

# Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de hipertensão arterial

BELLKISS WILMA ROMANO

*O controle da hipertensão arterial e da doença arterial coronária implica a intervenção em fatores de risco multivariados, que compreende a mudança no estilo de vida.*

*Para isso é preciso que a redução de peso, de sódio, de álcool e de tabaco e o exercício físico sejam entendidos como tendo embutida a compreensão do significado psicológico que essas substâncias estavam assumindo na vida dessas pessoas. Com essa orientação, compulsoriamente interferir-se-*

*á em ansiedade, depressão, interação social, manifestação afetiva e outros parâmetros de ordem exclusivamente psíquica.*

*Palavras-chave: hipertensão/coronariopatia/Psicologia, hipertensão/coronariopatia/aspectos psíquicos.*

*HiperAtivo 1999;1:57-60*

Instituto do Coração — HC-FMUSP

Endereço para correspondência:

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — CEP 05403-900 — São Paulo — SP

## INTRODUÇÃO

A partir dos resultados apontados no Estudo de Framingham, muitos outros estudos epidemiológicos sucederam-se, de forma a tornar indiscutível que a hipertensão arterial é um fator de risco para a doença aterosclerótica coronária<sup>(1, 2)</sup>, acelerando a aterogênese em cerca de duas a três vezes<sup>(3)</sup>. Acrescente-se que também aumenta a probabilidade da ocorrência de hipertrofia do miocárdio e de disfunção renal<sup>(5, 6)</sup>.

Como é alta a prevalência de hipertensão arterial na população adulta em geral (1:4 segundo o Fifth Joint Committee<sup>(7)</sup>), pode-se afirmar que cerca de 35% dos eventos cardiovasculares sejam desencadeados por ela<sup>(8)</sup>.

Ocorre que a ação médica no tratamento da hipertensão arterial focalizado primariamente no controle da pressão sanguínea, sem considerar em profundidade outros fatores que contribuem para a doença aterosclerótica, tem seus efeitos muito limitados<sup>(9, 10)</sup>.

Uma vez reconhecida essa ligação — hipertensão arterial e prevalência de doença arterial coronária — é obrigatório que haja atuação na busca da redução dos riscos multivariados para ambos os males<sup>(5, 11)</sup>. Em decorrência, firmam-se os Consensos para controle de hipertensão e fatores de risco, enfatizando a ação por meio de medidas não-farmacológicas<sup>(7, 12, 13)</sup> associadas às farmacológicas.

É nesse ponto que os aspectos psicológicos tornam-se importantes — aliás, muito mais do que se pode avaliar à primeira vista. Ingenuamente, poder-se-ia supor que estariam vinculadas às medidas antiestresse, conforme nomeadas nos Consensos citados. Mas a contribuição/interferência do parâmetro psíquico é mais embutida do que aparenta. Se não, vejamos.

## CONTRIBUIÇÃO/INTERFERÊNCIA DO PARÂMETRO PSÍQUICO

### Na instalação do mal

A experiência clínica aponta que o paciente faz imediatamente e sem relutância a ligação entre as alterações de seu estado emocional, situações cotidianas e problemas familiares com a elevação de pressão.

Classicamente também está descrita a personalidade competitiva, hostil, dependente de trabalho e da premência de tempo para pacientes que apresentam doença coronária.

### No conhecimento que o paciente tem sobre o mal

Zerwic e colaboradores<sup>(14)</sup> avaliaram o quanto os pacientes coronariopatas conheciam sobre sua doença. Curiosamente, quando se falava sobre fatores de risco para a população em geral, cerca de 80% conseguiram nomear pelo menos um dentre os seguintes fatores: fumar, hipertensão arterial e

hipercolesterolemia. Mas apenas 64% dos que eram fumantes reconheceram o fumo e 15% dos que eram hipertensos reconheceram a hipertensão como fatores de risco em seu caso específico. Isso demonstra que os indivíduos têm dificuldades em admitir seus próprios fatores, apesar de reconhecê-los nos outros.

Esse dado é relevante quando se discute mudança de estilo de vida e aderência ao tratamento. Dessa forma, fica reforçada a tese de que, além das informações gerais, o paciente deve receber atenção e orientações individualizadas sobre seu perfil de risco e sobre seu tratamento. Particularmente tratando-se de pacientes hipertensos que podem não perceber o aumento de seu risco para doença cardiovascular<sup>(15)</sup>.

### Na redução de peso

É também freqüente os próprios pacientes associarem seus estados emocionais à ingestão aleatória de alimentos. Aliás, comer, beber e fumar estão vinculados à oralidade. Esta, por sua vez, está diretamente relacionada com a compreensão afetiva, com a redução de ansiedade, com a necessidade de ser reconhecido (pela mãe que alimenta, segundo a Psicanálise). Assim, em programas de emagrecimento, deve ser considerado o componente psicológico do significado que a comida (a voracidade ou a anorexia) assume na vida a pessoa.

Em nosso meio,<sup>(16)</sup> desde as primeiras orientações sobre redução de peso, conta-se com a presença de um psicólogo para esclarecer sobre: compensação alimentar na presença de nervosismo, estresse, insatisfação, solidão e outras situações. As recomendações do nutricionista e do psicólogo também pressupõem a valorização das atividades de lazer e/ou profissionais, além do exercício físico como recursos para aliviar as tensões do dia a dia, para preencher horários livres de forma a não ocorrer a supervalorização do alimento.

### No uso de álcool/tabaco

Atualmente, tanto o álcool como o tabaco são estudados como drogadição, sendo-lhes reservado um capítulo dentro da psicopatologia<sup>(17)</sup>. Já vai longe, então, a época em que a sociedade os reconhecia como glamurosos.

O paciente faz uso de drogas quando sua estrutura interna é frágil. É pelo uso do álcool e do fumo que buscam esquivar-se do contato com seus problemas emocionais. Evitam a emergência de seus intensos sentimentos de angústia e ansiedade com os quais não se sentem capazes de lidar. Frente a situações conflituosas, principalmente que envolvam interação social e exposição de afeto, o paciente precisa do álcool/tabaco para enfrentar o mundo.

Assim, as orientações para álcool/tabaco devem sempre estar alicerçadas em duas fases distintas: uma, com o objetivo de sensibilização e mobilização do paciente para abstinência; e outra, com o objetivo de instrumentalizá-lo para tolerar e manejar situações de tensão psíquica<sup>(18)</sup>.

### Na atividade física e no controle do estresse

Na vida moderna, a atividade física foi substituída por atividades intelectuais, resultando em um ser com estresse mental e com ansiedade<sup>(19)</sup>.

O combate ao sedentarismo é um método muito útil tanto para modificar os fatores de risco como para intervir nos aspectos psíquicos, retroalimentando-se num círculo. Assim, quanto mais sedentário, menos o paciente tem vontade para iniciar a atividade física, ficando mais deprimido, sentindo-se menos capaz de intervir no rumo da doença e em sua vida, ficando mais “doente”, com menos vontade de intervir, mais sedentário.

Ao lado de promover mudanças no peso, concentração de lípides, tolerância à glicose, pressão arterial e capacitação física, a atividade física efetivamente reduz a ansiedade, os efeitos hipocondríacos e a depressão<sup>(20, 21)</sup>. Com esse benefício, os pacientes são capazes de reassumir sua produtividade, além de melhorar seu relacionamento social e familiar.

A grande contribuição da atividade física para os aspectos emocionais é a descoberta que o indivíduo faz de seus pontos de tensão corporais, além de descobrir-se capaz. Melhorando sua auto-imagem, modifica-se “como penso que sou visto pelos outros”, descobre-se onde está represada a hostilidade. Enfim, o corpo “fala”, “traduzindo” o estado de espírito.

Preconiza-se, assim, a nova relação do indivíduo com seu corpo e, por conseqüência, com o mundo.

Além de perceber a tensão física, o paciente deve ser orientado a identificar outros pontos de estresse (em casa, no trabalho) e desenvolver suas habilidades para alterá-los<sup>(22)</sup>.

### Na mudança de estilo de vida (ou o lugar da doença na vida do paciente)

Será que o paciente quer melhorar? Quais controles ele exerce no seu meio através da doença? Por exemplo, paciente mulher, 40-50 anos, filhos crescidos. Para ela a doença pode ser uma forma de manter a atenção e os cuidados da família sobre ela. Um paciente do sexo masculino pode utilizar-se da doença para justificar seus fracassos no trabalho e até garantir o recebimento da aposentadoria. Essas pessoas estão dispostas a afastar a doença de suas vidas?

Por esses pontos é que a recidiva nos padrões de hábitos anteriores é comum: porque hábitos são determinados por características sociais e de personalidade.

Dessa forma, os programas para mudanças de hábitos devem estar alicerçados em três pontos: conhecer o paciente, identificar as barreiras e motivá-lo para a mudança<sup>(23, 24)</sup>.

Esse aspecto está intimamente ligado à qualidade de vida, partindo-se do pressuposto de que esse conceito resulta de dois aspectos: subjetivo e objetivo<sup>(25)</sup>. Ou seja, a avaliação que o paciente faz de sua vida, e os resultados obtidos em seus exames médicos.

No caso dos hipertensos com doença coronária, o acompanhamento deve ser redobrado, porque alguns estudos comprovam que, após cirurgia com revascularização do miocárdio, os pacientes hipertensos têm mais chance de angina recorrente, mortalidade e complicações devido a outras patologias associadas que os não-hipertensos<sup>(11)</sup>. Isso trará reflexos em seu julgamento subjetivo sobre sua qualidade de vida e que fatalmente, se agregados a sentimentos de menos-valia, comprometerão todo o processo de mudança de estilo de vida.

### Na aderência ao tratamento

Se tudo o que foi detalhado acima for ponderado, pode-se chegar a uma compreensão global dos motivos pelos quais o paciente adere ou não ao tratamento.

Claro que, no exemplo dos outros tópicos, estão, neste artigo, sendo privilegiados os aspectos psicológicos. Há os farmacoeconômicos, os efeitos colaterais, o tempo em que o paciente durante o qual fará uso da droga, a idade, o sexo, etc.

Mas, em síntese, a aderência ao tratamento está intimamente ligada aos graus de depressão<sup>(20)</sup> e hostilidade<sup>(26)</sup>.

A efetividade das intervenções implicam em combinar componentes cognitivos, comportamentais e afetivos.

Este tópico, por isso, mereceria um artigo especial, porque é um dos assuntos mais estudados no mundo.

### Na família

Qualquer reflexão seria incompleta se não contar com a inclusão de familiares<sup>(27)</sup>. O paciente não é um ser isolado. E

a família funcionará primeiro como coadjuvante da equipe multiprofissional, não só como incentivador mas como participante dos vários aspectos da vida do paciente. Em segundo lugar, os membros da família geralmente compartilham dos mesmos fatores de risco e a mudança de hábitos será benéfica para todos<sup>(27)</sup>.

As orientações da equipe para a família permite que sejam discutidas dúvidas e mitos, além de propiciar a oportunidade de ser avaliada a dinâmica familiar.

Será de grande valia se as orientações aos pacientes puderem também ser dadas em grupo (de pacientes). O grande ganho é poder reconhecer-se dentro de uma "outra família" que compartilha dificuldades e soluções. Além disso, o paciente socializa-se e cria laços afetivos com outros pacientes em vários estágios da doença e do processo de reabilitação.

Dessa forma, procurou-se salientar que as "medidas comportamentais" para controle da hipertensão não estão e nem devem ser localizadas em uma só intervenção. Se as "medidas antiestresse" não têm eficácia comprovada (conforme apontado pelo Consenso Brasileiro de Hipertensão e outros<sup>(7, 12, 13)</sup>) é porque esse entendimento não abrange o sentido amplo que leva à mudança de estilo de vida. Sem isso, não haverá terapêutica medicamentosa que seja eficiente e nem eficaz<sup>(5)</sup>, porque não conduz à aderência consciente ao tratamento. Há de ter-se a colaboração, a compreensão, a participação do doente.

Aliás, essa é a condição imprescindível para ser definida qualidade de vida: a relevância do que o paciente quer para si.

---

## Psychological aspects of the hypertensive coronary heart disease patient

BELLKISS WILMA ROMANO

*The management of arterial hypertension and coronary disease means on multivaried risk factors interventions, that result in changing lifestyle.*

*To get reduction on body weight, sodium and alcohol intake, smoking cessation and physical exercises compliance, it has to be also understood that there are psychological meanings underlying those substances intake/use at those people's life.*

*Observing that guideline, necessarily we had to influence the course of anxiety, depression, social and affective behavior, and other psychic parameters.*

*Key words: hypertension/coronary heart disease/Psychology, hypertension/coronary heart disease/psychological aspects.*

*HiperAtivo 1999;1:57-60*

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bodanese LC. O tratamento da hipertensão arterial modifica o prognóstico do paciente com e sem doença arterial coronariana manifesta? *Atherosclerosis* 1995;6:34-5.
2. Robertson WB, Strong JP. Atherosclerosis in persons with hypertension and diabetes mellitus. *Lab Invest* 1968;18:538-41.
3. Wilson PWF, apud Palhares MV. Prevenção da hipertensão arterial sistêmica primária. *Rev Cardiol SBC/MG* 1997;3:15-21.
4. Messerli FH, Ventura HO, Elizardi DJ, et al. Hypertension and sudden death: increased ventricular ectopic activity in left ventricular hypertrophy. *Am J Med* 1984;77:18-22.
5. Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. National High Blood Pressure Education Program. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1993.
6. Bauer GE, Humphrey TI. The natural history of hypertension with moderate impairment of renal function. *Clin Sci Molec Med* 1973;45:191.
7. Joint National Committee: the Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 1993;153:154-83.
8. Kannel WB. Rationale for treatment of hypertension in the elderly. *Am Geriatr Cardiol* 1994;3:33-45.
9. Chobanian AV. Can antihypertensive drugs reduce atherosclerosis and its clinical complications? *Am J Hypertens* 1994;7:1195-255.
10. Weber MA. Coronary artery disease and hypertension. *Am J Hypertens* 1994;7:1465-535.
11. Sullivan MD, La Croix AZ, Baum C, et al. Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. *Am J Med* 1997;103:348-56.
12. Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (II). *Arq Bras Cardiol* 1994;63:334-47.
13. Fodor JG, Chockalingham A. The Canadian Consensus Report on nonpharmacologic approaches to the management of high blood pressure. *Clin Exp Hypertens* 1990;A12:729-43.
14. Zerwic JJ, King KB, Wlasowicz GS. Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease. *Heart Lung* 1997;26:92-8.
15. Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol* 1985;4:115-35.
16. Avila AL. Atuação ambulatorial do nutricionista no grupo informativo sobre obesidade. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994;4(supl A):1-5.
17. American Psychiatric Association. *Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical*. 4<sup>th</sup> ed. Washington, 1994.
18. Perez GH, Sharovsky LL, Hojaij EM, et al. Fatores psicológicos intervenientes na manutenção do tabagismo em portadores de doença arterial coronária. *Arq Bras Cardiol* 1995;64:459-62.
19. World Health Organization. Scientific Group of Primary Prevention of Arterial Hypertension. Technical Report Series 686, Geneve, 1983.
20. Milani RV, Lavie CJ, Cassidy MM. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *Am Heart J* 1996;132:726-32.
21. Byrne A, Byrne DG. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *J Psychosom Res* 1993;37:565-74.
22. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990;336:129-33.
23. Kingsbury K. Taking AIM: how to teach primary and secondary prevention effectively. *Can J Cardiol* 1998;14(supl A):22A-26A.
24. Bailey BJ, Carney SL, Gillies AH, et al. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? *Prog Cardiovasc Nurs* 1997;12:23-8.
25. Romano BW. Qualidade de vida: teoria e prática. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1993;3:6-9.
26. Coelho AM, Coelho R, Barros H, et al. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance and quality of life. *Rev Port Cardiol* 1997;16:873-83.
27. AHA Medical/Scientific Statement. Optimal risk factor management in the patient after coronary revascularization: a statement for healthcare professionals from an American Heart Association Writing Group. *Circulation* 1994;90:3125-33.