se as causas são várias, as estratégias propostas para combatê-las são também diversas. Finnerty (1973) propõe que os horários das consultas sejam marcados, que o paciente seja sempre acompanhado pelo mesmo médico, que se amplie o tempo das consultas a fim de se propiciar mais oportunidades de relacionamento e de ampliação de informações. Para Finnerty, a motivação parece se centrar numa boa relação médico-paciente.

Stamler (1970) propõe que a aderência seja estimulada através de visitas domiciliares.

Eastaugh e Hatcher (1982) desenvolveram pesquisa com o intuito de detectar estratégias que fossem mais eficientes para aumentar a aderência de pacientes deprimidos ao tratamento de sua HA. Três estratégias foram utilizadas: clarificação das instruções dadas pelo médico imediatamente após a consulta, feita por um enfermeiro; reforçamento quanto às medidas terapêuticas a serem seguidas, através de membro da família que era contactado em sua casa; três encontros em grupo para orientação e discussão acerca da HA. A estratégia que se mostrou mais eficiente foi a da abordagem de um membro da família. Os autores ponderam que tal fato deve estar ligado à passividade desses pacientes deprimidos.

Saunders, Irwig e Wilson (1982) em trabalho desenvolvido numa comunidade de Soweto, África do Sul, propuseram como medidas capazes de aumentar a aderência: dar mais atenção aos pacientes com PA mais elevada; dar suplemento de medicação a intervalos mais curtos; ajustar horário de consultas à conveniência dos pacientes e lançar mão de enfermeiras para promover outras estratégias de ampliação de aderência.

Earp, Ory e Strogatz (1982) desenvolveram pesquisa acompanhando três grupos de hipertensos durante dois anos:

GRUPO 1 - visitas domiciliares + participação de familiares no controle dos níveis de PA

GRUPO 2 - visitas domiciliares

GRUPO 3 - cuidados médicos de rotina

Os pacientes escolhidos para o trabalho em questão eram hipertensos com alta probabilidade de serem vistos ambulatorialmente por dois anos e livres de doença mental ou alcoolismo. Uma entrevista inicial era feita e solicitava-se ao paciente que indicasse uma pessoa que lidasse com ele diàriamente e fosse capaz de tirar sua PA. Foram selecionados cerca de 33% dos pacientes encaminhados ao projeto. O intervalo entre cada visita domiciliar ficou a critério do profissional de saúde (enfermeira ou farmaceutico). A média foi de uma visita a cada três meses (variando de 1 a 12 visitas em 18 meses). Cerca de 60% de todos os pacientes tiveram 4 ou mais visitas. A queda dos níveis tensionais dos 3 grupos foi semelhante ao final do 1º ano. Ao final do 2º ano, todavia, a redução de PA foi mais significativa nos grupos 1 e 2, não havendo diferença significativa entre esses grupos. Tais resultados sugerem um efeito acumulativo no decorrer do tempo. Embora não tenha havido diferenças significativas entre os grupos 1 e 2, os autores acham que o envolvimento da família é mais útil. Parece que o efeito positivo das estratégias para aumentar a aderência só se faz sensível quando as medidas são mantidas e os cuidados continuados.

Cooke e Meyers (1983) enfatizam a necessidade de contados por carta ou telefone com os pacientes que faltem às consultas médicas.

McKenney (1981) comenta que para se obter boa aderência e bons resultados com o tratamento não é suficiente aumentar o conhecimento do paciente acerca da sua doença mas, sobre

tudo, promover mudanças em seu comportamento. Pondera, todavia, que esse comportamento é muito pessoal e, por isso, as abordagens devem ser individualizadas para cada paciente. Recomenda então que se utilizem combinações de técnicas buscando aquelas que mais se adequem ao paciente. Afirma que um fator comum para o êxito de quaisquer técnicas é a atenção dispensada ao paciente por parte da equipe que dele cuida. Afirma também que outro fator comum é a necessidade de continuidade desses cuidados.

Glauz, Kirscht e Rosenstock (1981) não encontraram correlação entre práticas educativas e aderência ao tratamento. Realçam, contudo, que dentre essas práticas, as que se mostraram mais receptivas foram as mensagens escritas e o contato e orientação de familiares.

Grenfell (1981), em trabalho sobretudo voltado para os médicos, recomenda que façam minuciosa anamnese e exame físico, informem detalhadamente o paciente, enfatizem a importância do controle regular da PA, a falta de sintomas e a necessidade de manutenção dos remédios mesmo na ausência de sintomas. Recomenda ainda que façam controles frequentes do paciente ao início do tratamento (de 7 x 7 ou 15 x 15 dias) e que, mesmo estabilizada a PA; vejam seus pacientes pelo menos de 2 x 2 meses.

Reighgott e Simons-Morton (1983) propõem que as intervenções para aumentar a aderência sejam as mais particularizadas possíveis para cada paciente. Algumas medidas gerais, todavia, devem ser tomadas: utilizar meios de lembrar ao pacien

te a necessidade do tratamento e das visitas médicas (cartas, telefonemas, etc.), dar informações claras; simplificar as medidas terapêuticas; reforçar atitudes positivas relacionadas ao tratamento e cuidar do paciente com atenção e interesse.

Nessman, Carnahan e Nugent (1980), baseados em Paulo Freire, constituíram dois grupos de hipertensos não-aderentes: um deles, o de controle, assistiu a uma série de "tapes" sobre HA e foi coordenado por uma enfermeira; outro, o experimental, foi coordenado por uma enfermeira e um psicologo e participou de oito sessões semanais de grupo, sendo seus participantes estimulados a controlarem sua PA e a decidirem sobre os remédios a tomar. Houve "follow-up" até 6 meses após, sendo constatada maior aderência neste grupo experimental. Os autores concluem que a participação ativa do paciente no tratamento aumenta a aderência.

Para Coope (1981) a aderência aumenta na medida em que o médico dá mais atenção e informação ao paciente, preocupa-se com suas faltas às visitas médicas e estimulá-o a expor seus problemas.

Moyer (1981), após analisar a evolução de 182 pacientes tratados num ambulatório de médicos de família, encontrou redução dos níveis tensionais em 70% dos pacientes e apenas 4% de abandono de tratamento, concluíndo que o acompanhamento do paciente pelo mesmo médico favorece a atenção mais particularizada, propicia um relacionamento mais próximo e, desse modo, aumenta a aderência ao tratamento.

Widmer, Cadoret e Troughton (1983) pesquisaram a aderência de pacientes numa comunidade rural onde os pacientes são atendidos por médicos particulares, encontrando índice de aderência de 87%. Os autores utilizaram como medida de aderência a quantidade de remédios comprados pelos pacientes na farmácia local comparando-a com a quantidade prescrita e anotada pelos médicos (habitualmente utilizam-se como medida de aderência as próprias informações dos pacientes, o número de pílulas fornecidas ou os marcadores sanguíneos ou urinários - estes indicam apenas se o paciente tomou ou não medicamentos no período imediatamente anterior ao teste).

Steckel (1981) propõe medidas de reforçamento (como contratos firmados entre a equipe e o paciente estabelecendo metas a serem atingidas) para aumentar a aderência.

Gelman e Nemati (1981) acham que o auto-controle da PA feito pelo paciente em sua casa e local de trabalho é fator importante para a aderência.

Strogatz e Earp (1983) compararam o efeito de visitas domiciliares (em média 2 a 3 por ano, efetuadas por enfermeiros ou farmacêuticos) com o envolvimento de um membro da família, sobre a aderência ao tratamento. Foram acompanhados 171 pacientes durante dois anos. Foram considerados não-aderentes os que não compareceram uma só vez à clínica no segundo ano de acompanhamento. Chegou-se à conclusão que as visitas domiciliares aumentaram a aderência, mas o envolvimento de um membro da família não. Admitiu-se que a pressão social exercida pela visita, a sensação de interesse e aceitação por parte de outra

pessoa e a possibilidade de ser auxiliado em eventuais obstáculos para chegar à clínica, seriam os fatores em jogo. O envolvimento familiar parece ser mais eficiente quando feito informalmente.

Em trabalho sobre as estratégias postas em prática pelos médicos particulares para aumentar a aderência de seus clientes, Supino et alii (1984) destacaram o ajustamento da prescrição às peculiaridades do paciente, o reforçamento de atitudes positivas, a tentativa de envolvimento de membros da família e a redução do intervalo entre as consultas. Dunn et alii (1984), todavia, afirmam que a maioria dos médicos de família não tem procedimentos a adotar face à não-aderência.

Levine et alii (1982) propõem programas educacionais como forma de aumentar a aderência. Lessa, Evangelista e E. Santo (1983) afirmam que os programas educacionais aumentam a aderência mas não o êxito do tratamento. E aventam como uma das razões, o não cumprimento da prescrição médica. Para Watkins (1983) os programas implementados devem estar voltados ao mesmo tempo para aspectos cognitivos como para modificações comportamentais. Sugere que tais medidas sejam veiculadas através do pessoal para-médico (dada a menor distância social entre os pacientes e esses profissionais), líderes comunitários (igrejas e associações de bairros) meios de comunicação e escolas.

O fornecimento de informações amplas e precisas ao paciente pelo seu médico é fator de fundamental importância para o êxito do tratamento na opinião de Coope (1981). Já a dis

tribuição de folhetos com instruções sobre a PA e espaço para anotação de PA e dos remédios usados não parece aumentar a aderência ou favorecer o controle da PA, conforme estudo levado à cabo por Laher et alii (1981).

Morisky et alii (1983), após 5 anos de seguimento de um grupo de 400 pacientes submetidos à medidas educacionais (entrevista após consulta médica para clarificar e reforçar suas informações; visita domiciliar para encorajar membro da família a apoiar o tratamento do paciente e reuniões de grupo com outros pacientes hipertensos) registraram maior aderência e controle da PA, além de redução da mortalidade nesses pacientes, quando comparados a um grupo-controle.

Alguns questionamentos e propostas são levantadas acerca das medidas educacionais como o trabalho de Dickinson et alii (1981) tentando promover programa de educação para os médicos que cuidam dos hipertensos. Dickinson desenvolveu trabalho num centro de medicina familiar formando 4 grupos de médicos: um deles, a quem foram fornecidas informações computadorizadas que facilitassem a identificação de pacientes não-aderentes; outro a quem foi oferecido um programa de auto-instrução sobre aderência de pacientes ao tratamento; um terceiro que recebeu os dois tipos de intervenção e um quarto que funcionou como controle. Os resultados mostraram que os médicos aumentaram seu conhecimento sobre HA e aderência (principalemnte os que fizeram o programa de auto-instrução) e houve maior aderência por parte dos pacientes (principalmente com o grupo que recebeu informações computadorizadas), mas não hou

ve melhoria significativa nos níveis de PA. O grupo combinado mostrou resultados menos efetivos que os grupos de uma só intervenção. Parece que os médicos conseguiam que seus pacientes viessem mais, mas continuavam usando os mesmos recursos terapêuticos que usavam antes (haveria aumento de quantidade de recursos mas não mudanças qualitativas). Green, citado pelos autores, enfatiza a importância de adaptar os programas educacionais às necessidades específicas de quem os recebe. Dickinson pondera que talvez esses pacientes já estivessem no limite de melhoria alcançada com os recursos que dispomos hoje. Ou que tenhamos que buscar novas alternativas de comportamento ante o paciente baseadas em princípios antropológicos ou sociológicos (?). Moser (1983) comenta que muito pouco se tem feito sobre treinamento educacional para manejo da HA junto aos estudantes de medicina. Levine (1983) propõe que as medidas educacionais sejam veiculadas a partir de "comitês" envolvendo pessoal de saúde e comunidade.

Para Janssen, Dicker e Manning (1982) a aquisição pura e simples de conhecimento acerca da HA não é suficiente para promover mudança, sendo, para tal, necessário desenvolver determinadas habilidades psicomotoras, atitudinais e comportamentais. Para que isso ocorra é necessária a participação ativa do paciente e da equipe de saúde, promovendo orientação, aconselhamento e suporte emocional. Tal objetivo pode ser alcançado através de trabalho educacional realizado com pequenos grupos de hipertensos. Os autores descrevem a experiência com 56 pacientes submetidos a uma série de seis "aulas" sobre HA em grupos de 5 a 10 participantes. Inicialmente se apresenta

va material áudio-visual contendo informações sobre a HA a que se seguia discussão do grupo. Focalizavam-se os métodos de ajustamento do estilo de vida às instruções dadas e dava-se suporte e encorajamento aos membros do grupo para seguirem as medidas propostas. O grupo era coordenado por uma enfermeira e os temas de cada "aula" eram:

1. conhecimento geral sobre a HA
2. medicamentos hipotensores
3. efeito do estresse sobre a PA
4. influência da dieta e peso sobre a PA
5. mudanças no estilo de vida
6. elaboração de decisões pessoais

A enfermeira tirava a PA de cada membro a cada "aula" ministrada. Os resultados, com relação ao controle da HA, foram considerados muito bons.

Outro trabalho interessante é o de Mandriota, Bunken e Wilcox (1980). Seu objetivo era promover controle do uso de cigarros, nível de colesterol e pressão arterial. O trabalho foi desenvolvido através da formação de pequenos grupos de pacientes (6 a 12) onde eram informados e debatidos aspectos relacionados a esses fatores com a equipe de saúde (1 médico, 1 nutricionista e 1 especialista em cigarros). As reuniões eram conduzidas informalmente para facilitar a troca de experiências e de informações. Recursos áudio-visuais eram utilizados. As esposas dos pacientes eram convidadas a participar juntamente com eles. Eram realizados 8 a 10 encontros sema

nais com a duração de 90 minutos. O grupo parecia desenvolver motivação, aumentar conhecimento e mudar atitudes. Seu processo permitia aos participantes obterem realística compreensão e apreciação das implicações e consequências desses fatores de risco. Comportamentos suportivos entre os membros ocorriam (aprovação e encorajamento). Sentimentos e experiências eram expressados e trocados. Fatores ambientais eram identificados e discutidos. Falhas e sucessos na obtenção dos resultados eram abertamente discutidos. A auto-consciência e auto-controle eram estimulados. Os coordenadores ajudavam aos pacientes a evitarem metas irrealísticas ou implementação de muitas mudanças ao mesmo tempo. A obtenção das metas era um processo longo e difícil, mas a estimulação dos demais membros do grupo contribuía para a sua consecução. A equipe reunía-se regularmente para discutir a evolução do grupo e traçar estratégias individualizadas quando necessário. Esses encontros da equipe eram semanais. Terminado o período de 8 a 10 reuniões, era feita uma avaliação em relação às metas obtidas por cada participante, sendo então orientados no sentido de:

1. complementação através de abordagens específicas para um determinado fator através de atendimento individual ou de grupo conforme entendimento com o próprio paciente.

2. manutenção através de aconselhamento individual, reuniões de grupo, cartas, contatos telefônicos ou "comités" de participantes que ajudavam o "staff" na formação de novos grupos; esse con

tato era feito no máximo de 4 x 4 meses, sendo o ideal que fosse feito uma vez ao mês; a participação das esposas continuava sendo estimulada.

Esse trabalho revelou uma aderência considerada de boa a excelente em 62% dos casos.

Outros trabalhos parecem enfatizar mais o conjunto de medidas postas em prática para o atendimento específico do hipertenso. Ou seja, a eficácia em aumentar a aderência estaria na existência de um programa especìficamente traçado para atender ao hipertenso. Tais programas contariam, em princípio, com uma equipe multidisciplinar interessada, lançariam mão de estratégias educacionais e comportamentais, teriam fichas padronizadas para acompanhamento dos pacientes, que seriam vistos com maior frequência, de modo mais personalizado e pelos mesmos profissionais, e contactados quando houvesse qualquer descontinuidade no seu comparecimento. Assim é o trabalho de Kass (1982). O autor faz menção ao alto grau de não aderência no tratamento habitual do hipertenso como justificativa para programas específicos. Nesses programas, Kass inclui a detecção da HA em domicílio ou local de trabalho, visitas domiciliares de acompanhamento, contato após falta às consultas médicas, favorecimento de transporte e ajuste de horário para os atendimentos. ELe observou dois grupos de pacientes: submetidos aos cuidados habituais e submetidos aos cuidados específicos. Encontrou maior redução de morbilidade e mortalidade no segundo grupo, inclusive quanto a outras causas que não a HA. Ao final, Kass questiona que fatores precisamente fazem essa diferença. Questiona também a possibilidade de

diferença. Questiona também a possibilidade de introduzir esses fatores no sistema convencional de atendimento.

Para Gifford et alii (1981) devem ser criados programas comunitários de detecção e controle da HA mantidos a médio e longo prazo. Tais programas podem ser desenvolvidos a partir de clínicas especializadas, centros comunitários, unidades móveis ou visitas domicialires e nos locais de trabalho. Enfermeiras e assistentes sociais são úteis nesses programas. Fichas padronizadas para coleta de dados devem ser desenvolvidas, utilizando-se computador para processá-las. Endereço e telefone dos pacientes devem ser sistemàticamente anotados. Programas educacionais, utilizando inclusive recursos áudio-visuais, devem ser desenvolvidos junto às comunidades e aos locais de trabalho. Reforçamentos positivos devem ser utilizados para sustentarem o paciente no tratamento.

Segundo outros autores (Apostolides et alii, 1982; Baer, Parchment e Kneeshaw, 1981; Fielding e Breslow, 1983; Wassermann, 1982) o atendimento no local de trabalho aumenta a aderência e a eficácia do tratamento. Fielding propõe a utilização de panfletos, sessões de grupo e aconselhamento individual nesses locais. Apostolides sugere o atendimento nos locais de trabalho dada a constatação de que os homens tem mais dificuldade em aderir ao tratamento.

Grimm et alii (1982) descrevem também uma abordagem sistemática da comunidade para deteção, referência e "follow-up" de pessoas hipertensas apontando seus resultados positivos

quando comparados à tradicional abordagem médica ou a programas eventuais de detecção e referência. Idêntica constatação é feita por outros autores: Borhani (1982); Cooper (1984); Cummings et alii (1982); Marin, Ortuzar e Nuñes (1982); Moser et alii (1983).

Horvat (1983) descreve um programa comunitário voltado para a HA e relaciona seus principais objetivos:

1. educação do paciente
2. acompanhamento continuado
3. facilitação de expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas
4. fixação de contrato mútuo de metas a serem atingidas
5. envolvimento familiar
6. manutenção de exames físicos e laboratoriais anualmente
7. "feedback" para controle de PA e mudança de hábitos.

O programa envolve:

1. aula inicial sobre HA
2. elaboração de história completa do paciente
3. exame físico e solicitação de exames complementares.

4. preenchimento de cartão com os dados do paciente e que ficam consigo.

5. instruções verbais após as consultas

6. fixação de um contrato de metas a serem atingidas

As consultas são de 30 minutos e trimestrais. A primeira é de 60 minutos. Anualmente são repetidos os exames. As principais metas do programa são:

1. tornar o paciente responsável por seu tratamento

2. melhorar a relação equipe de saúde-paciente

3. fornecer educação sobre HA ao paciente

Restrepo et alii (1980) apresentam um programa de controle e seguimento da HA desenvolvida a partir de 1976 pelo Centro Cardiovascular Colombiano de Medellin, com apoio do Ministério da Saúde. O programa inclui história padronizada ao ingresso do paciente e repetida a cada ano do seguimento; protocolo onde se definem as normas do seguimento; fichário rotativo que permite detectar as interrupções do tratamento; fundo de recursos para aquisição e distribuição de medicamentos. A cada 6 meses é feito um corte para estabelecer o número de pacientes sob controle, número de pacientes falecidos, número de pacientes que abandonaram o tratamento e número de pacientes que não estão vindo (e que devem ser localizados). Visitas domiciliares são feitas na proporção de duas a três por ano na dependência das facilidades para serem realizadas. Os pacientes são vistos em média de 2 x 2 meses. Em dois anos ingres

saram 540 pacientes no programa. A maior proporção é de mulheres e o nível sócio-econômico é baixo. Os pretos apresentam hipertensões mais graves. Obteve-se queda da PA em cerca de 50 a 80% dos pacientes. A utilização de pessoal para-médico pareceu aumentar a eficiência do programa.

Florenzano et alii (1981) focalizam um programa implantado na periferia de Santiago do Chile, atendendo a uma população de cerca de 100.000 pessoas, a maioria de baixo nível sócio-econômico. A equipe era constituída de um médico geral, duas enfermeiras, um auxiliar de enfermagem, um assistente social, um nutricionista, e um especialista assessor. Ao médico eram referidos os pacientes para indicação de tratamento, casos com complicações ou efeitos colaterais. Ao hospital eram referidas as crises hipertensivas, doença hipertensiva complicada ou portadores de HA secundária. À enfermeira cabia certificar a existência de HA mantida; efetuar anamnese pré-estruturada e controlar o tratamento indicado pelo médico, com a detecção de possíveis complicações, mediante pautas pré-codificadas. Os resultados positivos são atribuídos por Florenzano à atenção mais personalizada que os pacientes recebem, ao acesso facilitado aos medicamentos e à presença de profissionais interessados no programa. A boa relação equipe-paciente e a organização do sistema de atenção centrado na doença parecem ser fatores decisivos no êxito do programa. As intervenções educacionais parecem contribuir para a aderência ao tratamento.

Não obstante a variedade de "técnicas" propostas para aumentar a aderência dos hipertensos ao tratamento, permanece

em aberto sua real eficácia. Haveriam fatores específicos promotores dessa aderência? Ou, na verdde, esses fatores seriam inespecíficos e relacionados à atenção dada ao paciente ? Nesse sentido, os programas de detecção e controle de HA seriam mais eficazes que o atendimento convencional ? As técnicas informativas são menos eficientes que as comportamentais ? Aumentar a aderência implica em melhor controle da PA ? Como conceituar aderência e como conceituar controle de PA ? Essas e outras questões parecem permear a grande maioria dos trabalhos sobre medidas educacionais e aderência ao tratamento. Segundo Egan et alii (1983) as variáveis do paciente tornam os resultados dos tratamentos medicamentosos e comportamentais inconsistentes. Nesse trabalho, Egan et alii (1983) as variáveis do paciente tornam os resultados dos tratamentos medicamentosos e comportamentais inconsistentes. Nesse trabalho, Egan tenta identificar atitudes psicológicas gerais ou estados que interferem com as estratégias de auto-controle para tratamento da HA. Foi selecionado um grupo de hipertensos submetidos a uma estratégia de tratamento envolvendo biofeedback, relaxamento, informações sobre exercício e dieta e reestruturação cognitiva. Foram feitas duas sessões semanais durante 8 semanas. Especìficamente, o treinamento consistiu de 14 sessões individuais e três grupais, de biofeedback e terapia de reestruturação cognitiva. O "follow-up" se fez após 6 meses e um ano. Ao final do tratamento encontrou-se, de um grupo de 35 pessoas, 23 cuja PA estava controlada e 12 cuja PA persistia elevada. Analisadas as características psicológicas dos dois grupos encontrou-se, como diferenças significativas, que

o grupo resistente apresentava mudanças em suas vidas no período entre 6 meses e um ano antes do tratamento (as mudanças de vida foram iguais para ambos os grupos nos demais períodos), além de que o grupo mostrava maiores níveis de ansiedade, hostilidade e sensibilidade interpessoal. A hipótese é que essas mudanças tenham influenciado o estado emocional e o agravamento da HA em indivíduos com sensibilidade cardiovascular. As mudanças registradas foram no sentido de perda de familiares ou de desajustes conjugais. Conclui-se que os procedimentos terapêuticos que exigem auto-controle, como dieta, uso de medicamentos, exercícios regulares ou práticas comportamentais (relaxamento, biofeedback), ficam prejudicados nesses indivíduos ansiosos e/ou deprimidos. Os autores sugerem que o sofrimento psicológico deve exercer papel significante na aderência do hipertenso ao tratamento e propõe que esses pacientes devam, antes de iniciarem o tratamento (ou em concomitância com ele), serem submetidos a uma abordagem psicoterápica. Alguns pacientes se beneficiariam de terapia familiar ou aconselhamento conjugal.

Como vimos, são várias as razões da não-aderência ao tratamento. Algumas, ligadas à doença e ao próprio tratamento. Outras, ligadas à equipe de saúde. E outras, ainda, ao próprio paciente. Se a doença é crônica e assintomática, mas potencialmente perigosa pelos danos que inflinge ao organismo, há que se conscientizar disso o paciente. Nesse sentido, seriam pertinentes as medidas educacionais (através de palestras, folhetos, ou veiculadas pelos meios de comunicação). Todavia,

o que constatamos é que tais medidas, por si, são insuficientes se não houver motivação por parte do paciente. Será também essa motivação que certamente lhe permitirá suportar o uso prolongado de remédios e as mudanças de hábitos (como dieta e exercícios) exigidos pelo tratamento. Logo, as medidas destinadas a aumentar a aderência devem, antes de mais nada, visar à motivação do paciente.

Supomos que a base de sua desmotivação seja, por um lado, sua configuração psíquica interna, seu modo particular de avaliar e enfrentar sua existência e, por outro, a falta ou precariedade de suportes externos capazes de alentá-lo na luta contra a doença:

Havemos de começar pelo segundo aspecto. A equipe de saúde precisa também estar motivada a tratar desses pacientes. A instauração pura e simples de um programa de atendimento ao hipertenso não garante, por si só, sua eficácia. A equipe precisa acreditar no trabalho e querer desenvolvê-lo. E precisa se constituir de uma tal forma que funcione como suporte para seus pacientes. A intervenção do psicólogo, nesse sentido, será a de apoiar a equipe através de interconsultas ou de grupos de reflexão e/ou discussão de casos (grupos-balint). A discussão conjunta de casos permitirá à equipe sentir-se mais segura, dividir melhor a responsabilidade sem se eximir dela e compreender melhor o significado da doença dentro do contexto de vida do doente. O psicólogo estimulará o médico a personalizar mais o seu atendimento marcando o horário das consultas, reduzindo o intervalo entre essas consultas e dando um pouco

mais de tempo para que os aspectos ligados à pessoa do paciente possam ser ventilados.

O bom relacionamento equipe-paciente, por sua vez, propiciará a este sentir-se mais protegido e com mais possibilidade de dividir suas angústias. Certamente se sentirá mais seguro para expressar seus sentimentos, e estimulado a tentar reconstruir sua história, compreendê-la mais plenamente, e até exercitar outras formas de lidar com a sua vida, diferentes das que vinha usando até então.

A oportunidade dada ao paciente de confrontar-se com outros hipertensos (através dos grupos de hipertensos), se conduzida num clima suportivo, servirá também aos objetivos acima ventilados. Aí sim, as técnicas informativas terão maior probabilidade de gerar os efeitos delas esperados, porque veiculados por uma equipe interessada e coesa a pacientes apoiados e motivados.

Estas considerações nos fazem crer que as medidas de aderência ao tratamento da HA, na verdade, já se constituem em medidas terapêuticas. Aderir ao tratamento ou tratar-se é a mesma coisa. Clàssicamente, quando nos dedicamos ao estudo dos recursos terapêuticos de uma dada afecção, preocupamo-nos com recursos específicos mas, habitualmente, deixamos de lado um importante aspecto dessa terapêutica que são as medidas necessárias à aderência do paciente. Por outro lado, em outras ocasiões, são organizados programas para ampliar o conhecimento sobre a doença (e, em consequência, a aderência ao seu tra

tamento), mas de forma dissociada dos procedimentos terapêuticos específicos, o que redunda, frequentemente, em insucesso. O primeiro ponto a considerar no âmbito das medidas facilitadoras da aderência é a necessidade de abordagens particularizadas, que levem em conta a história e circunstâncias atuais da vida do paciente. Outro aspecto importante para motivá-lo a se tratar é encontrar uma equipe motivada a tratá-lo. Dessa motivação da equipe, emerge um sentimento de atenção e aceitação dentro do paciente.

O contato a dois, médico-paciente, ou o contato entre vários pacientes e o(s) terapeuta(s) (grupo de hipertensos) será então o ambiente propício, adequado à veiculação de informações necessárias acerca da doença. Será também o espaço adequado à facilitação da expressão de sentimentos e à reflexão sobre sua vida e sua doença, permitindo uma compreensão particularizada de cada paciente. Tal contato é promotor de aderência... e é terapêutico. A possibilidade de continuidade desses contatos (expressada pela frequência regular dos atendimentos, garantia dos horários dos atendimentos e manutenção da mesma equipe que atende ao paciente) será fator crucial como elemento de suporte ao paciente. A preocupação da equipe em contactar com ele, caso venha faltando ao tratamento, e de manter contato com seu ambiente familiar e de trabalho, certamente serão outros fatores de aderência.

Os grupos de hipertensos e a "psicoterapia" feita pelo médico, enquanto veiculadores de informações e promotores de reflexão e expressão emocional, de conscientização das cir

cunstâncias de sua vida atual e passada interagindo com a doença. constituem-se a nosso ver, nas medidas básicas e fundamentais de aderência ao tratamento, ao mesmo tempo em que são medidas terapêuticas (ou psicoterapêuticas "sensu-latu"). Ao discutirmos, adiante, as técnicas comportamentais e psicoterápicas utilizadas no tratamento dos hipertensos, estaremos dando continuidade a esse pensamento, e nos referindo a algumas técnicas mais especìficamente psicoterápicas.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Segundo Laughlin (1981) e Shapiro e Jacob (1983) existem ainda muitas questões em aberto acerca da utilização das técnicas comportamentais, para o tratamento da HA. A primeira delas diz respeito à sua validade. Embora grande número de trabalhos se refiram aos efeitos positivos dessas técnicas, eventualmente seus resultados são questionados (Kaplan, 1981). A segunda questão consiste em distinguir efeitos específicos e inespecíficos. Shapiro cita trabalho desenvolvido por Patel e North em 1975 demonstrando os efeitos específicos do tratamento com relaxamento e biofeedback. Diz, todavia, que outros autores como Blanchard, Brannes e Frankel enfatizam a importância de fatores inespecíficos, tal como ocorre na relação médico-paciente. Wadden (1984) faz também considerações a respeito da influência dos fatores inespecíficos (como a expectativa positiva em relação ao tratamento) e cita trabalho de Agras demonstrando que, se a instrução dada ao início do relaxamento é que a PA só baixaria após algumas sessões, isso efetivamente acontecia. Cita ainda o trabalho de Taylor mostrando equivalência entre resultados com relaxamento e com psicoterapia suportiva após "follow-up" de 6 meses, embora o relaxamento tivesse sido mais efetivo ao final do programa de 5 semanas.

Outra questão discutida é sobre a superioridade entre as diversas técnicas, sendo também aqui os resultados conflitantes. Para Luborsky et alii (1982) a escolha da técnica depende do tipo de paciente. Taylor e Fortmann (1983) conside

ram importante a relação terapeuta-paciente. Andrews et alii (1982), comparando as várias técnicas, registraram resultados satisfatórios com yoga e relaxamento muscular e resultados insatisfatórios com meditação e biofeedback. Não obstante, ponderam os autores, que nem sempre os resultados mais imediatos são os mais consistentes. Alguns propugnam a utilização combinada de várias técnicas como Bair e Levenberg (1975) ao descreverem um paciente onde se aplicou uma abordagem multi-modal de acordo com as demandas do paciente (para sua tensão e ansiedade, utilizou-se o relaxamento muscular; para a pouca consciência do paciente em relação à sua tensão muscular, foram utilizadas instruções verbais, imagens mentais e relaxamento de grupos musculares específicos; e para os aspectos cognitivos e interpessoais, utilizou-se o "rational disputation"). Já Gaus, Klingenburg e Kohle (1983) propõem que a abordagem do hipertenso se faça utilizando técnicas de relaxamento, discussões em grupo e psicoterapia focal.

Outra questão ainda diz respeito à manutenção dos efeitos de redução da PA uma vez cessado o tratamento comportamental. Segundo Kaplan (1982) o relaxamento pode baixar a PA mas, geralmente, seus efeitos não são sustentados. Agras, Schneider e Taylor (1984), pesquisando as causas da não-manutenção dos efeitos do relaxamento, encontraram, como fator principal, a ocorrência de mudanças de vida do paciente (doenças, separações conjugais, etc) propondo então que, nessas circunstâncias, seja dado apoio à abordagem dessas mudanças, antes de prescrever re-treinamento do relaxamento. Para Richter-Heinrich

et alii (1981) os efeitos benéficos a longo prazo dependem da manutenção regular do relaxamento. Southam et alii (1982) relataram a manutenção dos efeitos positivos do relaxamento seis meses após a cessação do tratamento e Bali (1979) registrou sua manutenção após um ano de cessado o relaxamento.

O que se depreende do conjunto de trabalhos que abordam as técnicas comportamentais aplicadas ao tratamento da HA, é a sua utilidade como elemento coadjuvante desse tratamento respeitadas as características do paciente.

As técnicas comportamentais mais frequentemente usadas no tratamento da HA, segundo Wadden e Torre (1980) são: relaxamento muscular progressivo; meditação transcendental; meditação budista; resposta-relaxamento de Benson; biofeedback; yoga; hipnose e instruções para baixar o PA. Essas técnicas são agrupadas por Wadden, sob quatro títulos ou categorias principais: as que produzem relaxamento muscular; as que produzem um estado meditacional, caracterizado por reduzida frequência respiratória; as que promovem efeitos hipnóticos e as que promovem biofeedback. Wadden afirma que os mecanismos fisiológicos que levariam à redução de PA ainda não estão bem estabelecidos. Para Benson (citado por Wadden), o estado de relaxamento promoveria uma resposta hipotalâmica que resultaria em redução da atividade simpática. Segundo Wadden, não seria o relaxamento muscular o responsável pela redução da PA e sim a redução da frequência respiratória provocada pelo relaxamento. As pesquisas tem demonstrado que os efeitos obtidos com as técnicas comportamentais (sobretudo relaxamento e biofeedback) su

peram o efeito-pacebo. O biofeedback parece não apresentar significativa diferença em relação às técnicas de relaxamento. Já a hipnose não tem obtido suficiente aprovação de sua eficácia. Para Wadden, as técnicas de relaxamento seriam preferíveis dado a serem acessíveis ao médico geral, praticamente não apresentarem contra-indicações e poderem ser aplicadas a indivíduos de mediana inteligência e nível sócio-econômico. O êxito do tratamento dependeria ainda do grau de informação e motivação do paciente, bem como de um adequado relacionamento com o terapeuta. Seus efeitos a longo prazo dependerão de o paciente continuar praticando o relaxamento.

Segundo Jacob (1984) as técnicas comportamentais mais utilizadas são: relaxamento e biofeedback. Dentre as formas de relaxamento ele destaca:

1. relaxamento muscular progressivo de Jacobson - o paciente vai relaxando os diversos grupos musculares.

2. meditação - o paciente dirige sua atenção para um estímulo mental específico como som ou pensamento; da meditação transcendental, Benson, excluindo os aspectos religiosos, criou a "relaxation response", método que consiste em a pessoa, sentada numa posição relaxante, repetir mentalmente a palavra "one".

3. relaxamento autógeno de Schulz - o paciente deve meditar sobre "frases autogênicas" que refletem sensações físicas experienciadas durante o estado de relaxamento (meu braço está pesado, meus pés estão quentes).

Algumas práticas de meditação, ao contrário de reduzirem os estímulos cardiovasculares o aumentam e seriam, por isso, contra-indicadas na HA. Segundo Jacob, o relaxamento, por exigir menos aparato e não ter contra-indicações, seria preferível à meditação e ao biofedback. A intensidade e duração de seus efeitos são discutíveis. As técnicas comportamentais, de um modo geral, parecem não ser tão eficientes quanto as drogas hipotensoras, mas teriam importância como coadjuvantes destas, e naqueles casos em que efeitos colaterais se tornassem indesejáveis. Os pacientes devem estar motivados para o tratamento, informados acerca da técnica e serem suficientemente inteligentes para entenderem as instruções. O tratamento deve ser mantido pelo menos durante seis meses.

O relaxamento tem sido uma das técnicas comportamentais mais utilizadas no tratamento do hipertenso. Southam et alii (1982) compararam dois grupos, sendo um deles submetido a oito sessões de 1/2 hora a intervalos semanais de instrução individual em relaxamento muscular progressivo. Foi também dada instrução e prática no uso de relaxamento breve durante o trabalho e recomendada prática de relaxamento diário usando um conjunto de três "tapes" preparados pelo terapeuta. O grupo submetido ao relaxamento obteve redução da PA em repouso e durante as atividades diárias e por um período de seis meses após as sessões de treinamento.

Para Vaitl (1982) quase todas as formas de estratégias comportamentais para manejo de estresse envolvem relaxamento

corporal como principal componente terapeutico. O relaxamento produz sensação de tranquilidade, diminuição da vigilância consciente, relaxamento muscular, diminuição da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da atividade eletrodérmica e vasodilatação periférica. O relaxamento pode ser induzido por hipnose, treinamento autógeno, relaxamento muscular progressivo, controle respiratório e meditação. Ainda segundo Vaitl, a despeito da falta de estudos sufucientemente controlados, o relaxamento parece provocar alguma diminuição de PA de modo superior à utilização de um placebo. Seu resultado parece ser inferior ao uso de drogas mas parece ser útil como meio coadjuvante. O mais questionado são seus efeitos a médio e longo prazo.

Segundo Agras (1981-82) a possibilidade de o relaxamento muscular baixar a PA foi aventado há cerca de 50 anos atrás por Jacobson mas o assunto foi deixado de lado até a década de 60 quando então foi retomado. O relaxamento tem se mostrado mais promissor que outras técnicas como a hipnose, biofeedback, repouso, psicoterapia ou nenhum tratamento. As melhoras são moderadas mas significativas e parecem ser generalizadas às atividades diárias do paciente, embora sua manutenção a longo prazo seja questionada. Os ingredientes comuns a todas as formas de relaxamento no tratamento da HA são: focalização mental (atenção voltada para um estímulo repetitivo); conscientização (expectativa consciente e reforçada pelas instruções que a PA baixará) e relaxamento de todos os grupos musculares. O treinamento em relaxamento muscular usualmente ocupa de 6 a 8 sessões, sendo os participantes encorajados a praticarem o

procedimento em casa por 15 a 20 minutos cada dia. Não se sabe ainda exatamento quais os mecanismos que levam à queda da PA a partir do relaxamento. Parece que instruções sugestivas de que a PA vai baixar, influenciam efetivamente sua baixa. Pelo seu baixo custo e quase ausência total de contra-indicação (só existirá nos casos de pacientes psicóticos ou daqueles indivíduos que fiquem ansiosos com a técnica), o relaxamento, para Agras, parece ser um procedimento útil como complemento para o tratamento da HA.

Em outro trabalho (1983), Agras compara grupos de pacientes submetidos a relaxamento, com grupos tomando medicação hipotensora e grupos tomando medicação e fazendo psicoterapia. O grupo submetido a relaxamento obteve os melhores resultados com relação à redução da PA. O grupo em psicoterapia solicitou que a mesma continuasse e Agras comenta que a psicoterapia não é placebo para efeitos psicológicos mas é para redução da PA. Os efeitos persistentes do relaxamento foram pesquisados nesse trabalho recebendo os pacientes de tempo em tempo um "reforço" do seu treinamento. Novamente foram registradas significativas reduções de PA. Ele acha que as dificuldades na manutenção devem-se ao fato de o paciente não conseguir manter o relaxamento em casa com a mesma eficácia de quando efetuado ante o profissional. O outro detalhe é a dificuldade de se obterem momentos em casa livres de distração. Segundo Agras, os mecanismos de atuação do relaxamento não são claros. Ele aventa a hipótese de que estímulos percebidos como ameaçadores sobretudo quando sentidos como incontroláveis ou inevitáveis, ge

rem uma reação do tipo luta-fuga que tem origem no hipotálamo, desencadeando aumento de tonus muscular, taquipnéia, elevação da PA, liberação de catecolaminias e corticóides. Essa percepção é muito individual e desperta determinados comportamentos como "estratégias" para enfrentar o estresse, incluíndo se o uso de fumo, álcool, super-alimentação, excesso de trabalho que, por sua vez, são estimulantes da elevação da PA. Os níveis, frequente e prolongadamente aumentados da PA face a esses estímulos, provocam alterações nas arteríolas e nos pressoceptores, que tendem a manter elevada a PA, caracterizando a doença hipertensiva. O relaxamento produziria por alguma forma de "feedback", a redução da PA. Benson, citado por Agras, formulou a hipótese que o relaxamento afetaria não só a liberação de catecolaminas, mas os receptores tissulares que elas ativam. Talvez o relaxamento libere um neuro-hormônio que atuaria sobre esses receptores. Patel, também citado por Agras, sugere que o relaxamento reduza o nível de aldosterona.

Segundo Glascow, Gaarden e Engel (1982) o relaxamento parece reduzir a PA diminuindo o débito cardíaco, porquanto o biofeedback reduziria a resistência vascular. Eles utilizaram vários grupos, inclusive controle, para comparar os efeitos do relaxamento e do biofeedback. Todos os grupos, inclusive o controle (efeito de regressão à média?) tiveram sua PA reduzida. Os grupos de tratamento, todavia, tiveram reduções maiores e o grupo, feedback depois relaxamento, foi o que mais redução obteve. A proposta é que os pacientes portadores de HA leve sejam tratados durante 3 meses com monitorização da PA

e reforçamento, a seguir tres meses de biofeedback e, a seguir, outros tres meses de relaxamento antes de qualquer medida medicamentosa.

Crowter (1983) comparou pacientes que tinham sua PA controlada semanalmente, com outros dois grupos que eram submetidos a técnicas de relaxamento por imagens relaxantes, sendo um deles submetido também a treinamento para manejo de estresse. Essa técnica de relaxamento consiste na visualização de imagens relaxantes com concentração em sugestões de leveza, suavidade, relax. O tratamento foi individual e levou oito semanas. Os resultados indicam que essas técnicas foram mais eficazes que o mero controle da PA, e não houve diferença significativa entre os dois últimos grupos. Os efeitos se mantiveram em "follow-up" após três meses. O autor faz considerações sobre a possibilidade de fatores inespecíficos terem influenciado os resultados e a motivação para o tratamento já que os observados foram voluntários. Discute-se também a eficácia da prática do relaxamento feito repetidamente em casa.

Kallinke, Kulick e Heim (1982) propuseram-se a treinar hipertensos não só com técnicas de relaxamento mas com formas de identificar e enfrentar situações estressantes de vida. Os pacientes tinham sua PA monitorizada durante a anamnese e no decorrer de testes geradores de estresse. Em seguida foram submetidos a 12 sessões de 90 minutos cada, onde aprendiam a relaxar e a fazer análises funcionais das situações que elevassem sua PA. Os pacientes eram tratados individualmente e em grupos. Não houve diferenças significativas entre os trata

dos individualmente e em grupo, nem entre aqueles que usavam remédios e os que não usavam. O autor enfatiza a heterogeneidade do grupo de hipertensos, exigindo variedade de recursos terapêuticos e indicações particularizadas desses recursos. Diz que técnicas de relaxamento e enfrentamento de estresse podem ser ministradas em geral, mas abordagens específicas devem ser efetuadas para determinados conflitos.

Wadden (1983) observou aumento de aderência ao relaxamento quando os pacientes o faziam acompanhados de suas esposas, mas esse aumento na aderência não correspondeu a maior redução da PA. Observou ainda que houve grande variabilidade pessoal em relação aos resultados do relaxamento, atribuindo-o a fatores fisiológicos e neuro-humorais e a características comportamentais e de personalidade. Houve relação inversa entre redução dos níveis tensionais e características de personalidade do tipo A (competitividade; agressividade; urgência de tempo; devoção ao trabalho). O autor aventa a possibilidade de fatores inespecíficos contribuírem para o resultado (como a maior atenção dispensada pela equipe de saúde).

Bali (1979) observou manutenção do efeito hipotensor do relaxamento após 12 meses. As reduções de PA foram obtidas em pacientes com HA leve. Não houve correlação entre redução da ansiedade e redução da PA, não parecendo portanto que a maior ansiedade corresponda maior PA. Para Guyton, (citado por Bali), se os fatores hipertensivos desaparecem, a PA volta ao normal, mas se esses fatores persistem há um ajustamento dos pressoceptores ao novo limiar, de tal modo que, mesmo ces

sados os fatores desencadeantes, a PA se manteria em níveis elevados. A manutenção da PA em níveis mais baixos, após o período de relaxamento, seria devida ao reajuste dos pressoceptores ao nível mais baixo de PA obtido nesse período, pela ação do relaxamento.

Bertilson, Bartz e Zimmerman (1979) relatam experiência com colegiais portadores de HA leve submetidos a um programa de relaxamento e biofeedback. A utilização de colegiais tomou por base a observação de Bisk e Schartz e Shapiro de que as abordagens comportamentais são mais eficazes nos hipertensos de curta data, pois com o tempo instalam-se alterações anatômicas vasculares que dificultam o controle fisiológico. Os resultados não foram consistentes dada à inexistência de grupo controle, mas o autor sugere ser necessária a generalização do relaxamento para as situações do dia a dia bem como a incorporação do relaxamento como hábito de vida, orientando as pessoas a praticá-la em casa diàriamente por 15 a 20 minutos.

Outra técnica comportamental frequentemente utilizada no tratamento da HA é o biofeedback. Segundo Ciarcia e Leigh (1981), biofeedback pode ser definido como técnica de prover informação através de moderna instrumentação eletrônica, acerca de um específico processo fisiológico que não é usualmente claramente percebido pelo indivíduo. Condicionamento clássico é uma forma primitiva de aprender a partir da associação temporal entre um estímulo neutro e outro que provoca uma resposta específica (estímulo incondicionado) resultando na capacidade do estímulo neutro (condicionado) provocar a resposta habitualmen

te provocada pelo estímulo incondicionado na ausência deste. Este tipo de aprendizagem ocorre automática e involuntariamente nele funcionando o sistema nervoso autônomo. Condicionamento operante envolve o reconhecimento de gratificações e punições condicionando o comportamento do indivíduo. Nesse caso há participação do sistema nervoso voluntário através de ação sobre os músculos esqueléticos. Trabalhos tem mostrado que é possível atuar sobre o sistema nervoso autônomo a partir de condicionamento operante. Shapiro e Schwartz, citados por Ciarcia e Leigh, mostraram que estudantes aprendiam a controlar PA e frequência cardíaca através de condicionamento operante. No homem, parece que a simples experiência de controlar suas reações fisiológicas já funciona como recompensa e assim emergiu o conceito de biofeedback. As sessões de biofeedback são usualmente curtas (de poucos minutos a cerca de 30 minutos). Podem ser repetidas várias vezes ao dia ou semanalmente. O biofeedback pode ser utilizado em combinação com o biofeedback de resposta galvânica de pele; yoga; relaxamento; meditação. Os resultados do controle da PA com biofeedback são contraditórios sobretudo no que tange aos resultados a médio e longo prazo. Parece que os melhores resultados são obtidos mediante a utilização de técnicas combinadas. Ciarcia e Leigh especulam que a HA é uma doença de múltiplos fatores e que as pesquisas devem evoluir para a caracterização de subgrupos (tal como está ocorrendo com a depressão). A partir desses sub grupos é que se poderiam então estudar a eficácia das várias técnicas empregadas para o controle da hipertensão e, dentre elas, o biofeedback.

Patel, Marmot e Terry (1981), utilizando empregados de uma empresa que tinham elevação da PA, do colesterol e consumo de cigarros acima de 10 por dia, formaram dois grupos, sendo um de controle. O grupo experimental foi submetido a sessões semanais de biofeedback associado a relaxamento e manejo de estresse de uma hora de duração durante oito semanas. A ambos os grupos foram dadas instruções sobre PA e métodos de tratamento. A redução da PA foi maior no grupo experimental após as oito semanas e em "follow-up" após oito meses. Houve também redução nos níveis de aldosterona circulante, mas só após as oito semanas. Isto sugere mecanismos diferentes para redução a curto prazo e manutenção da redução a longo prazo da PA.

Schwartz e Shapiro (1973) consideram o biofeedback um fator coadjuvante no tratamento da HA em associação com outras medidas terapêuticas. Parece que o hipertenso reflete um estado de luta ou fuga traduzido por aumento da tensão muscular e do débito cardíaco. Esses pacientes, dada a dificuldade em expressar ansiedade ou raiva, estariam constantemente em "estado de alerta". Assim caberia ensinar aos pacientes a relaxar somàticamente (1º nível); reconhecer situações de medo ou raiva e poder expressá-las (2º nível); aprender a evitar as situações de raiva ou medo minimizando-as ou modificando o ambiente (3º nível). As técnicas de relaxamento, yoga e meditação estariam no primeiro nível. Treinamento assertivo e "role-playing" no segundo e psicoterapia verbal e comportamental no terceiro. O biofeedback pode ser útil associado às técnicas de relaxamento para controle direto da PA (1º nível) ou na identificação de fa

tores que contribuem para a sua elevação (2º e 3º níveis). O importante é que ele seja visto como um recurso a mais no tratamento multi-modal da HA, como proposto no trabalho de Bair e Levenberg (1979), e em consonância com os principais objetivos da intervenção psicológica, definidos por Lachman em 1973 e transcritas nesse trabalho:

1º. ajudar o indivíduo a compreender e aceitar o papel da emoção no desenvolvimento da doença;

2º. ajudá-lo a identificar os fatores que desencadeiam tal reação (tanto internos quanto externos);

3º. ajudá-lo a adquirir controle sobre esses fatores;

4º. ajudá-lo a modificar os padrões de reação autonômica para níveis mais normais.

Habitualmente as intervenções comportamentais incluem relaxamento ou meditação durante períodos do dia não estressantes. Numa segunda categoria, elas incluem técnicas a serem aplicadas quando os pacientes enfrentam situações estressantes. Mas são raras as intervenções que treinam os indivíduos a usarem determinadas respostas (de enfrentamento) para situações estressantes geradas dentro do tratamento e, adicionalmente, aplicarem tais respostas diante de situações estressantes do dia a dia. Jorgensen, Houston e Zurawaski (1981), com esse objetivo, treinaram grupos de tres a cinco pacientes em sessões de aproximadamente 75 minutos, semanais, durante seis semanas. O treinamento consistiu, numa fase inicial, em ensinar aos pa

ientes relaxamento muscular. Em seguida, eles eram instruídos a imaginar uma cena que provocasse ansiedade e usar a experiência de ansiedade como sugestão para empregar o relaxamento como meio de reduzí-la. Finalmente, eram encorajados a usar sua habilidade de relaxamento quando ocorressem experiências de ansiedade em seu dia a dia. Na primeira sessão, os pacientes recebiam instrução em vídeo-tape sobre relaxamento muscular e seus benefícios, sendo instruídos a praticarem relaxamento em ambiente calmo durante 15 minutos, duas vezes ao dia. Nas sessões seguintes, discutia-se a eficácia da tarefa de casa e depois havia 10 minutos de vídeo-tape sobre relaxamento e sua utilização em situações de estresse. Os pacientes imaginavam uma cena de sua vida que associavam a alta emoção (ansiedade ou raiva) e, em seguida, recomeçavam o relaxamento. Ao final, eles eram instruídos a usar a tensão como sugestão para aplicar o relaxamento em situações da vida real. Concluiu-se, após o trabalho, que essa técnica pode ser útil como coadjuvante do tratamento. Enfatizou-se que, como só 60% dos hipertensos convidados efetivamente participaram do tratamento, depreende-se que seus resultados limitam-se àqueles suficientemente motivados a participar de semelhante programa.

Kallinke, Kulick e Heim, em trabalho que já citamos, (1982) ponderam que embora técnicas gerais de enfrentamento do estresse possam ser úteis, é fundamental que sejam feitas abordagens específicas para determinados conflitos. Em seu trabalho eles apresentam um grupo de hipertensos que foram treinados com técnicas de relaxamento mas também com formas de iden

tificar e enfrentar situações estressantes de sua vida, a partir da monitorização da PA no transcurso da anamnese e de testes geradores de estresse.

Crowther (1983) comparou a eficácia de tres procedimentos no tratamento de 34 indivíduos com HA: manejo de estresse + relaxamento; relaxamento; grupo controle. Encontrou redução da PA que se manteve durante seis meses nos dois primeiros grupos. Não houve, todavia, diferenças significativas entre os dois, sugerindo que o principal efeito tenha sido o do relaxamento e não o manejo do estresse.

Outra técnica aventada como de utilidade no tratamento da HA é o registro da PA pelo próprio paciente, que lhe propiciaria "feedback" de situações e estratégias capazes de modificar sua PA. Esse registro tem efeitos positivos (maior autocontrole) e negativos (maior ansiedade). Laughlin, Fisher e Shemard (1979) utilizaram 60 pacientes que tiraram a PA em casa durante um mes (foram controladas as mudanças de medicação). Houve redução da PA superior a 10mm entre os primeiros e últimos dias da observação. O decréscimo da PA foi atribuído a quatro fatores: efeito-placebo ou aderência aumentada devido ao programa instaurado; atenção aumentada por parte da equipe de saúde; habituação da PA às condições de medição; efeito de biofeedback (controle de fatores que estariam influenciando a PA). Os autores propugnam que a habituação e o biofeedback sejam os mecanismos mais importantes. Segundo Laughlin, o efeito de tratamento do registro da PA em casa parece assemelhar-se ao do

relaxamento e biofeedback instrumental e propõe que maiores pesquisas se desenvolvam nesse sentido.

Gelman (1981), partindo do princípio que o registro da PA pelo próprio paciente aumente a aderência ao tratamento, propõe como método de registro que se use o aparelho de pressão sem o estetoscópio como modo de facilitar esse registro. O paciente insufla o aparelho até desaparecerem os batimentos arteriais do seu braço. A seguir solta lentamente a pera e quando recomeçarem as pulsações, registra a PA sistólica. Continua a soltar lentamente e quando desaparecerem os batimentos, registra a diastólica. O método foi testado entre hipertensos, normotensos e pacientes cateterizados, observando-se elevada correlação. Observou-se todavia que há um grupo de pacientes que não consegue sentir seus próprios batimentos. Torna-se necessário portanto que seja verificada a habilidade do paciente em detectá-los. Na amostra utilizada, cerca de 30% dos hipertensos, 20% dos cateterizados e nenhum dos normotensos mostraram-se incapazes de registrar adequadamente a PA. De modo análogo, Tursky, Papillo e Friedman (1982) propõem que, mantendo o esfigmanômetro insuflado medianamente, variações na intensidade das pulsações corresponderão a variações da PA, e isto permitirá um "feedback" sem sofisticação instrumental, na própria casa do paciente.

Outras técnicas comportamentais tem sido utilizadas no tratamento da HA. Sundar et alii (1984) apresentam o resultado positivo do tratamento de HA com yoga em 25 pacientes. Miller (1982) fez pesquisa com 96 pacientes e 8 "rezadores" com base nos estudos de Alexis Carrel acerca de curas espontâneas de

várias doenças onde um "estado de prece" é indispensável à ocorrência desses fenômenos, concluíndo que:

1º. o procedimento básico da "prece" ou "cura" "mental" consistiu de: relaxamento; mentalização de Deus como infinita energia e poder; mentalização de a pessoa sentir-se ou estar em perfeita saúde e agradecimento a Deus por essa força;

2º. a eficácia do "tratamento" depende do "rezador" e da pessoa;

3º. houve um efetivo decréscimo da pressão sistólica dos pacientes mas não da diastólica;

4º. os resultados só se registraram dentro de poucos dias depois da "prece" devendo portanto a mesma ser repetida.

Pelo exposto depreende-se que a utilização de técnicas comportamentais para o tratamento da HA pode ser útil como coadjuvante, dentro da perspectiva multifatorial que a doença apresenta. As técnicas de relaxamento, por sua simplicidade e segurança, parecem ser as mais adequadas. Há necessidade, todavia, de reforçamentos temporários por parte do terapeuta, e a sua utilização como hábito, pelo paciente, durante suas atividades diárias. Parece também necessária uma boa relação terapeuta-paciente, bem como a abordagem de situações conflitivas específicas da vida desse paciente, que podem interferir ou prejudicar sua aderência ao tratamento comportamental. Os mecanismos íntimos através dos quais o relaxamento produz redução sustentada da PA são ainda discutíveis, talvez podendo ser conside

rados efeitos sobre o hipotálamo por via reflexa, ou sobre os receptores adrenérgicos a partir de algum neuro-hormônio liberado pelo relaxamento (Benson - citado por Agras, 1983).

TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA DINÂMICA

A abordagem psicoterápica de pacientes psicossomáticos esbarra em princípio na motivação desses pacientes. A demanda se faz habitualmente para cuidados médicos, antes que para cuidados psicológicos. Há uma natural dificuldade em correlacionar aspectos somáticos com psíquicos e os pacientes resistem a serem tratados por outros métodos que não os clàssicamente utilizados (tais como a prescrição de medicamentos). Isto traz obstáculos à psicoterapia de hipertensos. Sifneos, em 1967 desenvolveu o conceito de alexitimia que é a dificuldade de o indivíduo expressar sentimentos por palavras. Este autor (citado por Appel-Savitz, Silvermann e Bennett, 1977), publicou trabalho em que contra-indicava a terapia psicodinâmica em pacientes psicossomáticos, sugerindo técnicas que reduzissem a ansiedade. A terapia individual mesmo suportiva, frequentemente é frustrante. Para Gagè e Egan (1984) esses indivíduos tenderiam a se expressar somàticamente, dentro de uma perspectiva biológica, devido a um bloqueio à passagem dos estímulos do sistema límbico à região cortical, provocando assim um hiperfluxo de estímulos ao hipótalamo e ao sistema nervoso autônomo. Do ponto de vista psicodinâmico, esses indivíduos se expressariam somàticamente em função dos mecanismos de repressão que impediriam a verbalização das emoções. Os autores citam ainda estudos de Osti e Flannery mostrando que os hipertensos são mais alexitímicos que a população geral.

Num painel de discussão (1977) sobre problemas de psicoterapia realizado no decurso do 11º Congresso Europeu de Medicina Psicosomática em Heidelburg, o tema central da discussão foi a possibilidade de se abordar psicoterapicamente (mais especificamente com orientação psicanalítica) pacientes psicossomáticos. Embora a opinião geral fosse a de que alguma forma de psicoterapia possa ajudar esses pacientes, o tipo de terapia é discutido, sugerindo-se técnicas corporais, terapias suportivas até as analiticamente orientadas. Para alguns, a alexitimia seria reforçada pela atitude médica, que privilegia a doença e não o doente, devendo então ser dada ênfase ao trabalho com os médicos. Para outros, a somatização deve ser encarada como forma de defesa e de expressão e que seria usada em grau maior ou menor por todos. Para outros ainda é necessário escolher a técnica psicoterápica adequada a cada paciente e a psicoterapia dinamicamente orientada não parece ser a mais apropriada para os alexitímicos. É preciso também não esquecer que o sofrimento físico exige intervenção que diretamente alivie o paciente e sòmente com a percepção de que drogas ou exames não são suficientes é que o mesmo se dispõe a aceitar outras formas de envolvimento (como o psicológico, por exemplo). Os pacientes psicossomáticos precisam, antes de mais nada, de um clima de tolerância e aceitação. A somatização pode ser vista como uma forma distorcida da comunicação nos primeiros anos de vida e, por isso, difícil de ser abandonada.

Ford e Long (1977) descrevem sua experiência com um grupo de pacientes psicossomáticos. O trabalho em questão foi

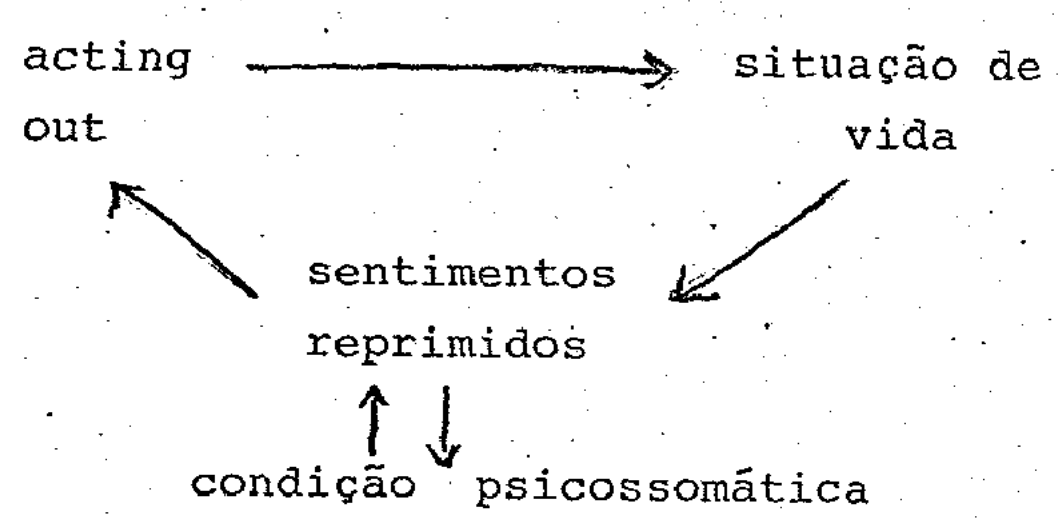
desenvolvido em sessões semanais de 75 min., sem tempo determinado, e aberto à entrada e saída dos seus componentes. Os grupos eram de 8 a 12 com média de frequência de 4 a 6. O objetivo era facilitar a expressão de afetos e as relações interpessoais. Haviam 1 a 4 sessões de entrevista para remeter os pacientes ao grupo. Era dito que o grupo compunha-se de pessoas com problemas físicos e emocionais e nenhuma promessa de melhoria física era feita. Os cuidados pelo médico clínico eram estimulados a continuar. A idade variava dos 20 aos 70 anos e haviam mais mulheres do que homens (na proporção de 2 para 1). O médico era o terapeuta e a assistente social, co-terapeuta. No momento a assistente social é a terapeuta e estudantes de serviço social são co-terapeutas. Há supervisão com o médico. A maioria dos pacientes rejeita a associação de conflitos emocionais com suas queixas. Sentem-se maltratados pelo médico, parentes, etc., e se colocam como vítimas. Buscam frequentemente soluções mágicas para seus problemas. O terapeuta evita usar interpretações de conflitos infantis e tenta, tão sòmente, estimular a expressão de afetos, o que já não é fácil. O afeto de maior importância para esses pacientes parece ser a raiva, que, todavia, eles negam. Se essa raiva é mobilizada, o paciente tende a faltar. É desejável que o terapeuta use as palavras que o paciente está utilizando para raiva como irritação, ressentimento, etc.. Os conflitos sexuais são em geral evitados só aparecendo após longo tempo de atendimento ou em encontros com membros do mesmo sexo. As queixas quanto ao relacionamento conjugal se referem mais a situações de dependência do que de sexo pròpriamente dito. Os pacientes faltam muito. Observou-se que

ampliando o número de sessões iniciais individuais (para 10), embora colocando desde o início o envio para o grupo, melhorava a aderência. Todavia, pacientes de há muito em atendimento individual mostravam dificuldade em dividir o terapeuta. A presença do médico (psiquiatra) como terapeuta facilitava a emergência de queixas somáticas e ligadas à medicação, além do que inibia expressões de ressentimento em relação aos médicos, o que foi minimizado pela assistente social como terapeuta. Os ganhos terapeuticos tem sido modestos. Alguns pacientes pareceram "usar" os resultados negativos como "prova" de que seus problemas não são psicológicos. Evidentemente é difícil conceituar um paciente como psicossomático e conceituar o que seja melhora. A experiência mostra que se pode melhorar a abordagem desses pacientes. Os temas mais presentes pareceram ser a raiva, a dependência e a sexualidade reprimida. É preciso ser bastante suportivo com esses pacientes (toleram mal a ansiedade e a raiva), ao mesmo tempo em que se busca facilitar a expressão desses afetos e desmontar suas defesas somáticas. Isto implica, muitas vezes, em trabalho prolongado (por períodos de 3 a 4 anos). As necessidades de dependência são grandes, gerando problemas de transferência - contra transferência, que precisam ser considerados.

Em outro trabalho, Roberts (1977) relata as observações com dois grupos heterogêneos de pacientes psicossomáticos durante 4 anos. Os grupos eram abertos, em torno de 8 pacientes. Havia uma sessão de entrevista inicial e as reuniões eram semanais com 1.30h de duração. A seleção objetivava: ser

o paciente psicossomático; manifestar desejo e possibilidade de se tratar em grupo; não ter evidência de psicose; ter entre 20 e 50 anos; não ser marcadamente esquizóide ou paranóide. A técnica foi a psicanalítica com uso de interpretações sobretudo grupais. O grupo pareceu manter uma expectativa irrealista, onipotente em relação ao terapeuta. Quando o terapeuta interpretava esta situação havia tendência a formar sub-grupos dependentes. O grupo parecia evitar uma situação de perda ou desconforto dentro do grupo,por exemplo, não verbalizando sentimentos com a entrada ou saída de algum membro. O terapeuta frequentemente tinha sonolência e sentimento de inutilidade que pareciam corresponder à negação de sentimentos e pouca coesividade por parte do grupo. Havia grande incidência de abandono com os pacientes mais tipicamente psicossomáticos (cerca de 75% para 40% nos outros grupos após 1 ano de tratamento). Parecia haver uma forte relação entre sua situação de vida e seu estado físico. Esses pacientes apresentavam dificuldade de transformar seus papéis de pacientes somáticos em pacientes psicológicos. Isto parece se dever à existência de sentimentos reprimidos ocasionando sua expressão pela via somática, ao mesmo tempo em que suscita comportamentos impulsivos ("acting out"). Tais comportamentos geram situações de vida estressantes que mobilizam os sentimentos reprimidos e, novamente, o ciclo se repete.

Roberts propõe um esquema explicativo:



A ocorrência deste "feedback" contribuiria para a cronicidade da condição psicossomática. O autor propõe, para melhorar os resultados do grupo, fazer algumas modificações:

1. o terapeuta tornar-se mais ativo;

2. reduzir as interpretações; evitar apontar a negação;

3. identificar os possíveis "abandonadores" e mostrar seus medos dentro do grupo;

4. utilizar métodos que envolvam ação como o psicodrama e técnicas de encontro;

5. formar grupos homogêneos (observação semelhante a esse respeito é feita por Cabral et alii, 1981);

6. ampliar a compreensão sobre esses pacientes em torno de sua capacidade para relações objetais (além da alexitimia, esses pacientes parecem ter marcada limitação na capacidade de estabelecer relações triangulares).

Não obstante todas essas dificuldades, a psicoterapia

parece ocupar algum lugar no tratamento dos pacientes psicossomáticos. Sellschopp Ruppell (1977) estudou o desempenho psicoterápico de pacientes psicossomáticos comparando dois grupos: psiconeuróticos e psicossomáticos em sessões de 60 minutos, cinco vezes por semana, durante tres meses, concluíndo que os pacientes psicossomáticos podem se beneficiar da psicoterapia.

Conte e Karam (1981) fizeram revisão de 18 estudos controlados sobre psicoterapia com pacientes psicossomáticos. Desses, 13 foram considerados adequados e desses, 8 mostraram resultados positivos com a psicoterapia.

Taylor e Fortmann (1983) embora comentem que a psicoterapia não tem demonstrado efeito nítido sobre o controle da PA, afora em relatos de alguns casos individuais, seus efeitos parecem ser benéficos na medida em que propiciam ao indivíduo lidar melhor com suas emoções e, indiretamente, com sua PA.

Agras (1983), afirma que a psicoterapia não é efetiva para reduzir a PA, quando comparada ao relaxamento. Todavia, revela nítido efeito-placebo, na medida em que 70% dos pacientes a ela submetidos, solicitaram sua continuação pois se sentiam melhores. Gaus, Klingenburg e Kohle (1983) comentam que os hipertensos habitualmente não são motivados para medidas psicoterapeuticas, mas que necessitam de uma abordagem integrada com procedimentos de medicina clínica e psicológica e propõem que, além do atendimento clínico habitual, se ofereça psicoterapia focal, técnicas de relaxamento e discussão em grupos.

Para Mitchell (1981), o tratamento dos pacientes psicossomáticos deve ser feito em contato com o médico clínico através de encontros desse com o psicoterapeuta. Medicamentos, prescrições dietéticas, relaxamento muscular, hipnose e psicoterapia devem ser utilizados de maneira integrada. É fundamental que a equipe trabalhe coesamente. Os objetivos do tratamebnto serão:

1. aumentar a tolerância às frustrações;

2. desenvolver habilidade para resolver problemas, enfatizando escolhas alternativas;

3. reduzir o estresse ambiental;

4. baixar as expectativas perfeccionistas;

5. desenvolver auto-controle e técnicas de relaxamento;

6. aumentar a consciência do paciente para suas percepções errôneas;

7. aprender habilidades de comunicação;

8. aprender habilidades de assertividade;

9. estabelecer balanço entre trabalho, repouso, relaxamento e socialização;

10. clarificar emoções e aprender meios alternativos para expressar sentimentos;

11. adquirir "insight" a respeito de sua vida interior e que pode promover modificações de determinados padrões da sua personalidade.

Democker e Zimpfer (1981) observam que há um interesse crescente em terapia de grupo, grupos de aconselhamento e de reflexão para pessoas enfrentando problemas de saúde e faz uma síntese do que encontrou em 15 estudos selecionados desses grupos entre 1970 e 1977. Segundo Democker a perspectiva da doença gera no indivíduo:

1. sentimento de dependência, de precisar ser cuidado;

2. perda do controle sobre si mesmo;

3. mudanças nos hábitos de comportamento; nos papéis da pessoa que se torna passiva e excluída das rotinas comportamentais;

4. medo da morte e/ou invalidez;

5. preocupação a respeito da resposta dos outros à sua doença (medo de abandono ou rejeição);

Sentimentos de frustração, raiva, culpa, medo, abandono, rejeição permeiam frequentementre o indivíduo doente além de depressão e desesperança.

A intervenção terapêutica deve propiciar:

1. expressão de sentimentos;

2. adaptação às novas condições;

3. reforço da auto-imagem;

4. sensação de atenção e apoio (suporte da equipe);

5. suporte familiar;

6. informações adequadas;

7. aceitação da sua condição;

8. rápida recuperação física;

9. maior confiança na recuperação;

10. melhor comunicação médico-paciente.

Para esse tipo de intervenção habitualmente há dois tipos de grupo:

1. preparatório - antes de cirurgias; gestantes;etc; a maior ênfase é no fornecimento de informações e nas técnicas de enfrentamento do problema;

2. adaptativo - pessoas portadoras de doenças crônicas; a maior ênfase é no apoio para enfrentar a situação através da troca de experiências entre os membros do grupo; é mais afetivamente orientado; menos estruturado e de mais longa duração que o preparatório (este é o caso do grupo de hipertensos).

Os principais fatores curativos nesses grupos parecem ser:

1. ampliação de informações;

2. ampliação de perspectivas (comparação de experiências);

3. catarse emocional;

4. suporte; apoio pelos iguais;

5. melhoria das comunicações interpessoais;

6. expansão de papéis (ajudar e ser ajudado);

7. criar ambiente propício à prática de novas condutas;

8. obter modelos;

9. confrontar melhor a realidade.

Peled-Ney, Silverberg e Rosenfeld (1984) estudaram 78 pacientes hipertensos, em grupos de 8 a 12 membros, submetidos a terapia de grupo e comparados a grupos-controle. Os pacientes foram selecionados da lista de 10 médicos de família e deviam preencher os seguintes requisitos:

1. ser hipertenso;
2. estar usando medicação há pelo menos 6 meses;
3. não ter mudado a medicação nos últimos 3 meses;

4. ter a PA diastólica entre 90 e 110 mmHg;

5. ter idade entre 30 e 60 anos;

6. não ter complicações renais ou cardíacas;

7. aceitar participar do tratamento em grupo.

Os pacientes eram atendidos grupalmente em sessões semanais de 2.30h. Iam ao médico clínico uma vez por mes. O tratamento durou 6 meses. Houve significativa redução de PA no grupo tratado (40 pessoas). 29 pacientes acompanhados após 3 meses e 11 pacientes ao final de um ano mostraram a persistência de redução da PA (só foram acompanhados os pacientes do grupo tratado). A técnica do grupo consistiu essencialmente em estimular a expressão de sentimentos. A terapia de grupo parece ser superior à individual nesses hipertensos porque facilita a troca de experiências comuns, além de suporte entre os membros.

Tudo isto leva a supor que a psicoterapia tem algum lugar no tratamento dos hipertensos. Por outro lado, os aspectos psicológicos ligados à HA estão sendo expressadas pela via somática, o que sugere a inibição da via psíquica e, em consequência, a dificuldade em abordá-los. Se nossa hipótese de que falhas básicas na relação mãe-criança estão presentes na gênese das somatizações, é previsível que, na dependência da intensidade desse desajuste como fator etiológico da HA, tanto mais se faça necessária a psicoterapia, ao mesmo tempo em que, possìvelmente, maiores resistências a ela serão "oferecidas" pe

lo paciente. Nesse sentido, torna-se essencial a adoção de atitudes e técnicas "facilitadoras" ao engajamento do paciente no processo psicoterápico. Tais medidas devem começar pelo apoio dado ao médico através de interconsultas ou supervisões, por exemplo, a fim de firmar um consistente relacionamento com o paciente e facilitar seu encaminhamento à psicoterapia. Devem continuar pela adoção de técnicas psicoterápicas focais e suportivas, bem como do desenvolvimento de grupos de reflexão entre os hipertensos. Perguntamo-nos se, muitas vezes, a psicoterapia focal e suportiva não seria melhor aplicada pelo próprio médico até que o paciente tivesse suficiente "insight" de seus conflitos psicológicos para, aí sim, ser encaminhado ao psicoterapeuta. Perguntamo-nos, também, se esse "insight" não seria suficientemente terapêutico para prescindir do encaminhamento ao psicoterapeuta.

Na verdade são poucos os trabalhos sobre psicoterapia de hipertensos. Alguns trabalhos se referem a pacientes psicossomáticos. E todos se referem às dificuldades com esses pacientes na medida em que utilizam a via somática como preferencial para a expressão de conflitos psicológicos. Certamente tratar a HA não é o mesmo que fazer psicoterapia de um indivíduo que tem PA elevada. O "foco" é diferente. Mas fazer psicoterapia pode, de algum modo, contribuir para tratar a HA. Tanto quanto fazer grupos de orientação e/ou reflexão com hipertensos pode, de alguma forma, ser psicoterápico. É uma questão de figura-fundo. O próprio conceito de psicoterapia pode ser visto dentro dessa dimensão de figura-fundo. Ou seja, qualquer intervenção de natureza psicológica capaz de promover mu

danças no comportamento de uma pessoa é uma intervenção psicoterápica "latu-sensu". Assim, refletir, informar, aconselhar podem ser considerados psicoterapias. Por outro lado, podemos reservar a palavra para intervenções praticadas por um especialista (o psicólogo), utilizando técnicas específicas e pautadas em sistemas teóricos que as sustentam. Nós as chamaríamos de psicoterapia "strictu-sensu". O foco (ou objetivo) também pode distinguir umas e outras. Se o objetivo é determinado e delimitado a uma dada situação específica, podemos sobre ela prestar informações ou fazer uma reflexão. Se o objetivo for o próprio indivíduo, sua subjetividade e seu comportamento, a abordagem será abrangente, totalizante e referida às peculiaridades e particularidades desse indivíduo como pessoa (levando-se em conta os vários aspectos de sua vida atual e passada). Outra forma de ver (ou de distinguir) entre intervenções como a orientação e reflexão e a psicoterapia,seria a de que, nas primeiras, o movimento do grupo se faz na direção do foco (a doença) e o "terapeuta" atua como coordenador, moderando, esclarecendo ou estimulando o grupo a refletir. No caso das psicoterapias o movimento se faz na direção do terapeuta que se torna o centro das atenções (através da relação transferencial), e este atua se voltando para o próprio paciente (e não para a doença como foco) através das interpretações.

Queremos dizer que para tratar a HA não é fundamental fazer psicoterapia. Mas é fundamental que se abordem os aspectos psicológicos a ela ligados. E isso é psicoterapeutico. Tal abordagem, como já dissemos, se inicia na relação médico - pa

ciente ou equipe-paciente. Continua através das informações veiculadas e, sobretudo, da reflexão suscitada nos pacientes acerca da dimensão psicológica. E certamente se completa, em alguns casos, através de psicoterapia pròpriamente dita. Questionamos se é útil reunir hipertensos para psicoterapia. Acreditamos ser mais útil reuní-los para grupos de reflexão sobre a doença e suas implicações (dadas as dificuldades com o psicológico que apresentam esses pacientes). Mas acreditamos ser útil a médio e longo prazo a psicoterapia quando se pretende atingir mais diretamente os núcleos conflitivos básicos do indivíduo à que, de alguma forma, está ligada a HA.

Dito em outros termos, as abordagens psicológicas da HA parecem aumentar a aderência do paciente ao tratamento, reduzir o número de remédios consumidos, a intensidade e frequência de complicações (como as crises hipertensivas) e, assim, propiciam reduções estáveis e consistentes da PA. Mas não alteram substancialmente os núcleos conflitivos do paciente. Isto seria tarefa da psicoterapia. Talvez alguns pacientes, dadas as suas peculiaridades, só consigam ver reduzidas suas cifras tensionais após uma intervenção psicoterápica específica. Mesmo nestes casos será óbvia a necessidade de acompanhamento do restante da equipe.

LEVANTAMENTO DE CAMPO

Fizemos um estudo de campo na cidade do Rio de Janeiro acerca de abordagens psicológicas da HA, visitando 93 estabelecimentos de saúde:

- 21 centros de saúde estaduais e municipais;
- 21 postos de assitência médica (PAM) do INAMPS;
- 31 hospitais da rede pública (Estado; Município; INAMPS e Forças Armadas);
- 09 hospitais particulares;
- 06 hospitais universitários;
- 05 centros sociais.

O contato era inicialmente feito com o responsável pela unidade de saúde ou com algum profissional dos setores. de cardiologia, psicologia ou serviço social. Procurávamos saber se havia alguma forma de atendimento ao hipertenso além das clássicas consultas ambulatoriais. Desses 93 locais, encontramos 15 em que alguma forma diferenciada de abordagem ao hipertenso era desenvolvida: 9 em centros de saúde; 2 em PAM; 3 em hospitais da rede pública e 1 em hospital universitário. Procurávamos então um dos profissionais envolvidos com esse atendimento, colhendo as informações a partir de um roteiro pré-estabelecido (modelo 1 - ver anexo).

Observamos em quase todos os locais a inexistência de dados concretos a respeito dos programas de atendimento ao hipertenso. Em muitos desses locais os dados são até registrados, mas não são computados, habitualmente por falta de tempo por parte da equipe. Outros dados como a frequência às reuniões e o índice de abandono ao tratamento parecem não ser registrados. Não há também procedimentos objetivos com relação à avaliação dos resultados e às causas do abandono. Em 11 locais os dados dos pacientes são anotados em fichas próprias do programa. Em 4 desses locais existe, inclusive, um livro em que são registrados os pacientes admitidos no programa. Nas demais, ou não há dados registrados ou eles são lançados no prontuário geral da unidade de saúde.

Nos centros de saúde os programas de HA foram implantados e são coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde que elaborou um protocolo com padronização de normas de funcionamento e impressos próprios. (impressos 1 e 2 - ver anexo).

Tais programas são os que apresentam maior nível de organização. Num dos hospitais da rede pública o programa foi implantado por estimulação do Ministério da Saúde que, na ocasião, distribuiu impressos orientadores acerca de sua implantação, sensibilizando um cardiologista e, a seguir, uma psicóloga e uma assistente social. O cardiologista posteriormente se afastou do programa que ficou por conta da psicóloga e da assistente social. Nos outros dois hospitais a iniciativa coube a profissionais do próprio hospital sem seguirem qualquer mode

lo pré-concebido. Assim também ocorreu num dos P.A.Ms. (neste, a iniciativa coube ao Serviço Social dado ao grande intervalo nas marcações de consulta para os hipertensos). No outro PAM a iniciativa foi de uma médica do posto, tomando por base trabalho que vinha sendo desenvolvido em outro estado, e aproveitando experiência já desenvolvida naquele PAM pela enfermeira-chefe junto a grupo de diabéticos. Todas essas iniciativas surgiram a partir de 1982, sendo algumas implantadas em 1985.

A forma de atendimento mais encontrada foi a de grupo. Esses grupos são compostos para que os pacientes recebam informações ou instruções (em 13 locais) acerca da doença e do seu tratamento (dieta e uso dos remédios). Em alguns desses grupos (6) promove-se também uma reflexão sobre a doença, suas causas e efeitos e os modos pelos quais os pacientes lidam com ela. Na sua maioria, não há pròpriamente inscrição dos pacientes nos grupos. Ou seja, todos os hipertensos atendidos naquela unidade de saúde são convidados (ou encaminhados) a comparecerem no dia em que deverá ocorrer a reunião (ou palestra) variando, dessa forma, os participantes de cada reunião. Alguns tornam-se mais assíduos e outros só comparecem esporàdicamente. Não há limite estabelecido para a continuidade das reuniões (sòmente em um local a série de reuniões é limitada a 6 meses). Habitualmente não há temas específicos prèviamente estabelecidos, mas são dadas explicações e informações de acordo com as circunstâncias ou conforme solicitação dos pacientes. Outras vezes o tema depende do profissional presente: médico, nutricionista, asssistente social ou psicólogo. As reuniões são

quinzenais ou mensais e duram de uma a duas horas. Em 10 locais a PA é tirada ao início das reuniões (e, em dois, o peso também).

Em cinco locais encontramos atividades enquadradas como "corporais" e que se constituem de técnicas simples de relaxamento e/ou exercícios respiratórios (num dos programas há passeios e caminhadas e, em outro, técnicas de expressão corporal) também desenvolvidas em grupos uma ou duas vezes por semana.

Em um dos locais o programa constitui-se de orientação dietética dada pelo médico que atende ao paciente e encaminhamento para atendimento individual pela psicóloga e pela assistente social, quando necessário. Em outro local o médico dá orientação medicamentosa no transcurso da própria reunião do grupo.

As atividades são habitualmente levadas a efeito em salas de ambulatório ou em auditório da unidade de saúde, sendo que em duas dessas unidades, elas são feitas num colégio próximo.

As reuniões de grupo são habitualmente conduzidas por mais de um profissional, variando sua composição de local para local. Os profissionais mais presentes são: psicólogo (12 locais), assistente social (11), médico (10) e enfermeiro (8 locais).

Na grande maioria dos programas não há critérios de seleção definidos, a não ser o da hipertensão. Mesmo assim, as cifras que definem o hipertenso variam de local para local. Nos centros de saúde, para que o paciente seja enquadrado no programa, sua PA deve ser verificada durante duas ou três semanas seguidas.

O encaminhamento ao programa é feito pelos médicos da unidade de saúde ou por qualquer outro funcionário da mesma que tire a PA do paciente (em alguns centros de saúde existe a determinação de que todos os pacientes vindos ao centro tenham sua PA verificada). Em um dos locais foi inicialmente feita uma reunião a que compareceram os vários profissionais de saúde do programa e para a qual foram convidados todos os hipertensos, formando-se o grupo (fechado) a partir daí e com duração estabelecida (6 meses). Em outro local, realizou-se um curso sobre HA com 7 aulas formando-se o grupo (também fechado) a partir daí, mas sem duração estabelecida.

A frequência às reuniões parece ser irregular, embora não existam dados concretos a respeito. O número de participantes em cada reunião é também variável, sendo estimado de 10 a 40. O percentual de abandono de tratamento não é conhecido, variando sua estimativa desde percentuais baixos a elevados.

As causas apontadas (na opinião dos membros das equipes) para esse abandono foram:

1. morar longe do local do atendimento
2. dificuldades financeiras

3. necessidade de não faltarem ao trabalho

4. esquecimento em relação aos horários dos atendimentos.

5. não-distribuição gratuita de remédios

6. falta de horários marcados para as consultas

7. ignorância em relação à doença

8. pouco interesse por parte da equipe.

Com relação ao último ítem, a maioria dos entrevistados fez referência à importância da motivação por parte da equipe para o bom êxito do tratamento. Não obstante a existência do programa de atendimento ao hipertenso, a aderência dos pacientes parece ser aumentada quando a equipe responsável pelo programa efetivamente se interessa por ele e acredita nos seus resultados. Outro comentário frequente diz respeito ao desconhecimento (ou desinteresse), por parte dos demais funcionários (inclusive médicos) que não participam diretamente do programa, em relação ao mesmo.

Em alguns locais existe alguma tentativa de controlar as faltas dos pacientes e contactar com eles através de cartas ou telefonemas, embora, muitas vezes, isso seja dificultado por falta de recursos materiais ou tempo do pessoal da equipe. Outra tentativa de aumentar a aderência dos pacientes consiste no agendamento das consultas (atendimento médico com hora marcada) e da distribuição de remédios no dia das reuniões de gru

po.

A aceitação dos pacientes parece ser boa na opinião dos entrevistados mas não há controle objetivo dos resultados que, todavia, são considerados bons pela equipe.

Apresentamos, adiante, Tabela com os principais dados colhidos referentes a esses programas, por locais visitados.

Deescreveríamos, como perfil típico do nosso levantamento: ser um programa implantado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e caracterizado por atendimento médico regular e grupos de orientação e reflexão. O encaminhamento dos pacientes é feito pelos médicos ou por qualquer outro funcionário do centro de saúde que tire a PA do paciente. Não há seleção desses pacientes a não ser pelos níveis tensionais. As reuniões de grupo não tem tempo limitado, são mensais, duram em torno de 90 minutos e tem, em média, 15 a 20 participantes em cada reunião. Os grupos são abertos sendo irregular a frequência dos participantes. Participam das reuiniões o médico, o psicólogo, assistente social e enfermeiro. A PA é tirada ao início das reuniões. Não há temas específicos, sendo dadas informações ao início, a que se segue um debate. O programa não tem controlado o número de hipertensos matriculados mas tem fichas próprias onde são anotados os dados do paciente. A aceitação do programa por parte dos pacientes é boa, havendo indiferença por parte dos profissionais que não fazem parte da equipe do programa. Os resultados são aparentemente bons, não havendo, todavia, dados concretos a respeito. O percentual de

abandono parece ser grande não havendo razões definidas para isso. O controle das faltas ao tratamento é feito por cartas ou telefonemas. São distribuídos remédios gratuitamente aos participantes do programa.

TABELA

I. Tipo de Atendimento

Grupos de orientação	3 locais
Grupos de orientação + atendimento médico	1 local
Grupos de orientação + educação física	3 locais
Grupos de orientação + reflexão	5 locais
Grupos de orientação + reflexão + relaxamento	1 local
Grupos de expressão corporal	1 local
Orientação dietética (individual) + encaminhamento aos especialistas	1 local

II. Técnicos Presentes às Reuniões de Grupo

Psicólogo	12 locais
Assistente social	11 locais
Médico	10 locais
Enfermeiro	8 locais
Professor de educação física	3 locais
Nutricionista	2 locais
Enfermeiro em educação para saúde	2 locais
Auxiliar de enfermagem	1 local

III. Seleção dos Pacientes para os Grupos

Excluem-se hipertensos severos	2 locais
Excluem-se psicóticos	2 locais
Não há seleção	8 locais
a PA deve ser superior a 160 x 95	2 locais
a PA deve ser superior a 140 x 95	1 local
a PA diastólica deve ser superior a 95mmHg	2 locais

IV. Duração do Atendimento de Grupo

Sem tempo limitado	13 locais
6 meses	1 local
não há atendimento grupal	1 local

V. Frequência das Reuniões de grupo

Semanal	1 local
Quinzenal	3 locais
Mensal	8 locais
Trimestral	1 local
Duas vezes por semana	1 local
Não há atendimento grupal	1 local

VI. Duração das Reuniões de Grupo

60 minutos	6 locais
90 minutos	4 locais
120 minutos	3 locais
50 minutos	1 local
Não há atendimento grupal	1 local

VII. Limite de Inscrições para os grupos

Aberto	11 locais
Fechado	3 locais
Não há atendimento grupal	1 local

CRÍTICA E CONCLUSÕES

A HA, dada a sua extensão, morbidade e mortalidade, vem se constituíndo num dos maiores problemas de saúde pública a exigir medidas de largo alcance, que permitam diagnosticá-la e tratá-la de modo mais eficiente. Tal fato suscitou, nos Estados Unidos, o desenvolvimento de um programa nacional de detecção e controle da doença. No levantamento de campo que efetuamos em hospitais e postos de atendimento do Rio de Janeiro constatamos também alguns esforços nesse sentido, sobretudo aqueles levados a cabo pela Secretaria Municipal de Saúde.

Talvez dois problemas se destaquem de imediato quando se começa a estudar o assunto: a natureza multifatorial da HA e o elevado número de hipertensos não-aderentes ao tratamento.

De fato, cerca de 90% dos casos de HA se enquadra na categoria "essencial" ou "primária". Ou seja, não há uma causa específica que, uma vez removida, fizesse cessar a doença. Na forma primária o que parece haver é um desajuste do complexo sistema de regulação fisiológica da pressão arterial. Por outro lado, a pressão arterial é função da perfusão tecidual que tem, como objetivo, carrear oxigênio e substâncias nutritivas até a intimidade dos tecidos e, deles, retirar as escórias a serem eliminadas. Tal função variará de acordo com as demandas do organismo e conforme as solicitações do ambiente que o rodeia. Ou seja, a perfusão varia de molde a permitir que o organismo se adapte interna e externamente. A perfusão está a serviço da adaptação.

Em outros termos, a doença hipertensiva não expressa só um desajuste do complexo sistema fisiológico de regulação da PA, como dissemos acima, mas expressa também um desajuste do complexo sistema de adaptação do organismo ao meio que o circunda. Quando Page, em 1949, enunciou a teoria do mosaico para explicar a etiopatogenia da HA, referia-se aos fatores fisiológicos que a compõem. Outros autores mais tarde e, dentre eles, Herrmann (1976), abordaram os outros fatores ligados ao ambiente e à adaptação. É neste momento que as situações de natureza psicossocial começam a ser identificadas e compreendidas como agentes capazes de desencadear e/ou manter um estado hipertensivo. A variações do ambiente correspondem variações no estado de equilíbrio (ou adaptação) do organismo que busca, em última análise, preservar sua sobrevivência. Qualquer situação que o ameace em sua continuidade ou coesão, obriga-o a um esforço adaptativo (ou estado de estresse). Poderíamos então dizer que um organismo hipertenso estaria fazendo um esforço de adaptação, estaria vivenciando uma situação que, de algum modo, lhe ameaça a continuidade ou coesão. Os agentes psicossociais fariam parte do ról dessas situações.

Eclodiram então uma série de trabalhos correlacionando HA a situações estressantes. Aos defeitos no sistema fisiológico de regulação da PA juntaram-se os fatores ambientais de natureza psicossocial capazes de gerar uma situação ameaçadora ao organismo que desencadearia a resposta hipertensiva.

A essas duas vertentes, associou-se uma terceira, de inspiração psicanalítica, que buscava identificar fatores inter

nos (ou intrapsíquicos) participantes da gênese da doença.

Nosso intuito é integrar esses vários componentes. Perceber os seus pontos de contato e seus modos de interação. Sua base concreta é o SNC. A ele compete receber as informações que chegam ao organismo e processá-las quanto à necessidade ou não de providências adaptativas. Talvez a célula nervosa seja a síntese desse processo na medida em que ela mesma é uma estrutura anátomo-funcional que, todavia, gera fenômenos subjetivos (como o pensar e o sentir) e o faz a partir de estímulos que capta do exterior, do ambiente.

Diríamos que a HA, num certo sentido, é uma expressão fisiológica (ou fisiopatológica) de fenômenos subjetivos vivenciados a partir de situações provindas da interação do hipertenso com seu ambiente. É claro que ela não é só isso. A ingestão de sal, por exemplo, a obesidade e o alcool são fatores que parecem nela intervir. Ao esmiuçarmos os aspectos psicológicos da HA estamos só didàticamente deixando de lado os outros fatores que a constituem. Mas estamos também dizendo que é impossível pensar a HA sem esses fatores psicológicos (como é impossível pensar a alergia sem os alergênios).

Há quem atribua ao sal a responsabilidade maior pela gênese da HA, e essa participação, em princípio, não pode ser desprezada. Mesmo assim, sendo o defeito básico situado a nível dos rins ou da membrana celular de algumas estruturas (inclusive renais), promovendo maior retenção de sódio, tal fato não altera o nosso raciocínio, na medida em que essas estruturas são coordenadas e intermediadas pelo SNC. Trabalhos tem

demonstrado que o estresse contribui para maior retenção de sódio (Denton, 1984; Light, 1983). O sódio se fixa nas paredes arteriais que sofrem a influência direta (através do sistema simpático) do estresse. Mais ainda, a ingestão de sal é uma atitude comportamental e, portanto, influenciada pelo estado psicológico e circunstâncias psicossociais que cercam o indivíduo. Sem dúvida parece comprovado que, em comunidades que não ingerem sal, a PA é baixa, mas, nessas comunidades, o nível de estresse também parece ser baixo. Além disso, dentre os hipertensos, nem todos se beneficiam com a dieta de sal, parecendo estar em jogo outros fatores. Retirar o sal, como medida terapêutica da HA, é habitualmente eficiente (embora nem sempre suficiente) se o paciente consegue fazê-lo. Mas isto, por razões de natureza comportamental, nem sempre é fácil. Aliás, neste aspecto, cumpre prestar atenção ao significativo número de hipertensos que não estão controlando seus níveis tensionais. É claro que um grande contingente simplesmente não sabe ser hipertenso. Mas outro contingente sabe que é hipertenso mas não se trata, ou se o faz, não consegue controle da PA. Aqui, estamos diante do segundo problema que mencionamos ao início: o elevado número de hipertensos não-aderentes ao tratamento.

Queremos demonstrar que os fatores internos (ou intrapsíquicos) do indivíduo "energizam", ampliam os outros dois fatores que constituem o tripé da HA: o fisiológico e o ambiental (nele se incluindo os de natureza psicossocial, a ingestão de sal, etc.). E queremos demonstrar que são esses fatores internos que, do mesmo modo, constituem a base a partir ou sobre

a qual se instalam os outros fatores contribuintes para a não-aderência ao tratamento. Se antes dizíamos ser impossível pensar a HA sem os fatores psicológicos, agora dizemos ser impossível pensar em normalização da PA sem remoção desses fatores.

Os primeiros trabalhos psicanalíticos em relação à HA tentavam descrever uma "personalidade hipertensiva". Seguiram-se outros trabalhos, psicanalíticos ou não, tentando identificar "padrões comportamentais" relacionados à HA. Nesse ínterim, Reiser, em 1951, publicou um estudo com pacientes portadores de HA acelerada onde se constatou uma significativa correlação entre situações psicossociais atuais coincidentes com a época de aceleração da HA e núcleos conflitivos básicos do indivíduo, provindos de suas primeiras experiências. Em 1971, Averill, Opton e Lazarus publicaram um artigo em que fazem menção ao "sistema de avaliação e enfrentamento" intrapsíquico. Sobre tal sistema atuariam, como fatores básicos, a estrutura psicológica do indivíduo e as normas culturais que o cercam. Nossa hipótese é que tal "sistema de avaliação e enfrentamento" seja, na verdade, constituído pelo ego (e superego) a quem compete a tarefa de intermediar as demandas provindas do id com as restrições e limites impostos pelo ambiente. Tal estrutura vai se formando (e se consolidando) a partir da interação básica da criança com aquela que cuida dela (a mãe) e, posteriormente, com as outras pessoas significativas, com o mundo e as normas que a cercam e, de alguma forma, interditam essa relação primeira (e simbiótica) e que a criança internaliza sob a forma de superego. Dessa configuração original, representada pelos poten

ciais da criança (inclusive suas predisposições fisiológicas), pelos potenciais da mãe, pelas outras pessoas que a cercam com suas normas e suas relações, e pelas circunstâncias acidentais que sobre a criança incidam é que emergirá uma particular e pessoal forma de ver o mundo e de enfrentá-lo. A HA se apresenta como uma dessas formas de enfrentamento e, nesse sentido, é específica daquele indivíduo ao viver determinadas situações específicas. Não cabe pois descrever uma personaldiade hipertensiva nem mesmo padrões comportamentais típicos da HA mas, antes, identificar aquela configuração que a gerou e a mantém. Tal configuração, constituída a partir das primeiras experiências de vida da criança, representa o núcleo ou matriz a partir do qual todas as demais experiências serão avaliadas (e enfrentadas). É certo que o processo é dinâmico e irá sofrendo transformações que, todavia, preservarão basicamente o modelo inicial. É nesse sentido que dizemos ser esse "núcleo" o "energizador" dos outros fatores que contribuem para a doença hipertensiva. Uma predisposição fisiológica para responder hipertensivamente (ou somaticamente) foi ativada quando das primeiras situações que a criança sentiu como ameaçadora e que a obrigou a uma reação adaptativa. Esse "método", de algum modo, teria sido "privilegiado" ou "reforçado" certamente em função da interação da criança com sua mãe. Posteriormente, a cada situação vivida pela criança em relação ao seu ambiente, como ameaçadora, o "velho" método de enfrentamento é utilizado. É evidente também que determinadas situações foram aprendidas a ser avaliadas como ameaçadoras e, assim, qualquer situação posterior que àquelas se assemelhe, tenderá a ser avaliada de modo

idêntico. São essas primeiras experiências que forjam seu sistema de avaliação e enfrentamento (interação ou defesa), através do qual ela "verá" o mundo e com ele lidará. As falhas básicas do seu desenvolvimento, os conflitos iniciais com pessoas significativas servirão de lente para o indivíduo enxergar o seu dia-a-dia, ampliando seu potencial de ameaça, insolubilidade ou inadaptação, capaz de desencadear a resposta hipertensiva. Por mais que a resposta tenha "razões fisiológicas", a avaliação terá "razões psicológicas". Esta, aliás, é a compreensão que temos para os inúmeros trabalhos que, se de um lado mostram correlação entre estresse-HA, por outro mostram evidentes variações individuais. As situações psicossociais externas parecem atuar como "gatilhos" que disparam os mecanismos internos produtores da doença. Esses mecanismos são, por um lado, os fisiológicos, de natureza constitucional e localizados seja no próprio SNC, seja nos rins ou nos vasos; por outro, os psicológicos, traduzidos pelo sistema de avaliação do indivíduo e pelo seu sistema de enfrentamento. Naturalmente, a intensidade das situações ambientais terá influência na resultante elevação da PA, mas a maneira peculiar, pessoal de o indivíduo avaliá-las (e enfrentá-las) é que parece determiná-la.

Aqui, a doença, a somatização, é tida como uma forma de enfrentar ou lidar com as situações ameaçantes e adquire vários significados. O básico e fundamental resulta da fase mais precoce do desenvolvimento infantil em que a interação mãe criança exige absoluta sintonia, onde a dependência da criança

é praticamente total e os meios que dispõe para se expressar são ainda bastante reduzidos. O corpo é quase a única forma que a criança tem para se comunicar com o ambiente. Discrepâncias naquela interação, quando intensas ou prolongadas, encontram na via somática um meio de expressão e de defesa. Se a mãe reforça esses comportamentos, se privilegia a manifestação corporal como fonte de atenção e satisfação, ela tende a se perpetuar.

As identificações constituem outro recurso básico e primitivo que a criança utiliza para se relacionar com o ambiente e com aqueles que estão à sua volta e são, para ela, significativos. Sejam identificações "boas", como forma de ter o objeto amado, "más", como forma de lidar com o objeto mau, ou "depressivas", como forma de lidar com objetos perdidos, elas podem envolver as manifestações somáticas sustentadas por esses objetos que, então, se tornam próprias da criança.

Por fim, a conversão é também uma fonte geradora de somatizações na medida em que expressa, de forma deslocada e condensada, simbòlicamente, conflitos reprimidos.

Por outro lado, a somatização (ou a doença somática) pode ser "útil" na medida em que propicie a manutenção de relações precárias, que traga para o doente a atenção e o cuidado que ele deseja e sente inalcançável por outros meios. Pode também ser "útil" a serviço das necessidades auto-punitivas do indivíduo, permitindo-lhe "reparar" culpas através do sofrimento imposto pela doença.

Chega um momento em que de fato não sabemos se a HA foi gerada pelos desajustes psicológicos ou se está sendo "usada" por eles. O que importa é entendermos a resposta hipertensiva como forma pessoal de interação, de comunicação ou de enfrentamento. Obviamente este fato aponta para a falha ou inexistência de outras formas de expressão e de defesa.

Ao abordarmos o hipertenso, dentro da perspectiva que estamos enunciando, caberia identificar os seguintes aspectos:

[1º] um fator constitucional de predisposição à resposta hipertensiva;

[2º] um sistema pessoal de avaliar as interações com o ambiente, tendente a julgá-las "ameaçadoras", "insolúveis" ou "de difícil adaptação", e oriundo de suas primeiras experiências de vida (núcleo conflitivo básico).

[3º] um sistema pessoal de enfrentamento do ambiente tendente a lançar mão de respostas somáticas, também oriundo de suas primeiras interações.

[4º] uma forma peculiar de utilizar a doença para determinados fins ou "benefícios".

[5º] a falha ou inexistência de outras formas de comunicação ou de defesa que fossem alternativas para substituir a resposta somática.

[6º] a existência de fatores ambientais de diversas naturezas (inclusive os psicossociais) atuando como "gatilhos"

desses fatores internos.

[7º] a falha ou inexistência de suportes sociais capazes de contrabalançar os efeitos negativos do ambiente e preencher, de algum modo, as carências internas do indivíduo.

Por isso é que propomos uma forma de abordagem particularizada desses pacientes. Acreditamos que os planos de detecção e controle da HA são importantes do ponto de vista da saúde pública e necessárias como estratégias para alguns dos fatores contribuintes à aderência do paciente, como os de natureza sócio-cultural e econômica. Mas se não houver estratégias voltadas para a abordagem da "pessoa" desses hipertensos, enquanto seres singulares e detentores de uma história pessoal e afetiva, será difícil obter deles resultados efetivos. Aliás, este fato pareceu-nos presente em nosso levantamento de campo e traduzido pela opinião quase generalizada de que o êxito do programa de atendimento ao hipertenso passa pela motivação da equipe. Ora, essa motivação parece ser a base de uma adequada relação profissional-paciente. Tanto quanto a motivação parece ser a base de uma adequada relação mãe-criança. É essa motivação pela pessoa do outro que instaura um "clima" de suporte ou de sustentação capaz de promover crescimento psicológico. Os chamados "suportes sociais" são exatamente o campo onde ocorre tal sustentação (ou "holding"). Daí os diversos trabalhos fazerem menção à necessidade de se abordar a família e de se criarem grupos de hipertensos. Acreditamos ser este o tripé a partir do qual se deveriam constituir os programas de atendimento ao hipertenso: equipe; família, outros hipertensos.

As relações existentes nesses níveis deveriam ser aquelas que definem os grupos coesos: relações afetivas, solidárias, estáveis, com divisão de tarefas e participação de todos, com comunicação clara, precisa e franca entre todos os membros.

Ao psicólogo caberia a tarefa de ser "animador" desses grupos e dessas relações, embora não o único (e nem o mais importante).

Instituído esse clima (o que perfeitamente pode ocorrer dentro de um programa estruturado de atendimento ao hipertenso, mas não necessàriamente), dois objetivos passam a ser visados: propiciar ao paciente expressar seus sentimentos e tomar consciência de sua história; conscientizar-se acerca de seus métodos de enfrentamento (como a HA) e poder buscar outras formas de lidar com a sua realidade. Novamente o psicólogo encontra campo de ação, pois tais propósitos constituem atitudes psicoterápicas "latu-sensu". Acreditamos que tal tarefa possa (e deva) ser desenvolvida pelos demais profissionais de saúde que lidam com o paciente. Sobretudo o médico que, face à doença somática, costuma ser o primeiro a ser procurado e sobre o qual recairá a tarefa fundamental de diagnosticá-la e tratá-la. Acreditamos, todavia, que em alguns pacientes, a natureza, extensão e profundidade de seus desajustes psíquicos seja de tal ordem que exija a intervenção especializada do psicológo, mediante aplicação de técnicas psicoterápicas "strictu-sensu" da sua particular

competência. Mas seu trabalho não será menor nem menos importante na medida em que funcione como "agente" desse processo que se inicia com o estabelecimento de relações suportivas entre os pacientes, e que continua com o favorecimento de condições que propiciam a elaboração dos desajustes psíquicos. Sua atuação nesses casos se fará indiretamente através da família do paciente e da equipe que cuida dele (médicos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros) ou, diretamente, através dos grupos de hipertensos. Estes grupos, nós os vemos não no sentido de grupos psicoterapeuticos (cujo "foco" é a vida do paciente), mas como grupos de reflexão cujo foco é a doença. Como já mencionamos no decorrer do trabalho, tal distinção não é nítida, na medida em que esses processos se confundem, mas delimita diferenças técnicas essenciais como a evitação de transferência para o terapeuta ou de abordagens de problemas pessoais que não tenham a ver diretamente com a HA. Isto não quer dizer que não haja possibilidade de se formarem grupos terapeuticos com pacientes hipertensos como, por exemplo, o levado a efeito por Peled-Ney(1984). Talvez essa diferença, e essa discussão, se faça em virtude da difundida dificuldade de os hipertensos expressarem seus sentimentos (alexitimia). É inegável que o simples fato de algo psíquico estar sendo expresso somàticamente aponta para um certo bloqueio (ou resistência) à sua abordagem. Por outro lado questionamos se esse bloqueio é "invulnerável". Acreditamos que não. Cumpre pesquisar que técnicas seriam mais apropriadas para romper com tal bloqueio. E, nesse sentido, as técnicas grupais envolvendo orientação, reflexão ou exercícios

de dinâmica grupal parecem ter utilidade. Em outro nível, o atendimento "somático" dado pelo médico ou pelo enfermeiro, ou o atendimento "social" dado pelo assistente social, quando realizados dentro de um clima suportivo, parecem contribuir gradativamente para que o paciente possa "ingressar" em seu mundo psíquico. É importante lembrar que o simples encaminhamento ao psicólogo sem que esse "ingresso" tenha ocorrido, habitualmente resulta em fracasso. Em outros casos em que a extensão ou profundidade dos desajustes psíquicos não seja tão acentuada, essas abordagens parecem ser suficientes no que tange ao tratamento da HA.

As técnicas comportamentais, por serem habitualmente mais "objetivas", costumam receber menos resistências por parte dos pacientes, mas não se excluem das resistências gerais que os mesmos oferecem ao tratamento da doença. Por isso, devem também levar em consideração as medidas necessárias à promoção da aderência e, aí, poderem se constituir em valiosos recursos no combate à HA.

Fica claro, portanto, que ao psicológo compete dois níveis de atuação junto aos hipertensos. O primeiro e básico é agir como "promotor" ou "animador" de um clima de acolhimento e suporte em torno desses pacientes, trabalhando junto à equipe, aos familiares ou aos outros hipertensos (grupos). O segundo será intervir especìficamente no paciente através de atitudes psicoterápicas de sua competência, como as técnicas comportamentais, expressivas ou as psicoterapias verbais. O pri

meiro nível se alcançará pelos trabalhos grupais envolvendo orientação e reflexão. Seu objetivo fundamental será sensibilizar o paciente, a equipe e os familiares para a dimensão psicológica presente na etiopatogenia e no tratamento da doença.

Acreditamos que os programas de atendimento ao hipertenso sejam válidos pelas questões de natureza econômica e sócio-cultural que permeiam a abordagem desses pacientes e pelo volume de pacientes a serem atingidos. Seria portanto desejável que o programa fosse patrocinado pelos órgãos governamentais que garantissem os recursos financeiros necessários. A primeira providência seria montar a "base física" do programa onde ocorreriam os atendimentos e se instalaria sua infra-estrutura. Essa base deveria dispor de salas para os diversos tipos de atendimento, material de arquivo para registro dos dados dos pacientes, material informativo, medicamentos a serem distribuídos àqueles que não os pudessem adquirir, além de uma equipe especializada e constante de médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, professores de educação física e psicólogos de diversas orientações. O critério básico para seleção dessa equipe deveria ser a motivação para tal tipo de trabalho.

Todo o programa deveria ser instituído tendo como ponto principal a abordagem particularizada e personalizada dos pacientes. As consultas deveriam ser agendadas, com dia e hora prèviamente fixadas, marcadas a intervalos curtos e destinando-se a elas um tempo suficiente. Os pacientes deveriam ser

sempre atendidos pelos mesmos profissionais, e estes deveriam reunir-se periòdicamente para discutirem sobre os pacientes em conjunto. Cada paciente teria um prontuário onde seriam registrados, pelos vários profissionais, os dados pertinentes a cada um. Os pacientes deveriam ser contactados quando faltassem ao tratamento.

Montada a base física do programa, seriam então elaboradas "incursões" comunitárias, seja através de visitas domiciliares, seja através de visitas aos locais de trabalho. Seu objetivo seria a detecção da doença e a instalação de "postos avançados" que mantivessem a mesma dinâmica de atendimento da "base" e a ela fossem ligados.

Linhas de pesquisa poderiam ser desenvolvidas a partir desses programas de atendimento ao hipertenso. Os "motivos" da não-aderência são os mesmos para os pacientes e para a equipe de saúde ? Quais as expectativas dos pacientes e da equipe em relação ao programa ? Qual seria o papel do psicólogo nesses programas ? Como o psicólogo encara a HA ? Como os outros profissionais encaram a dimensão psicológica ? Seria desejável do ponto de vista psicológico que o hipertenso participasse simultaneamente de atendimento individual e grupal ? Quais seriam as melhores técnicas para lidar com a alexitimia desses pacientes ? Quais as melhores estratégias para sensibilizar o paciente e a equipe à dimensão psicológica ? Quais seriam as melhores formas para promoção de grupos coesos ? Como poderia

mos demonstrar a correlação entre a história de vida do paciente e sua atual hipertensão ?

Ao concluirmos este trabalho, sentimos o quanto ficou por ser dito ou refletido. Talvez em muitos momentos tenhamos nos repetido na tentativa de clarificar o que nos pareceu obscuro. Mas tínhamos como objetivo levantar a questão. Pensar sobre essa imensidão de hipertensos que, aparentemente, tem a mesma doença: a hipertensão arterial, mas que se apresentam a nós com configurações absolutamente diversas. A ciência parece fragmentar essas pessoas abordando-as setorialmente, parcialmente, dissecando-as até reduzí-las a "rins", "corações", "sistemas aldosterona-angiotensina", "agressividades reprimidas", etc. O exercício profissional há que lançar mão dessas fragmentações tão úteis à compreensão da doença, mas há que reuní-las para melhor compreender o doente, devolvendo-lhe o direito à individualidade e ao ser que é (ou que busca ser). Hipertensão arterial não existe. Existem pessoas que através das respostas hipertensivas falam desse esforço que fazem para ser. Ajudemo-las !

MODELO 1

HIPERTENSÃO ARTERIAL - ABORDAGENS NÃO MEDICAMENTOSAS

SERVIÇO. ..... ENDEREÇO.....

ENTREVISTADO-NOME:..... ..... CATEGORIA:.....

1 - TIPO DE ATENDIMENTO

consulta médica, orientação, palestra, reflexão, psicoterapia, relaxamento, condicionament

2 - LOCAL DE ATENDIMENTO

consultório, sala de reuniões, centro de estudos, sala de terapia, auditório.

3 - ENCAMINHAMENTO

por iniciativa própria, por indicação médica, pela assistente social, pela atendente, por meio de cartazes ou folhetos, pela indicação de outros clientes.

.. SELEÇÃO

não há seleção; pelo tipo de hipertensão; pelo tipo de psicopatologia; os pacientes são esclarecidos a respeito do tratamento? são interrogados se aceitam o tratamento? em que percentual aceitam?

4 - DURAÇÃO DAS SESSÕES = variável; X minutos (ou horas)

DURAÇÃO DO TRATAMENTO = sem tempo limitado; durante tanto tempo

5 - NÚMERO DE PACIENTES = individual; variável; nº fixo (quantos?)

NÚMERO DE TÉCNICOS = só o médico; só o psicólogo; ambos ; outros (quantos?)

6 - TÉCNICA APLICADA E CONCEITUAÇÃO TEÓRICA

descrever a técnica do atendimento e as bases teóricas em que ele se sustenta.

7 - PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO

citar os profissionais que participam do atendimento = médico, psicólogo, assistente socia nutricionista etc.

8 - ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES

como se acompanham os pacientes? por meio de prontuário? avaliações periódicas? visitas fa liares?

9 - RESULTADOS DO ATENDIMENTO

quais são os resultados observados? em que se baseiam?

10 - ACEITAÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO PELOS PACIENTES

como reagem os pacientes ao atendimento? o que dizem dele? como se comportam no decorrer d atendimento?

11 - ACEITAÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE

como os membros da equipe de saúde que trabalham no mesmo local reagem ao atendimento? o qu dizem dele? colaboram de alguma forma com o atendimento? como?

12 - FREQUÊNCIA DOS PACIENTES AO TRATAMENTO

a frequência ao tratamento é regular ou irregular? qual é o percentual de comparecimento?

13 - PERCENTUAL DE ABANDONO DO TRATAMENTO

daqueles que participam do tratamento, qual o percentual dos que o abandonam?

14 - HISTÓRICO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA

como surgiu o atendimento? desde quando existe? onde se iniciou e por quem? sofreu alguma interrupção? que intercorrências houveram ?

IMPRESSO 1

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO GERAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL

DATA __/__/__

UNIDADE: _____ REGISTRO _____

A) (NOME)

(ENDEREÇO) (TELEFONE)

SEXO ___ IDADE ___ COR ___ ESTADO CIVIL ___

(PROFISSÃO) (Se aposentado especificar ocupação anterior)

B) ANTECEDENTE FAMILIAR HIPERTENSÃO (PAI, MÃE, IRMÃOS) ☐ SIM ☐ NÃO

C) ANTECEDENTES PESSOAIS (Assinalar se afirmativo)

☐ Anovulatórios	☐ Corticoides	☐ Nefropatia	☐ Indometacina ou Similar
☐ Fumo	☐ Diabetes	☐ Dispnéia	☐ Ingesta Excessiva de Sal
☐ Palpitações	☐ Gota	☐ Cefaléia	☐ Dor Precordial
☐ Poliúria	☐ A.V.C.		

D) EXAME FISICO

Pêso ___ kg. Altura ___ cm.

Pressão Arterial

de pé ___ x ___ (sistólica diastólica) sent. do ___ x ___ (sistólica diastólica) deitado ___ x ___ (sistólica diastólica)

Pescoço _____

Pulmões _____

Coração _____

Abdomen _____

Extremidades (pulsos, periféricos, edema) _____

E) DIAGNOSTICO

☐ Hipertensão essencial leve (diastólica entre 95 e 114 mm Hg)
☐ Hipertensão essencial moderada (diastólica entre 115 e 129 mm Hg)
☐ Hipertensão essencial severa (diastólica igual ou superior à 130 mm Hg)
☐ Hipertensão secundaria

OUTROS DIAGNOSTICOS _____

F) UTILIZAÇÃO ATUAL DE MEDICAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO ☐ SIM ☐ NÃO

G) ESQUEMA TERAPEUTICO INICIAL ☐

1. MEDIDAS HIGIENO-DIETÉTICAS (M.H.D.)
2. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia
3. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 100 mg/dia
4. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + RESERPINA 0,25 mg/dia
5. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + PROPANOLOL 40 mg/12h
6. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + Alternativa 250 mg/dia
7. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + Propranolol [illegible]
8. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA [illegible] + [illegible]
9. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + [illegible]
10. M.H.D. + HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg/dia + Alternativa [illegible]

H) RECORRÊNCIA ☐ SIM ☐ NÃO

I) OBSERVAÇÕES _____

IMPRESSO 2

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO GERAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL

REGISTRO _____

(NOME)

Data								
Esquema (1 à 0)								
Peso								
Efeitos Colaterais ▽								
Pressão Arterial								
GRÁFICO 220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
Freq. Cardíaca								

OBSERVAÇÕES: (Dieta, Fumo, Anticoncepcional, Exercícios Físicos)

Efeitos Colaterais ▽: (Descrever)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOUD, F.M. The sympathetic system in hypertension. Hypertension. 1982; 4; 3 pt²; 208-25.

AGRAS, W.S. Behavioral approaches to the treatment of essential hypertension. Int J. Obes. 1981; 5; suppl 1; 173-81.

AGRAS, W.S. Relaxation therapy in hypertension. Hosp Pract. 1983; 18; 5; 129-37.

AGRAS, W.S.; HORNE, M e TAYLOR, C.B. Expectation and blood - pressure-lowering effects of relaxation. Psychosom Med. 1982; 44; 4; 389-95.

AGRAS, W.S.; SCHNEIDER, J.A. e TAYLOR, C.B. Relaxation trainning in Essential hypertension: a failure of retrainning in relaxation procedures. Behavior Therapy. 1984; 15; 2; 191-6.

AGRAS, W.S.; SOUTHAM, M.A. e TAYLOR, C.B. Longterm persistence of relaxation-induced blood pressure lowering during the working day. J. Consult Clin. Psychol. 1983; 51; 5; 792-4.

ANDREWS, G. et alii. Hypertension comparision of drug and non-drug treatments. Br. Med. J. (Clin. Res.). 1982; 284; 6328; 1523-6.

APFEL-SAVITZ, R.; SILVERMAN, D. e BENNET, M.I. Group Psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexithymia. Psychother Psychosom. 1977; 28; 1-4; 323-29.

APOSTOLIDES, AY; et alii. Three-year incidence of hypertension in thirteen V.S. communities. Prev. Med. 1982; 11; 5; 487 - 99.

AVERILL, JR; OPTON, E.M.; LAZARUS, R.S. Cross-Cultural studies of psychophysiological responses during stress and emotion In Levi, L. Society, stress and disease. Oxford Univ. Press, 1971.

BAER, P.; et alii. Assessing personality factors in Essential hypertension with a brief self-report instrument. Psychosom. Med. 1979; 41; 4; 321-30.

BAER, P. et alii. Studies of gaze during induced conflict in families with a hypertensive father. Psychosom. Med. 1983; 45; 3; 233-42.

BAER, L.; PARCHMENT, Y.; KNEESHAW, M. Hypertension in health-care providers: effectiveness of worksite treatment programs in a state mental health agency. Am. J. Public Health. 1981; 71; 11; 1261-3.

BAIR, S. e LEVENBERG, S.B. Multi-modal behavioral approach to the treatment and management of essential hypertension. Psychother. Theory Res. Pract. 1979; 16; 3; 310-5.

BALI, L.R. Long-term effect of relaxation on blood pressure and anxiety levels of essential hypertension males: a controlled study. Psychosom. Med. 1979; 41; 8; 637-46.

BALINT, M. La falta Basica. Buenos Aires, Paidos, 1982.

BERTALANFFY, L. Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis, Vozes, 1977.

BERTILSON, H.S.; BARTZ, A.E. e ZIMMERMAN, A.D. Treatment progress for borderline hypertension among college students = relaxation, finger temperature biofeedback, and generalization. Psychological Reports. 1979; 44; 1; 107-14.

BOHR, D.F. What makes the pressure go up? Hypertension. 1981; 6 pt2; 160-5.

BOHRANI, N.O. Prevention of death and morbidity associated with hypertension in the community = a ten-year appraisal, 1972 to 1982. Heart Lung. 1982; 11; 1; 48-57.

BROD, J. The influence of higher nervous processes induced by psychosocial environment on the development of essential hypertension. In Levi, L. Society, stress and disease. Oxford Univ. Press, 1971.

BROD, J. Environmental stress and hypertension: introduction. Contrib. Nephrol. 1982; 30; 1-6.

BURDMAN, E.A. et alii. Hipertensão arterial na periferia de São Paulo. Rev. Bras. Med. 1984; 41; 01; 16-21.

CABRAL, R.J. et alii. The psychotherapeutic value of a more homogeneous group composition. Int. J. Soc. Psychiatry. 1981; 27; 1; 43-6.

CALDWELL, J.R. et alii. Psychosocial factors influence control

of moderate and severe hypertension. Soc. Sci. Med. 1983; 17; 12; 773-82.

CARVALHO, J.J. et alii. Pressão arterial e grupos sociais. Estudo epedemiológico. Arq. Bras. Cardiol. 1983; 40; 2; 115-20.

CARVALHO, J.J. Aspectos epidemiológicos e preventivos da hipertensão arterial. Rev. Bras. Clin. Terap. 1984; 13; 6; 225-9.

CIARCIA, J. e LEIGH, H. Biofeedback and hypertension. Psychother. Psychosom. 1981; 36; 3-4; 213-23.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976; 38; 5; 300-14.

COHEN, R.Y. The Evaluation of a community-based group program for low-income diabetics and hypertensives. Am. J. Community Psychol. 1982; 10; 5; 527-39.

CONTE, H.R. e KARASU, T.B. Psychotherapy for medically ill patients: review and critique of controlled studies. Psychomatics. 1981; 22; 4; 285-90, 297, 300, 312, 315.

COOKE, C.J. e MEYERS, A. The role of community volunteers in Health interventions: a hypertension screening and follow-up program. Am. J. Public Health. 1983, 73, 2, 193-4.

COOPE, Jr. Management of hypertension in general practice. Br. Med. J. (Clin. Res.). 1981; 282; 6273; 1380-2.

COOPER, T. The national high blood pressure education program reaches maturity. Chest. 1984; 86; 3; 346.

CORSON, S.A. The lack of feedback in today's societies - a psychosocial stress. In Levi, L. Society, stress and disease. Oxford Univ. Press, 1971.

CROUCH, M.A. Effectiveness of patient education. J.Fam.Pract. 1981; 12; 1; 22-5.

CROWTHER, J.H. Stress management training and relaxation imagery in the treatment of essential hypertension. J. Behav. Med. 1983; 6; 2; 169-87.

CRUZ-COKE, R. Etiology of essential hypertension. Hypertension. 1981; 3; 6 pt²; 191-4.

CUMES, D.P. Hypertension, disclosure of personal concerns and blood pressure response. J. Clin. Psychol. 1983; 39; 3; 376-81.

CUMMINGS, K.M. et alii. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the inner city. Prev. Med. 1982; 11; 5; 571-82.

CUNHA, M.S.R. A função delimitadora da pele no processo de individualização. Tese de mestrado em psicologia apresentada à PUC/SP, 1982.

D'ATRI, D.A. et alii. Crowding in prison: the relationship between changes in housing mode and blood pressure. Psychosom. Med. 1981; 43; 2; 95-104.

DAVIDMAN, M. e OPSAHL, J. Mechanisms of Elevated Blood Pressure in human essential hypertension. Med. Clin. North. Am. 1984; 68; 2; 301-20.

DEMOCKER, J.D. e ZIMPFER, D.G. Group approaches to psychosocial intervention in medical care: a synthesis. Int. J. Group Psychother. 1981; 31; 2; 247-60.

DENTON, D.A. et alii. Stress, acth, salt intake and high blood pressure. Clin. Exp. Hypertens. 1984; 6; 1-2; 403-15.

DIAMOND, E.L. The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. Psychol. Bull. 1982; 92; 2; 410-33.

DICKINSON, J.C. et alii. Improving hypertension control: impact of computer feedback and physician education. Med. Care. 1981; 19; 8; 843-54.

DOMINGUEZ, R.C. Hypertension arterial: prevencion y control a nivel comunitario modelo para un plan de accion. Rev. Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1980; 50; 01; 101-5.

DRESSLER, W.W. Blood pressure, relative weight and psychosocial resources. Psychosom. Med. 1983; 45; 6; 527-36.

DRUMMOND, P.D. Personality traits in young males at risk for hypertension. J. Psychosom. Res. 1982; 26; 6; 585-9.

DUNN et alii. Diagnosis and management of hypertension: the stated practices of family physicians. Can. Med. Assoc. J. 1984; 130; 8; 985-8.

EARP, J.A.L.; ORY, M.G. e STROGATZ, D.S. The effects of family envolvement and practitioner home visits on the control of hypertension. Am. J. Public Health. 1982; 72; 10; 1146-54.

EASTAUGH, S.R. e HATCHER, M.E. Improving compliance among hypertensives: a triage criterion with costbenefit implications. Med. Care. 1982; 20; 10; 1001-17.

EGAN, K.J. et alii. The impact of psychological distress on the control of hypertension. J. of Human Stress. 1983; 9; 4; 4-10.

ENGELMAN, K. e BRAUNWALD, E. Elevação da pressão arterial. In G.W. Thorn; R.D. Adams; E. Braunwald; K.J. Isselbacher; R. G. Petersdorf. Medicina Interna. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980.

FELTON, B.J. e REVENSON, T.A. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. J. Consult Clin. Psychol. 1984; 52; 3; 343-53.

FENICHEL, O. Teoria psicanalítica dos neuroses. Rio de Janeiro-São Paulo; Atheneu, 1981.

FIELDING, J.E. e BRESLON, L. Worksite hypertension programs: results of a survey of 424 california employers. Public Health Report. 1983; 98; 2; 127-32.

FINNERTY, F.A. Motivação do paciente hipertenso para permanecer no tratamento. In Monografias sobre a hipertensão. N.J.USA, Merck & Co, Inc. Rahway, 1973.

FITZGERALD, G.A. Neurogenic aspects of essential hypertension in man. Ir. J. Med. Sci. 1979; 148; 9-10; 280-9.

FLORENZANO, R. et alii. Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparacion de dos sistemas de seguimiento. Bol. of Sanit. Panam. 1981; 91; 5; 428-40.

FONTAINE, R. e BOISVERT, D. Psychophisiological disorders in

anxious patients: hypertension and hypotension. Psychother Psychosol. 1982; 38; 1; 165-72.

FORD, C.V. e LONG, K.D. Group psychotherapy of somatizing patients. Psychother. Psychosom. 1977; 28; 1-4; 294-304.

FOSTER, S.B. e KOUSCH, D. Adherence to therapy in hypertensive patients. Nurs Clin. North Am. 1981; 16; 2; 331-41.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. Edição standard das obras psicológicas completas. Vol. II, Rio de Janeiro, Imago,1974.

FREUD, S. O ego e o id. Edição standard das obras psicológicas completas. Vol. XIX, Rio de Janeiro, Imago, 1976.

GAGE, B.C. e EGAN, K.J. The effect of Alexithymia on Morbidity in hypertensives. Psychother Psychosom. 1984; 41; 3; 136-44.

GAUS, E.; KLINGENBURG, M. e KÖHLE, K. Psychosomatic aspects in the treatment of hypertension patients-possibilities for an ... Psychother Psychosom. Med. Psychol. 1983; 33; 53-60.

GELMAN, M.L. e NEMATI, C. A new method of blood pressure recording that may enhance patient compliance. Jama. 1981; 246; 4; 368-70.

GIFFORD, R.W. et alii. Guidelines for detection, diagnosis and management of hypertensive populations. Circulation. 1981; 64; 5; 1079A - 1088.

GLANZ, K.; KIRSCHT, J.P. e ROSENSTOCK, I.M. Linking research and practice in patient education for hypertension. Med.Care. 1981; 19; 2; 141-52.

GLASCOW, M.S.; GAARDER, K.R. e ENGEL, B.T. Behavioral treatment of high blood pressure. Acute and sustained effects of relaxation and systolic blood pressure biofeedback. Psychosom. Med. 1982;44; 2; 155-70.

GRENFELL, R.F. Hypertension: the problem patient. Angiology. 1981; 32; 6; 373-8.

GRIMM, R.H. et alii. Long-Term effects of a blood pressure survey on patient treatment in a community. Circulation. 1982; 65; 5; 946-50.

GROEN, J.J. Social change and psychosomatic disease. In Levi, L. Society, stress and disease. London. Oxford Univ. Press, 1971.

GROEN, J.J. Society, interhuman communication and psychosomatic disease. In Levi, L. Society, stress and disease-2. London. Oxford Univ. Press, 1975.

GROEN, J.J. Psychosomatic aspects of ischaemia (coronary) heart disease. In Hill, H. Modern trends in psychosomatic medicine -3. London, Butterwhorts, 1976.

HABER, S.B. e FRIEDMAN, R. Psychobiology of experimental hypertension: evaluation of the dahl rat lines. Behav. Genet. 1981; 11; 5; 505-15.

HAFNER, R.J. et alii. Marital interaction and adjustment in patients with essential hypertension. Clin. Exp. Hypertens. 1983; 5; 1; 19-31.

HAINES C.M. e WARD, G.W. Recent trends in public knowledge, attitudes, and reported behavior with respect to high blood pressure. Public Health Rep. 1981; 96; 6; 514-22.

HARREL, J.P. Psychological factors and hypertension: a status report. Psychol. Bull. 1980; 87; 3; 482-501.

HARSHFIELD, G.A. et alii. Situational variations of blood pressure in ambulatory hypertensive patients. Psychosom Med. 1982; 44; 3; 237-45.

HERRMANN, H.J.M. et alii. Essential hypertension. Problems, concepts and an attempted synthesis. In Hill, H. Modern trends in psychosomatic medicine-3. London, Butterwhorts, 1976.

HINKLE, L.E. et. alii. An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness. In Psychosomatic classics. N.York. Karger-Basel. 1972.

HORVAT, J.F. The Evolution of a hypertension program. Milt Med. 1983; 148; 7; 616-21.

HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOUP PROGRAM. Five-year findings

of the hypertension detection and follow-up program. Jama. 1982; 247; 5; 633-8.

JACOB, R.G. Modifying neurogenic components of hypertension: relaxation and biofeedback therapy. Md. State Med. J. 1984; 33; 3; 209-14.

JAGGER, P. e BRAUNWALD, E. Doença vascular hipertensiva. In G.W. Thorn; R.D. Adams; E. Braunwald; K.J. Isselbacher; R.G. Petersdorf. Medicina Interna. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980.

JALOWIEC, A. e POWERS, M.J. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nurs Res. 1981; 30, 1; 10-5.

JANSSEN, A.P.; DICKER, R.B. e MANNING, R.T. A new initiative for hypertension control. J. Kans Med. Soc. 1982; 83; 9; 434-7.

JENKINS, C.D. et alii. Social stressors and excess mortality from hypertensive diseases. J. Human Stress. 1979; 5; 3; 29-40.

JENKINS, C.D.; SOMERVELL, P.D. e HAMES, C.G. Does blood pressure usually rise with age?... or with stress? J. Human Stress. 1983; 9; 3; 4-12.

JORGENSEN, R.S.; HOUSTON, B.K. e ZURANWSKI, R.M. Anxiety management training in the treatment of essencial hypertension. Behav. Res. Ther. 1981; 19; 6; 467-74.

JULIUS, S. The psychophysiology of borderline hypertension. Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis. 1981; 59; 293-303.

KALLINKE, D.; KULICK, B. e HEIM, P. Behaviour analysis and treatment of essential hypertensives. J. Psychosom. Res. 1982; 26; 5; 541-9.

KAPLAN, N.M. Non-drug treatment of hypertension. Aust. NZ. J.Med. 1981; 11; suppl. 1; 73-5.

KAPLAN, N.M. Non-drug treatment of hypertension Tex. Med. 1982; 78; 10; 52-4.

KASL, S.V. e COBB, S. The experience of losing a job: some effects on cardiovascular functioning. Psychother Psychosom. 1980; 34; 2-3; 88-109.

KASS, E.H. Special clinics for hypertension - the role of the hypertension detection - and follow-up programme. Br.J.Clin. Pharmacol.1982; 13; 1; 81-6.

KHOSLA, M.C.; PAGE, I.H. e BUMPUS, F.M. Interrelations between various blood pressure regulatory systems and the mosaic theory of hypertension. Biochem Pharmacol. 1979; 28, 19; 2867-82.

KIRSCHT, J.P. Patient education, blood pressure control and the long run. Am. J. Public Health. 1983; 73; 2; 134-5.

KLEIN, M. Psicanálise da criança. São Paulo, Mestre Jou, 1981.

KOHUT, H. Self e narcisismo. Rio de Janeiro, Zahar, 1984.

KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULÉ, M. A criança e seu corpo. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

LAHER, M. et alii. Educational value of printed information for patients with hypertension. Br. Med. J. (Clin Res.) 1981; 282; 6273; 1360-1.

LAL, N.; AHUJA, R.C. e MADHUKAR. Life events in hypertensive patients. J. Psychosom. Res. 1982; 26; 4; 441-5.

LAUGHLIN, K.D. Emhancing the Effectiveness of behavioral treatments of essential hypertension. Physiol. Behav. 1981; 26; 5; 907-13.

LAUGHLIN, K.D.; FISCHER, L. e SHERRARD, D.J. Blood pressure reductions during self-recording of home blood pressure. American Heart J. 1979; 98; 5; 629-35.

LAZZARI, R. et alii. Descrizione delle caratteristiche psicologiche di un gruppo di pazienti affeti da ipertenzione arteriosa essenziale. Arch. Sci. Med. (Torim) 1980; 137; 1; 99-108.

LESSA, I.; EVANGELISTA Fº, D. e E.SANTO, M.E.G. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol. 1983; 41; 2; 119-23.

LEVINE, D.M. et alii. Data-based planning for educational interventions through hypertension control programs for urban and rural populations in Maryland. Public Health Rep. 1982; 97; 2; 107-12.

LEW, E.A. Uma visão atuarial da hipertensão. In Monografias sobre a hipertensão. N.J. USA, Merck & Co, Inc. Rahway, 1973.

LIGHT, K.C. Cardiovascular responses to effortful active coping: implications for the role of stress in hypertension development. Psychophysiology G4. 1981; 18; 3; 216-25.

LIGHT, K.C. et alii. Psychological stress induces sodium and fluid retention in men at high risk of hypertension. Sicence 1983; 220; 4595; 429-31.

LINDEN, W. e FEUERSTEIN, M. Essential hypertension and social coping behavior. J. Human Stress. 1981; 7; 1; 28-34.

LOVELL, R.R.H. Blood pressure and westernization. Hypotheses bearing on the control of hypertension. Contrib Nephrol. 1982; 30; 19-25.

LUBORSKY, L et alii. Behavioral versus pharmacological treatments for essential hypertension-a needed comparison. Psychosom Med. 1982; 44; 2; 203-13.

LYKETSON, G. et alii. Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients. J. Psychosom. Res. 1982; 26; 2; 255-62.

LYNCH, J.J. et alii. Interpersonal aspects of blood pressure control. J. Nerv. Ment. Dis. 1982; 170; 3; 143-53.

MAGALDI, C. e ALMEIDA, D.B. Aspectos epidemiológicos e preventivos da doença hipertensiva. Arq. Bras. Cardiol. 1978; 31;5; 341-7.

MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMAN, A. O nascimento psicológico da criança. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

MANDRIOTTA, R.; BUNKERS, B. e WILCOX, M.E. Nutrition intervention strategies in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT) J of the American Dietetic Association. 1980; 77; 138-40.

MANN, A. Hypertension psychological aspects and diagnostics impact in a clinical trial. Psychol Med. 1984; suppl. 5; 1-35.

MARIN, L.; ORTUZAR, B. e NUNEZ, B. Evaluacion del programa de hipertension arterial. Consultorio Pudahuel. Bol. Hosp. San

Juan Dias. 1982; 29; 2; 75-9.

MARTIN, J.E. e EPSTEIN, L.H. Evaluating the situational specificity of relaxation in mild essential hypertension. Perceptual e Motor Skills. 1980; 51; 2; 667-74.

MC KENNEY, J.M. Methods of modifying compliance behaviour in hypertensive patients. Drug. Intell. Clin. Pharm. 1981; 15; 1; 8-14.

MC QUEEN D.V. e CELENTANO, D.D. Social factors in the etiology of multiple outcomes: the case of blood pressure and alcohol consumption patterns. Soc. Sci. Med. 1982; 16; 4; 397-418.

MELLO Fº, J. Concepção psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.

MELVILLE, D.I. e RAFTERY, E.B. Blood pressure changes during acute mental stress in hypertensives subjects using the Oxford intra-arterial system. J. Psychosom Res. 1981; 25; 6; 487-97.

MEYER, P. e GARAY, R.P. Hypertension as a membrane disease. Eur. J. Clin. Invest. 1981; 11; 5; 337-9.

MILLER, C.L.; STEIN, R.F. e GRIM, C. Personality factors of the hypertensive patient. Int. J. Nurs. Stud. 1979; 16; 3; 235-51.

MILLER, R.N. Study on the effectiveness of Remote mental healing. Med. Hypotheses. 1982; 8; 5; 481-90.

MITCHELL, J.C. Psychotherapy and psychologic disorders: an integrative approach. J. Am. Coll. Health Assoc. 1981; 29; 4; 195-6.

MONK, M. Psychologic status and hypertension. Am. J. Epidemiol. 1980; 112; 2; 200-8.

MORISKY, D.E. et alii. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. Am. J. Public. Health. 1983; 73; 2; 153-62.

MORISKY, D.E.; BOWLER, M.H. e FINLAY, J.S. An educational and behavioral approach toward increasing patient ativation in hypertension management. J. Community Health. 1982; 7;3; 171-82

MOSER, M. Variações e causas de erro na medição de pressão arterial. In Monografias sobre a hipertensão. N.J. USA, Merck & Co., Inc. Rahway, 1969.

MOSER, M. A decade of progress in the management of hypertension Hypertension. 1983; 5; 6; 808-13.

MOYER, G.L. Control of hypertension in a family practice model office. J. Fam. Pract. 1981; 13; 7; 975-80.

MYERS, H.F. e MILES, R.E. Life events stress, subjective appraisal and somatization in hypertension: a pilot study. J. Human Stress. 1981; 7; 2; 17-27.

MYERS, J.B. Biochemical response to change in the environment and the nature of essential hypertension. Med. Hypotheses. 1982; 9; 3; 241-57.

NAKAMOTO, F. et alii. Fisiopatogênese da hipertensão arterial. Rev. Bras. Med. Cardiol. 1984; 3; 3; 122-30.

NASSIF, M. Regulação da pressão arterial. Arq. Bras. Cardiol. 1979; 33; 6; 435-40.

NESSMAN, D.G.; CARNAHAN, J.E. e NUGENT, C.A. Increasing compliance patient-operated hypertension groups. Arch. Intern.Med. 1980; 140; 11; 1427-30.

PANEL and PLENUM-DISCUSSION: Psychotherapeutic problems with psychosomatic patients. Psychotherapy e Psychosomatic. 1977; 28; 1-4; 361-375.

PATEL, C.; MARMOT, M.G. e TERRY, D.J. Controlled trial of biofeedback-aided behavioural methods in reducing mild hypertension Br. Med. J. (Clin. Res.) 1981; 282; 6281; 2005-8.

PAUL, O. Pressão arterial e mortalidade. In Monografias sobre a hipertensão. N.J. USA, Merck & Co, Inc. Rahway, 1969.

PELED-NEY, R.; SILVERBERG, D.S. e ROSENFELD, J.B. A controlled study of group therapy in essential hypertension. ISr. J. Med. Sci. 1984; 20; 7; 12-15.

PERINI, C. et alii. Personality and adrenergic factors in essential hypertension. Contrib. Nephrol. 1982; 30; 64-9.

PIRRELI, A.; MISCEO, N.; PIERI, R. Stress ed ipertensione arteriosa essenziale. Recenti Preg Med. 1981; 71; 5; 541-59.

RABKIN, J.G.; CHARLES, E. e KASS, F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. Am.J. Psychiatry. 1983; 140; 8; 1072-4.

REICHGOTT, M.J. e SIMONS-MORTON, B.G. Strategies to improve patient compliance with antihypertensive therapy. Primary Care. 1983; 10; 1; 21-7.

REISER, M.F.; ROSENBAUM, M. e FERRIS, E.B. Psychologic mechanisms in malignant hypertension. Psychosom. Med. 1951; 13; 147.

RESTREPO, H.E. et alii. Evaluacion de un programa de control y seguimiento de la hipertension arterial. Bol. of Sanit.Panam 1980; 89; 4; 293-307.

RIBEIRO, M.B. et alii. Hypertension and economic activities in São Paulo, Brazil. Hypertension. 1981; 3; 6 pt²; 233-7.

RICHTER-HEINRICH, E. et alii. Long-term application of behavioral treatments in essential hypertensives. Physiol. Behav. 1981; 26; 5; 915-20.

ROBERTS, J.P. The problem of group psychotherapy for psychosomatic patients. Psychother Psychosom. 1977; 28; 1-4; 305-15.

RODIN, G. Somatization and the self: psychotherapeutic Issues. Am. J. Psychother. 1984; 38; 2; 257-63.

SANTONASTASO, P. et alii. Hypertension and neuroticism. Psychother Psychosom. 1984; 40; 1; 7-11.

SASLOW, G. et alii. Possible etiologic relevance of personality factors in arterial hypertension. Psychosom. Med. 1950; 12; 292.

SAUNDERS, L.D.; IRWIG,L.M. e WILSON, T.D. Hypertension management and patient compliance at a Soweto polyclinic. S.Afr. Med. J. 1982; 61; 5; 147-51.

SCHWARTZ, G.E. e SHAPIRO, D. Biofeedback and essential hypertension: current findings and theoretical concerns. Gruhe. e Stratton Inc. 1973; 133-43.

SEAR, A.M. et alii. "The relationshipe between income , education and hypertension. J. Biosoc. Sci. 1982; 14; 2; 213 - 21.

SELLSCHOPP-RÜPPELL, A. Behavioral characteristics in in-patient group psychotherapy with psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. 1977; 28; 1-4; 316-322.

SELYE, H. Stress, a tensão da vida. São Paulo, Ibrasa, 1965.

SELYE, H. The evolution of the stress concept-stress and cardio vascular disease. In Levi, L. Society, stress and disease. Oxford Univ. Press, 1971.

SHAPIRO, D. e GOLDSTEIN, I.B. Biobehavioral perspectives on hypertension. J. Consult. Clin. Psychol. 1982; 50; 6; 841-51.

SHAPIRO, A.P. e JACOB, R.G. Non-pharmacologic approaches to the treatment of hypertension. Ann. Rev. Public Health. 1983;4; 285-310.

SLEIGHT, P. Enviromnental factors in circulatory control. Contrib Nephrol. 1982; 30; 49-56.

SOUTHAM, M.A. et alii. Relaxation training: blood pressure lowering during the working day. Arch. Gen. Psychiatry. 1982; 39; 6; 715-7.

STAMLER, J. Tratamento global da hipertensão essencial: por que, quando, como. In Monografias sobre a hipertensão. N.J.USA, Merck & Co, Inc. Rahway, 1970.

STEPTOE, A. et alii. Behavioral Response Demands, cardiovascular reactivity, and essential hypertension. Psychosom. Med. 1984; 46; 1; 33-48.

STEPTOE, A. e MELVILLE, D. Mental Health and hypertension. Lancet. 1984; 2; 8400, 457-8.

STRAYHORN, G. Social supports, perceived stress, and health: the black experience in medical school - a preliminary study J.Nat. Med. Assoc. 1980; 72; 9; 869-81.

STROGATZ, D.S. e EARP, J.A.L. The determinants of dropping out of care among hypertensives patients receiving a behavioral

WASSERMAN, B.P. The employee high blood pressure program of the national institutes of health. Public Health Rep. 1982; 97; 2; 122-6.

WATKINS, L.D. Public and patient education in Caribbeau hypertension control programmes: an ethnomedical prospective. West Indian Med. J. 1983; 32; 3; 122-9.

WIDMER, R.B.; CADORET, R.J. e TROUGHTON, E. Compliance characteristics of 291 hypertensive patients from a rural midwest area. J. Family Practice. 1983; 17; 4; 619-25.

WINNICOTT, D.W. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D.W. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

WOLF, S. Psychosocial forces in miocardial infarction and sudden death. In Levi, L. Society, stress and disease. Oxford Univ. Press, 1971.

ZACEST, R. et alii. Relationship of psychological factors to failure of antihypertensive drug treatment. Aust. NZ. J.Med. 1981; 11; 5; 501-7.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Angela Podkameni
orientadora
PUC - RJ

Carlos Paes de Barros
PUC-RJ

Harald Lettner
PUC-RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1986

Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas