



Rev. Bras. de Hipnose 2017; 28(1): 76-94

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

A Hipnose como Tratamento Adjunto da Hipertensão Arterial

Hypnosis as Adjunct Therapy for Arterial Hypertension

Claudio Henrique de Oliveira

Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro - AHIERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo.

Essa revisão da literatura objetivou identificar de que forma a comunidade acadêmica vem atestando o uso da hipnose como tratamento adjunto da hipertensão arterial, partindo da ideia de que a hipnose realça a eficácia da psicoterapia e produz alguns efeitos inesperados. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujos dados foram coletados em livros, artigos, na rede eletrônica e nas bases de dados PubMed, Medline e Bireme. Devido ao pequeno número de artigos acerca da hipnoterapia no caso específico da hipertensão sistêmica, foram considerados todos os artigos que tratavam de hipertensão arterial e a pesquisa abrangeu os últimos trinta anos. Resultados mostraram que os tratamentos convencionais da hipertensão arterial podem ser melhorados com a ajuda da hipnoterapia clínica de Erickson que se constitui em uma alternativa para o tratamento da hipertensão na medida em que eleger a relação médico-paciente como uma parceria, onde o principal é a saúde do paciente. A literatura atesta uma redução de 14-20% na pressão sanguínea depois de oito ou nove sessões de hipnose. Finalmente, pode-se afirmar que as pesquisas indicam que a hipnose pode se transformar em um adjunto útil à medicação na gerência clínica da hipertensão, para os indivíduos cujas pressões sanguíneas permanecem elevadas apesar do tratamento farmacológico, mesmo quando a hipertensão está associada à gravidez.

Palavras-chave: hipertensão arterial, hipnoterapia, tratamento adjunto.

Abstract.

The purpose of this study was to conduct a review of literature to identify of that it forms the academic community comes certifying the use of the hypnosis as associate treatment of the arterial hipertension leaving of the idea of that the hypnosis enhances the effectiveness of the psychotherapy and produces some effect unexpected. It's about a bibliographical research whose given they had been collected in books, articles, in the electronic net and the databases PubMed, Medline, and Bireme. Small article number concerning the hypnotherapy in the specific case of the systemic hypertension was found, all had been considered the articles that dealt with arterial hipertension and the research enclosed last the thirty years. Results showed that the conventional treatments of the arterial hipertension can be improved with the aid of the clinical Erickson hypnotherapy that constitutes in an alternative for the treatment of the hipertension in the measure where it chooses the relation doctor-patient as a partnership, where the main one are the health of the patient. Literature certifies a reduction of 14-20% in the sanguineous pressure after eight or nine sessions of hypnosis. Finally, it can be affirmed that the research indicates that the hypnosis can be changed into a useful aid to the medication in the clinical management of the hipertension for the individuals whose sanguine pressures remain high despite the pharmacologic treatment, exactly when the hipertension is associated with the pregnancy.

Keywords: arterial systemic hipertension, hypnotherapy, associate treatment

1. Introdução.

As doenças crônicas, entre as quais a hipertensão arterial sistêmica (HAS), constituem desequilíbrios que impõem modificações no estilo de vida, exigindo readaptações ante a nova situação e estratégias para seu enfrentamento. Esse processo depende tanto da complexidade, gravi-

dade e fase da doença, como das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o estado de equilíbrio¹

A hipnoterapia usa tipicamente exercícios para induzir ao relaxamento profundo e a um estado alterado de consciência conhecido como transe². Muitos povos experimentam rotineiramente o transe-como prestar atenção na televisão prestar atenção ou sentar-se em uma luz vermelha. Esta condição altamente focalizada é raramente responsiva a uma ideia ou a uma imagem que facilitem a cura ou consigam um objetivo especificado³. Tais estados do transe foram usados durante toda a história humana, por xamãs e por povos antigos como parte de atividades ritualística para adivinhar o futuro⁴.

Nessa linha, sabendo que os fatores psicossociais desempenham um papel importante no desenvolvimento e no curso da hipertensão arterial e, embora o estresse possa esclarecer somente 10% da variação da pressão sanguínea, existe uma variedade de intervenções psicoterapêuticas como técnicas de relaxamento (treinamento autogênico ou relaxamento muscular progressivo), terapia ou técnicas comportamentais têm provado que podem abaixar a pressão elevada em média de 19 mmHg (sistólica) e 5 mmHg (diastólica) podem abaixar a pressão sanguínea em uma média de 10 mmHg (sistólica) e de 5 mmHg (diastólica). Como efeito secundário, essas medidas podem também alertar o hipertenso no sentido de um estilo de vida com mais qualidade.⁵

Entende-se que as patologias orgânicas com etiologia psicoafetiva são numerosas, e em todas as doenças, os elementos mentais e racionais são concomitantes com a situação orgânica. Nesse sentido, a hipnose transcende a superespecialização da ciência médica para restaurar a realidade unitária psicofísica do paciente⁶. No caso, da hipertensão, tem-se observado uma redução de 14-20% na pressão sanguínea depois de oito ou nove sessões de hipnose. Esta constatação leva a crer que o uso regular da auto-hipnose pode ser considerado benéfico para pacientes que sofrem de hipertensão.

Este estudo passa a considerar a hipnose como uma possibilidade terapêutica extra para o médico e promove uma revisão da literatura para identificar de que forma a comunidade acadêmica vem atestando o uso da hipnose como tratamento adjunto da hipertensão arterial. O estudo se justifica na busca desse profissional por terapias adjuntas no tratamento da HAS. Parte da ideia de que a hipnose realça a eficácia da psicoterapia e produz alguns efeitos inesperados⁷.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujos dados foram coletados em livros, artigos, na rede eletrônica e nas bases de dados PubMed, Medline e Bireme. Devido ao pequeno número de artigos acerca da hipnoterapia no caso específico da hipertensão sistêmica, foram considerados todos os artigos que tratavam de hipertensão arterial e a pesquisa abrangeu os últimos trinta anos.

Nesta linha, analisa-se, em primeiro lugar, a literatura acerca da hipertensão, enfocando as diretrizes norte-americana e europeia para o seu tratamento. Em segundo lugar, refaz-se a evolução histórica da hipnose, e, finalmente, em terceiro, busca-se identificar de que forma a literatura vem registrando essas intervenções no caso da HAS.

2. Revisão da Literatura.

2.1. Hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A HAS atualmente não mais pode ser vista como uma condição clínica em que as cifras tensionais estão acima de um determinado valor. Isto porque, a HAS existe em um contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a microalbuminúria, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo (VE)⁸.

Os componentes da síndrome hipertensiva são, muitas vezes, fatores de risco cardiovascular in

dependentes. Os esquemas terapêuticos antigos, propostos com a intenção única de baixar os níveis tensionais, não obtiveram uma redução da morbidade e mortalidade como esperado, apesar de uma redução eficaz dos níveis pressóricos⁸.

2.1.1 - Prevalência.

A prevalência da HAS, nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos, a prevalência se aproxima de 10% (20% para a raça negra); até os 50 anos, chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos, ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos.⁹

A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa, em números absolutos, 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2004). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento (portal. saude.gov.br/portal/).

De acordo com estimativa das Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, a HAS representa elevado custo médico-social, sendo as doenças cardiovasculares, a partir da década de 60, a primeira causa de morte no Brasil, superando as doenças infecto-contagiosas¹⁰.

2.1.2 - Fisiopatologia.

O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não se conheça como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina-angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Dessa forma, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular¹¹.

O sistema simpático tem uma grande importância na gênese da hipertensão arterial e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico. Mensurações das concentrações de catecolaminas plasmáticas têm sido usadas para avaliar a atividade simpática. Vários autores relataram concentrações aumentadas de noradrenalina no plasma em pacientes portadores de hipertensão essencial, particularmente em pacientes mais jovens. Estudos mais recentes sobre atividade simpática medida diretamente sobre nervos simpáticos de músculos superficiais de pacientes hipertensos confirmam esses achados. Também, foi demonstrada a alteração da resposta reflexa dos baroreceptores, tanto em modelos experimentais como em modelos clínicos¹¹.

Mecanismos renais estão envolvidos na patogênese da hipertensão, tanto através de uma natriurese alterada, levando à retenção de sódio e água, quanto pela liberação alterada de fatores que aumentam a PA como a renina ou de fatores depressores da PA como prostaglandinas¹¹.

O sistema renina-angiotensina está envolvido no controle fisiológico da pressão arterial e no controle do sódio e possui importantes implicações no desenvolvimento da hipertensão renal e deve estar envolvido na patogênese da hipertensão arterial essencial. O papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível cardíaco, vascular e renal é mediado pela produção ou ativação de diversos fatores de crescimento e substâncias vasoativas, induzindo vasoconstrição e hipertrofia celular¹¹.

A sobrecarga do sistema cardiovascular causada pelo aumento da pressão arterial e pela ativação de fatores de crescimento leva a alterações estruturais de adaptação, com estreitamento do lúmen arteriolar e aumento da relação entre a espessura da média e da parede arterial. Isso aumenta a resistência ao fluxo e aumenta a resposta aos estímulos vasoconstritores. A adaptação vascular instala-se rapidamente¹¹.

Adaptações estruturais cardíacas consistem na hipertrofia da parede ventricular esquerda em resposta ao aumento na pós-carga (hipertrofia concêntrica), e no aumento do diâmetro da cavidade ventricular com aumento correspondente na espessura da parede ventricular (hipertrofia excêntrica), em resposta ao aumento da pré-carga¹¹.

Tanto as adaptações vasculares quanto as cardíacas atuam como amplificadores das alterações hemodinâmicas da hipertensão e como início de várias das complicações dela decorrentes¹¹.

Novos estudos demonstraram o envolvimento do endotélio na conversão da angiotensina I em angiotensina II, na inativação de cininas e na produção do fator relaxante derivado do endotélio ou óxido nítrico. Além disso, o endotélio está envolvido no controle hormonal e neurogênico local do tônus vascular e dos processos homeostáticos. É, também, responsável pela liberação de agentes vasoconstrictores, incluindo a endotelina, que está envolvida em algumas das complicações vasculares da hipertensão.

Na presença de hipertensão ou aterosclerose, a função endotelial está alterada e as respostas pressóricas aos estímulos locais e endógenos passam a se tornar dominantes. Ainda é cedo para determinar se a hipertensão de uma forma geral está associada à disfunção endotelial.

Ainda, não está claro se a disfunção endotelial seria secundária à hipertensão arterial ou se seria uma expressão primária de uma predisposição genética. Embora estudos recentes identifiquem de forma mais clara vários mecanismos fisiopatológicos envolvidos na hipertensão arterial, ainda não está claro quais fatores são iniciadores da hipertensão e quais são seus perpetuadores.

2.1.3 - Classificação.

O trabalho do VII JNC levou a uma simplificação das categorias e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade.

O Quadro 1 apresenta a classificação atual da HAS. As categorias de estágio 2 e 3 foram unificadas, tendo em vista não haver objetivo prático em diferenciar duas situações clínicas que já reservam um prognóstico igualmente ruim.

A intenção dessa nova classificação é aumentar a importância da necessidade de se diagnosticar precocemente a hipertensão e mantê-la em nível o mais fisiológico possível, tendo em vista o enorme risco cardiovascular que a hipertensão possui.

Quadro 1. Classificação da HAS ¹²	
Nível da Pressão Arterial	Classificação
<120 sistólica e <80 diastólica	Ideal
<130 sistólica e <85 diastólica	Normal
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	Normal-alta
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	Hipertensão Estágio 2
>110 diastólica ou >180 sistólica	Hipertensão Estágio 3

2.1.4 - As diretrizes da hipertensão.

Como já exposto, novas diretrizes foram publicadas a respeito do manejo da hipertensão arterial, a brasileira (agosto/2002), a norte-americana (maio/2003) e a europeia (junho/2003). Embora

todas tenham sido baseadas nas melhores evidências disponíveis, existe uma considerável diferença entre elas, o que suscita a questão acerca da ser adotada pelos médicos que lidam com hipertensão arterial, principalmente os não-especialistas. Essas diferenças são maiores nas áreas de diagnóstico e classificação da hipertensão arterial, abordagem dos demais fatores de risco cardiovascular e escolha da terapia medicamentosa inicial para o paciente hipertenso (Tabela 1).

A observação dessa tabela suscita dúvidas. A primeira é diagnóstica. Pode-se concluir que a normalidade da pressão arterial seria encarada como aquela que representasse o menor risco cardiovascular para um indivíduo¹³. Dentro desta visão e considerando-se a contínua relação entre o nível da pressão arterial e o risco cardiovascular, qualquer definição e classificação de hipertensão é meramente arbitrária¹³.

Tabela 1. Classificação da pressão arterial nas diretrizes brasileiras, europeias e norte-americanas.¹²

Classificação Brasil. e Europa	Classificação Norte-americana	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	Normal	<120	<80
Normal	Pré-HTA	120-129	80-84
Normal-Alta (limítrofe)	----	130-139	85-89
HTA - estágio 1	HTA Estagio 1	140-150	90-99
HTA - estágio 2	HTA Estagio 2	160-179	100-109
HTA - estágio 3	----	≥180	≥110
Sistólica isolada	----	≥140	<90

HTA = hipertensão arterial

PAS = pressão arterial sistólica; PAD = Pressão arterial diastólica.

Obs.: Quando a sistólica e diastólica estão em categorias diferentes, classificar pela maior.

As diretrizes brasileiras e europeias, que baseiam-se no fato que o risco cardiovascular aumenta proporcionalmente com a elevação da pressão arterial a partir de níveis de 115/75 mm Hg, consideram como ótima a pressão arterial <120/80 mmHg¹². Estes mesmos níveis são denominados como pressão arterial normal pelo JNC VII. Causa polêmica a inclusão do termo pré-hipertensão, englobando as faixas de pressão arterial compreendidas entre 120 -139 mmHg de pressão sistólica e 80-89 mmHg de pressão diastólica, sem ter, efetivamente, novos dados epidemiológicos que justifiquem mudanças na classificação diagnóstica.

Nem todos os pacientes, dentro desta faixa de pressão arterial, irão desenvolver hipertensão arterial, aliás, a grande maioria não o irá (Tabelas 2 e 3)¹².

Tabela 2. Incidência de HAS, de acordo com a pressão arterial basal após 4 anos de acompanhamento.¹²

PA de Base (categoria)	Taxas de HSA após 4 anos de seguimento (95% CI)*	
	35-64 anos	64-94 anos
Ótima	5,3 (4,4 – 6,3)	16,0 (12,0-20,9)
Normal	17,6 (15,2 – 20,3)	25,5 (20,4 – 31,4)
Normal-Alta	37,3 (33,3 – 41,5)	49,4 (41,6 – 56,4)

HAS = hipertensão arterial sistêmica; PA = pressão arterial.

*As taxas são para cada 100 pessoas e estão ajustadas para sexo, idade e índice de massa corpórea.

Tabela 3. Risco relativo de desenvolvimento de um evento cardiovascular maior de acordo com a classificação do nível de PA.¹²

Categoria PA	Incidência cumulativa em 10 anos			
	Mulheres		Homens	
	%	Risco relativo*	%	Risco relativo*
Ótima	1,9	1,0	5,8	-
Normal	2,8	1,5(0.9-2,5)	7,6	1,5(0.9-2,5)
Normal-Alta	4,4	2,5(1.6-4,1)	10,1	1,6(1.1-2,2)
P	--	<0,01	--	<0,001

HAS = hipertensão arterial sistêmica; PA = pressão arterial.
*As taxas são para cada 100 pessoas e estão ajustadas para sexo, idade e índice de massa corpórea.

De acordo com Silva¹²:

Talvez a principal diferença entre os consensos pareça-nos ser a pouca atenção dada à quantificação do risco cardiovascular global no documento do JNC VII, um retrocesso quando comparada à versão anterior do documento. As diretrizes brasileiras e europeias, também neste aspecto, são mais enfáticas na importância da análise do paciente como um todo.

Os referidos autores continuam afirmando que “como o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbimortalidade cardiovascular, não é racional que se aborde um paciente baseado, apenas, na sua pressão arterial isoladamente”.

Nessa linha, a presença dos demais fatores de risco tem implicância não apenas na classificação do paciente como hipertenso ou não, mas também na tomada de decisões terapêuticas. Para Silva et al.¹²:

Um paciente diabético com 138/84 mm Hg não tem simplesmente pressão arterial normal alta ou é um pré-hipertenso, pelo contrário, devido ao aumento substancial de risco cardiovascular imputado pela presença do diabetes, ele deve ser considerado hipertenso e manuseado como tal, inclusive farmacologicamente, utilizando-se esta estratégia proposta pelas diretrizes brasileira e europeia, entende-se que não existe um valor predeterminado de pressão arterial para classificar um paciente em normotenso ou hipertenso.

A decisão entre iniciar o tratamento medicamentoso ou optar apenas por orientações, quanto à mudança de estilo de vida, deve ser flexível, dependendo não só dos níveis pressóricos per se, mas sim da conjuntura destes valores com os demais fatores de risco cardiovascular.

2.1.5 - Terapêutica medicamentosa inicial.

Todos os consensos orientam a utilização de determinada classe de droga na terapêutica preferencial de um paciente hipertenso com alguma condição especial, particularmente quando da existência de uma comorbidade, como por exemplo, betabloqueadores na insuficiência coronariana ou inibidores da enzima de conversão da angiotensina nos pacientes com disfunção VE.

A divergência está na escolha da droga inicial para o tratamento do paciente hipertenso não-complicado. O consenso norte-americano, baseado nos resultados do estudo ALLHAT, recomenda os diuréticos tiazídicos como drogas de eleição neste tipo de situação, visto serem tão efetivos quanto às demais classes de drogas no controle da hipertensão arterial, e talvez, até mesmo um pouco superiores na prevenção de alguns eventos cardiovasculares, como por exemplo, acidente vascular encefálico, sem falar que o custo de um tratamento anti-hipertensivo baseado no uso de um tiazídico é infinitamente menor quando comparado a qualquer outro esquema disponível¹⁴.

As diretrizes brasileiras e as europeias são mais parcimoniosas na escolha do antihipertensivo. Embora as todas as principais classes de drogas hipotensoras: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonista

da angiotensina II, sejam efetivas e seguras no tratamento da hipertensão arterial, os consensos não estabelecem uma orientação específica na escolha inicial da terapêutica medicamentosa inicial, permitindo ao médico optar pelo anti-hipertensivo, cujo uso ele tenha mais experiência ou que haja disponibilidade no momento.

Os autores¹⁴ concluem que *abordagens diferentes, em relação ao mesmo problema são situações frequentes na prática clínica*, reflexo bem representado nestes comentários sobre as discrepâncias existentes entre os vários consensos sobre hipertensão arterial e afirmam que:

...embora tenhamos que respeitar a opinião dos especialistas norte-americanos contida no JNC VII, a mesma não deve ser vista como dogmática, pois, independentemente, do conhecimento científico produzido nos Estados Unidos ter grande impacto na área médica, muitas vezes diferenças culturais podem determinar a implantação de atitudes mais ativas (action oriented) no combate a um problema. Com certeza, o intuito do JNC VII não foi o de alarmar as pessoas despropositadamente, mas sim tentar induzir na população de pré-hipertensos a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Portanto, as diretrizes nacionais, elaboradas por médicos especialistas brasileiros, parecem-nos ser a melhor alternativa para a comunidade médica do país, objetivando alcançar assim, de uma maneira geral, um manejo mais adequado dos pacientes hipertensos.

Esta primeira parte da revisão evidencia que, no caso da HAS, tem-se enfatizado as medidas não farmacológicas, de mudança no estilo de vida, para prevenção e controle dos níveis tensionais elevados, que devem ser implementadas para todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de droga anti-hipertensiva.

As medidas higienodietéticas podem amenizar os possíveis efeitos adversos das medicações utilizadas por um longo período e, ao mesmo tempo, agir sobre outros fatores de risco. Além disso, pequena mudança na pressão arterial pode exercer grande efeito mesmo na população sadia.

O estilo de vida saudável e o autocuidado não apenas previnem as doenças coronárias, como também diminuem o progresso da doença e melhoram a qualidade de vida. Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso algumas têm eficácia comprovada como a redução do peso corporal, a redução da ingestão de sódio e bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos e o aumento da ingestão de alimentos rico em potássio.

Quanto à adoção de um hábito alimentar mais saudável, deve ser estimulada também a redução da ingestão de alimentos ricos em sódio, como sal de cozinha, substituindo-os por alimentos naturais, não adicionando esse condimento aos alimentos e evitando produtos industrializados.

Acerca da importância dos exercícios físicos, entende-se que, embora causem um aumento súbito da pressão arterial no momento do exercício, essas práticas tornam as pessoas mais saudáveis e com pressão arterial sistólica-diafistólica mais baixa do que aquelas sedentárias.

O sedentarismo é resultado de um estilo de vida, no qual muitas pessoas, em razão do trabalho, ficam a maior parte do tempo no estado de sentadas ou em posições que prejudicam a normalidade postural do corpo. O surgimento de moléstias, como a HAS, leva à diminuição da expectativa de vida. O estresse mental é outro importante fator na patogênese da hipertensão. O controle de certos fatores emocionais, como as tensões decorrentes de problemas familiares no ambiente de trabalho, estado de insatisfação e tensão crônica relacionada com a competição e diminuição dos relacionamentos interpessoais, é um dos principais fatores que conduzem a uma melhor qualidade de vida. A necessidade humana básica: sono e repouso é também fundamental para a qualidade de vida e essencial para a saúde física e emocional. A privação temporária do sono pode dificultar a realização de tarefas, e, sendo uma privação crônica, pode alterar seriamente a realização de funções cotidianas.

No que se refere à condição socioeconômica, a sua relação com o autocuidado está sendo explicada por sua correlação com um estilo de vida não saudável. A HAS é uma condição médica, crônica e não infecciosa, sendo mais frequente no mundo ocidental. Quanto aos limites normais para a pressão arterial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerava hipertenso o indi-

víduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160 mmHg ou pressão arterial diastólica igual ou maior que 95 mmHg.

No entanto, “*modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui*”¹⁵. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e aspectos emocionais. M.E. Lewis e H.R.Lewis¹⁶ consideram que *a maioria das doenças está na dependência tanto de fatores emocionais quanto físicos. Você é uma unidade mente-corpo. Suas emoções são fenômenos físicos e cada alteração fisiológica tem o seu componente emocional.*

2.2. Hipnose.

A *British Medical Association* e a *American Medical Association*, em 1950, definiram hipnose como:

...uma condição temporária que pode ser induzida por outra pessoa e em que uma variedade de fenômenos pode ocorrer, espontaneamente, ou em reação a estímulos verbais; ou, de outra ordem. Esses fenômenos incluem alterações na consciência e na memória, aumento da suscetibilidade à sugestão e à produção de reações e de ideias estranhas ao indivíduo no seu estado de espírito normal. Além disso, fenômenos como a anestesia, paralisia, rigidez de músculos, alterações vasomotoras, suor e enrubescimento podem ser produzidos ou removidos no estado hipnótico.

A hipnose, ou transe hipnótico, expressa-se por uma mudança na percepção consciente de uma pessoa. Os cientistas consideram-na como parte natural do comportamento humano. O hipnotizador não possui poder especial. Em transe, a consciência da pessoa responde como se estivesse dormindo, embora o cérebro se comporte de maneira completamente diferente durante o sono. Sob certo grau de hipnose, as pessoas podem andar, falar, escrever, ou fazer outras coisas às quais for induzida pelo hipnotizador¹⁷.

A palavra hipnose foi criada por Braid, em 1843. Deriva-se de *Hypnos* - o deus grego do sono - mas não tem a ver com o sono: trata-se de um estado de vigília¹⁸. A hipnose, fenômeno de gradações que varia de transe leves e profundos, é caracterizada por um alto grau de sugestibilidade. Constitui-se em um estado alterado de consciência, completamente diferente dos estados de vigília ou sono, durante o qual a atenção retirada do mundo externo concentra-se em experiências mentais, sensoriais e fisiológicas.

A hipnose pode ser auto-induzida por meio de técnicas de relaxamento ou de várias práticas disseminadas em cultos religiosos, filosóficos e místicos. Em geral, o hipnotizador prende a atenção do paciente, enquanto murmura sugestões monótonas e repetitivas. A indução da hipnose é precedida pelo estabelecimento de uma relação harmoniosa entre o hipnotizador e o paciente que deve demonstrar confiança e disposição para cooperar durante todo o processo hipnótico. O sujeito hipnótico parece seguir instruções de forma automática e acrítica. Durante a hipnose, sua percepção do mundo real é balizada pelas sugestões do hipnotizador, as quais são literalmente seguidas. No entanto, a ação da sugestão não possui poder ilimitado, mas apenas um poder com determinada força. Para Sigmund Freud^{19,20}, o hipnotizado pode fazer pequenos sacrifícios; mas, diante dos grandes ele se detém, da mesma forma que o faria se estivesse desperto.

Os cientistas compreendem o significado da hipnose, mas não conhecem a trajetória que leva o cérebro a esse estado. Existem indícios de que uma estrutura cerebral semelhante a uma rede - formação reticular - funciona como elo entre a voz do hipnotizador e a massa cinzenta do hipnotizado.

A tese mais aceita é a de que as palavras do hipnotizador - processadas pelo nervo auditivo - alcançam a ponta desta rede na base do cérebro e se espalham por toda a massa cinzenta. Por se tratar de estímulos repetitivos, quando chegam ao lobo frontal - região atrás da testa - concentram a atenção do paciente em único foco, inibindo tudo o que está ao redor.

Para Erickson, a palavra “hipnose” não se aplica a um ritual, mas a um tipo de *comunicação entre pessoas*. Segundo ele, é possível manter uma “conversa” hipnótica. Ele redefiniu o transe hipnótico, aplicando-o não ao estado de uma pessoa, mas a um tipo especial de troca entre duas pessoas. Deste ponto de vista, a hipnose é um processo entre pessoas, uma maneira pela qual uma pessoa se comunica com a outra. A abordagem de Erickson torna possível enxergar este mistério dentro de um enquadramento interpessoal.²¹

2.2.1 - Hipnose moderna ou hipnose ericksoniana.

O pai da moderna hipnose médica foi Milton Erickson que elaborou novos métodos de utilização e indução hipnótica. Erickson legitimou a hipnose que, antes dele, não era considerada uma das principais ferramentas terapêuticas. Ele percebeu que a hipnose poderia influenciar ou promover mudanças no paciente. Ele não criou uma teoria especial de hipnose, mas distanciou-se radicalmente do seu uso tradicional através do qual o operador impõe sugestões a um sujeito passivo.

De acordo com Hammond²², o seu método, ao contrário, enfatizava recursos internos do próprio paciente. A hipnose ericksoniana se preocupa em obter respostas terapêuticas na busca de conseguir que o paciente realize os seus propósitos e desejos. A hipnose faz com que o paciente tenha à sua disposição os seus próprios recursos para a auto-ajuda. Assim, apesar de a hipnose formal ser um modelo de influência por excelência, através da comunicação, Erickson retirou técnicas de hipnose e as aplicou efetivamente na psicoterapia, sem a necessidade de um ritual formal de indução. Para Beahrs, a hipnose formal foi usada por Erickson em apenas um quinto dos casos de que tratou, mas usava técnica hipnótica mesmo quando não estava "fazendo hipnose". A abordagem naturalista era a essência da abordagem estratégica de Erickson para a terapia breve, a segunda área da sua genialidade.²³

Erickson concordava com a ideia de Haley²¹ de que a terapia é um problema, não uma solução. Estar em terapia é o problema. A solução é conseguir, o mais rápido possível, que os pacientes saiam da terapia e vivam suas próprias vidas de forma independente. Sua terapia estratégica era uma abordagem baseada na acuidade da percepção instantânea do que de mais simples estivesse acontecendo com paciente, os menores detalhes e manifestações cotidianas. Enquanto superficialmente as suas estratégias pareciam não convencionais, na verdade ele possuía uma capacidade incomum para perceber mensagens profundas através da observação das coisas mais simples e mais frequentes no comportamento do paciente.

Erickson nasceu em Nevada, EUA, em 15 de dezembro de 1901. Ficou totalmente paralisado, com uma inflamação tão grave que passou a sofrer de paralisia sensorial. Apenas a visão, a audição e a fala não foram afetadas. Preso a uma cadeira de balanço começou a observar as pessoas e o ambiente. Notou que suas irmãs muitas vezes diziam "sim", quando, na realidade, queriam dizer "não" e vice versa. Foi, assim, que Erickson começou a estudar a linguagem não-verbal e a linguagem corporal²³.

Desenvolveu um tipo de concentração, refazendo mentalmente cada movimento de sua musculatura repetidas vezes. Conforme ia adquirindo mais força, aproveitava para exercitar um novo grupo de músculos. Começou a treinar sua mão, seus braços, aprendeu a andar de muletas, a equilibrar-se e a andar de bicicleta e, em pouco tempo, estava recuperado.²³

Depois de vencer várias dificuldades, ter aprendido com elas e com os músculos bastante desenvolvidos Milton Erickson foi para a Faculdade de Medicina²³.

Em 1930, juntou-se à equipe do *Worcester (Massachusetts) State Hospital* e se tornou psiquiatra-chefe do serviço de pesquisa. Quatro anos mais tarde, foi para Eloise, Michigan, como diretor de pesquisa e treinamento psiquiátrico do *Wayne County General Hospital and Infirmary*. Era, também, professor associado de psiquiatria no *Wayne State University College of Medicine* e

professor de pós-graduação. Concomitantemente foi, durante um breve período, professor de psicologia clínica na *Michigan State University*, em *East Lansing*.²³

2.2.2 - Características da abordagem ericksoniana

Erickson pode ser considerado o mestre da abordagem estratégica à terapia. A terapia pode ser chamada de estratégica, quando o clínico inicia o que se desenrola durante a terapia e designa uma abordagem particular para cada problema. Quando um terapeuta e uma pessoa com problema se encontram, a ação que ocorre é determinada pelos dois, mas, na terapia estratégica, a iniciativa é tomada pelo terapeuta que precisa identificar problemas passíveis de solução, estabelecer objetivos, planejar intervenções para atingir esses objetivos, investigar as respostas que recebe para corrigir sua abordagem e por último, examinar o resultado de sua terapia para verificar se foi efetiva.

De acordo com Haley²¹ (1991), o terapeuta precisa ser sensível e receptivo ao paciente e ao seu campo social, mas a maneira como age é determinada por ele mesmo, isto é: *a terapia estratégica é um nome para os tipos de terapia nos quais o terapeuta assume a responsabilidade de influenciar diretamente as pessoas*.

A terapia de Erickson se baseia em 2 "R": acessar a *responsividade*, a partir da captação dos padrões individuais de comportamento e *resposta*. Em seguida, esses padrões podiam ser utilizados a serviço da mudança. A responsividade é a chave para abrir a porta fechada do inconsciente em suas capacidades construtivas. A terapia é única para um único cliente, construída para as necessidades e situações daquele sujeito.

Trata-se de uma terapia naturalística, ou seja, utiliza o que o paciente traz. Erickson criou um tipo de tratamento breve baseado na cooperação, na redefinição do positivo (novo caminho) e em eliciar um comportamento indiretamente, aceitando o que o paciente podia oferecer, incluindo seus sintomas e resistências.

Existem 3 "M" na terapia ericksoniana: *motivar*, *metáforizar* e *mover*. Outras características: motivar, encorajar a resistência, oferecer uma alternativa pior, ocasionar mudança através da comunicação por metáforas, encorajar a recaída, o uso de espaços e de posições no sistema; enfatizar o positivo; semear ideias.

Erickson utilizava a ideia do ciclo de vida familiar. Nesse sentido, mesmo trabalhando individualmente tinha sempre em mente o sistema ao qual a pessoa pertencia; era flexível e criativo; utilizava tarefas, rituais e árvore genealógica; metáforas e anedotas; fazia "predições", a sutileza e a educação, o respeito e o carinho. Não fazia interpretações, não dava muitas explicações, o objetivo principal era fazer o paciente mover-se na direção que ele desejava.

De acordo com Zeig²⁴, a hipnose ericksoniana é usada para obter respostas terapêuticas e a sua essência é estimular a cooperação do paciente. Os pacientes procuram terapia, porque têm dificuldades para concretizar suas aspirações. É tarefa do psicoterapeuta conseguir que o paciente realize os seus próprios desejos tanto quanto possível e, para este fim, normalmente a hipnose é mais eficaz em superar impasses: a hipnose faz com que o paciente tenha à sua disposição os seus próprios potenciais para a autoajuda."

Erickson acreditava que as pessoas têm dentro de si as aptidões necessárias para superar dificuldades, resolver problemas, entrar em transe e experienciar todos os fenômenos do transe. Seu enfoque consistia em trazer essas capacidades à superfície. O transe, segundo Erickson, era uma aptidão, ou capacidade natural, uma experiência do dia-a-dia. Então, a psicoterapia e a hipnose podiam ser praticadas como se fossem conversas e situações bastante naturais. A hipnose e a terapia podem ser um processo natural.

Para Erickson²⁵ (1976), qualquer coisa que o paciente trouxesse era utilizada. Ele se aproveitava das crenças, dos comportamentos, das exigências e das características rígidas. Ele procurava afastar as pessoas do passado, colocando-as diante do presente e do futuro:

...não se pode mudar o passado, mas apenas a interpretação e o modo de encará-lo e até isso se modifica com o decorrer do tempo. Vive-se no presente, com vistas no futuro. A psicoterapia, portanto, orienta-se acertadamente para a vida aqui e agora ao preparar o amanhã, o mês seguinte, o ano que vem, o futuro, que em si mesmo imporá muitas mudanças no funcionamento de pessoa em todos os níveis do seu comportamento.

Erickson²⁵ não se orientava para o problema, mas sim para a solução. Ele se norteava para as soluções e as forças de que a pessoa dispunha na atualidade, ou que pudessem ser desenvolvidas e utilizadas no futuro. Ele ressaltava ainda a importância da flexibilidade. Para ele:

Cada pessoa é um indivíduo. A psicoterapia, portanto, deve ser formulada para fazer frente à singularidade das necessidades do indivíduo e não esquartejar a pessoa de modo a encaixá-la no leito do Procusto de uma teoria hipotética do comportamento humano.

Erickson²⁵ não acreditava que o terapeuta ou o cliente tenham de conhecer a causa do sintoma ou problema para resolvê-lo. Segundo ele: *Nunca se pode conhecer com exatidão a causa de uma situação humana.*

Sobre a imutabilidade do caráter/personalidade, afirmava que:

Seu paciente é uma pessoa hoje, totalmente outra amanhã, mais totalmente outra ainda na semana que vem, no mês que vem, no ano que vem... É bem verdade que todos nós temos certo background genérico, mas somos pessoas diferentes a cada dia de nossas vidas.

A terapia de Erickson calcava-se na pressuposição de que existem aspectos alternativos da personalidade que poderiam ser trazidos à tona e utilizados em benefício do indivíduo. Ele defendia a ideia de que poderia ser possível que os problemas surgissem por razões funcionais, mas depois de algum tempo talvez deixassem de cumprir essa função e persistissem apenas porque as pessoas ficam assim moldadas, transformando-os num hábito padrão.^{25,26}

2.2.4 - Hipnose na Medicina Contemporânea.

Uma grande variedade de terapias complementares reivindica a melhoria da saúde por meio de relaxamento. Alguns consideram o estado relaxado como meio de promoção da mudança psicológica; outros incorporam o movimento, os estiramentos e exercícios respiratórios. Nesse sentido, a hipnose - indução de um estado profundamente relaxado, transe hipnótico, no qual são dadas aos pacientes as sugestões terapêuticas para incentivar mudanças no comportamento ou no relevo dos sintomas, assume conotação especial na medicina atual.

A hipnose pode melhorar a estabilidade hemodinâmica durante a cirurgia; diminuir a dor e a ansiedade associadas com os procedimentos médicos invasivos ou incômodos; o que pode permitir o uso reduzido de medicamentos²⁷. A hipnoterapia pode, também, melhorar o tempo da recuperação, reduzindo a ansiedade e a dor, e ajudar a criar circunstâncias cirúrgicas ótimas²⁸. Além disso, experiências clínicas executadas em Unidades de Tratamento Intensivo em pacientes queimados sugerem que a hipnose diminui a dor, acelera a cicatrização e se constitui indicados ou ineficazes²⁹. Estudos sugerem que pacientes que se submetem à cirurgia coronária, podem experimentar um relaxamento pós-operatório maior e usar menos medicamentos para dor, se aprenderam técnicas de auto-hipnose³⁰. A hipnose pode melhorar a qualidade de vida de asmáticos³¹.

As revisões críticas da literatura de experiências randomizadas, controladas revelam também que a hipnoterapia pode ser útil para a gestão da dor em pacientes de câncer³². As aplicações de hipnoterapia na Dentística foram descritas na literatura incluindo a anestesia, a analgesia, a gestão da ansiedade, e o controle de sangramento durante procedimentos. A hipnoterapia foi aplicada também no tratamento do bruxismo e da doença periodontal³³. Determinados fatores, tais como a idade e a suscetibilidade, afetam a eficácia da hipnoterapia, sendo que as respostas são maiores nas crianças de 9 a 12 anos³¹. As experiências clínicas conduzidas em centros de tratamento de emergência mostram que diminuem a ansiedade, o medo, e o desconforto e aumentam a cooperação, o autocontrole em crianças com doenças agudas ou crônicas³⁴. Em outro estudo, 83

por cento das crianças com enurese, asma, hábitos problemáticos (sonambulismo, chupar o polegar), obesidade, ansiedade e dor mostraram melhoria significativa³. Outras aplicações para crianças incluem o estresse, a doença crônica, problemas comportamentais, sintomas psicossomáticos³⁵.

2.3. A hipnose no Tratamento da HAS.

A literatura no uso do relaxamento ou relaxamento como procedimentos (terapia do relaxamento) no tratamento da hipertensão foi revista criticamente. A terapia de relaxamento resultou em uma redução maior da pressão sanguínea do que o placebo ou os outros procedimentos do controle. Um relacionamento positivo foi encontrado entre a diminuição média da pressão sanguínea e a pressão média do pré-tratamento. Relaxamento como as terapias compartilhadas as características do relaxamento muscular, da prática regular, de focalizar mental, e da consciência da tarefa. A pesquisa sobre as contribuições relativas destes componentes indicou que a consciência da tarefa adiciona ao efeito do tratamento no ajuste do laboratório, e que a prática regular é necessária para resultados ótimos no ajuste clínico. O papel do relaxamento muscular e de focalizar mental não está esclarecido. Os autores concluíram que a terapia do relaxamento pode se transformar em um adjunto útil à medicação na gerência clínica da hipertensão, especialmente para os indivíduos cujas as pressões sanguíneas permanecem elevadas apesar do tratamento farmacológico³⁶.

O estudo atual descreve uma experiência de uma combinação de técnicas de *biofeedback* e de relaxamento para o tratamento da hipertensão durante 16 semanas. Vinte e dois pacientes hipertensos foram alocados aleatoriamente a um dos três grupos: (1) gabarito diastólico da pressão sanguínea, gabarito eletromiográfico e relaxamento verbal; (2) gabarito da pressão sanguínea do *sham*; e (3) nenhum tratamento. Para os 14 pacientes que terminaram o tratamento ativo durante uma inicial ou um período do cruzamento, as mudanças médias na pressão sanguínea como medido fora do laboratório eram mínimas (0/-1 e +1/0 de milímetro hectograma, supino e posição, respectivamente). A redução média da pressão sanguínea no laboratório não maior com ativo do que com gabarito da pressão de sangue do *sham* (-3/-2 contra -5/-2 mHg). Um sujeito, entretanto, após mostrar nenhuma mudança na pressão sanguínea durante *sham* gabarito, conseguiu melhoria significativamente no tratamento ativo. Os resultados totais não suportam a utilidade destas técnicas como a terapia preliminar na maioria dos hipertensos³⁷.

A hipertensão essencial é um dos problemas principais vistos por um médico de família, e não é tratado facilmente. Em alguns exemplos, uma terapia comportamental pode servir como um adjunto útil ao tratamento farmacológico desta doença. A evidência indica a terapia de relaxamento em combinação com resultados de tratamento médico em umas reduções significativamente maiores na pressão sanguínea sistólica e diastólica do que o tratamento médico sozinho. O relaxamento progressivo do músculo, relaxamento de Benson, da "resposta," hipnose e *biofeedback* da pressão sanguínea são os quatro tratamentos comportamentais mais comuns para o hipertensão essencial.³⁸

Oitenta pacientes com hipertensão essencial foram examinados três vezes: na admissão ao hospital, no primeiro mês e 12 meses mais tarde. Todos os pacientes foram sujeitos à investigação clínica, psicológica (questionário multifatorial breve para o exame de uma personalidade e do teste interpessoal dos relacionamentos) e psicofisiológico. Os pacientes foram alocados em 3 grupos aleatoriamente: 30 pacientes que praticam o treinamento autogênico (grupo 1), 30 pacientes na terapia de relaxamento que emprega o gabarito biológico (BFB) (grupo 2), e 20 pacientes não expostos a influências psicológicas (grupo 3, ou os controles). Na presença do tratamento psicológico, o declínio do BP, o aumento na tolerância ao estresse e a melhoria do status psicológico foram significativamente mais marcantes nos dois grupos anteriores, em comparação aos

controles. A avaliação comparativa da eficiência do treinamento autogênico e do BFB não mostrou nenhuma diferença básica entre os dois métodos de tratamento. Nos casos onde o tratamento foi comprovadamente ineficiente, os pacientes exibiram uma atitude negativa ao tratamento³⁹.

Para avaliar a eficiência da terapia de relaxamento (TR) enquanto parte do tratamento para a hipertensão essencial (HE), 100 pacientes masculinos de HE, de 20 a 55 anos, foram examinados repetidamente em intervalos de 12 meses, em testes clínicos, psicológicos e psicofisiológicos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: o grupo principal recebeu o TR como autotreinamento, ou usando dispositivos de gabarito biológicos, e o grupo de controle não foi exposto às influências mentais. Os pacientes do grupo principal mostraram uma resposta hipertensiva menor e mais curta ao estresse emocional, tiveram o status psicossocial melhorado, a adaptação psicológica e a capacidade de funcionamento melhor. Um estudo de continuação de cinco anos comparativo de 90 pacientes foi realizado para avaliar o valor do TR para a prevenção secundária do HE. O uso de EM é associado com um progresso mais lento da doença, em comparação aos controles, como evidenciado por valores mais baixos do BP, pelo crescimento mais limitado da hipertrofia ventricular esquerda e pelo pouco neurotização, bem como períodos provisórios⁴⁰. Um estudo com 117 pacientes com hipertensão essencial depois de 6 semanas e de 12 meses após o tratamento de psicorrelaxamento (PRT), empregando o treinamento autogênico, o gabarito biológico ou técnicas respiratórias do treinamento de relaxamento (o grupo principal) e os pacientes do controle, não expostos a efeitos psicológicos, demonstrou uma queda significativamente maior da pressão sanguínea sistólica e diastólica, da resistência periférica do total e da resposta hipertensiva ao estresse emocional, bem como uma adaptação psicológica melhor, a qualidade de vida e a capacidade de funcionamento nos pacientes do grupo principal, em comparação ao grupo controle, ao final do estudo⁴¹.

Noventa pacientes com hipertensão essencial foram acompanhados por 5 anos. Inicialmente, os pacientes foram randomizados em dois grupos: (a) um o grupo experimental de 44 pacientes que receberam o treinamento autogênico e (b) um grupo de controle de 46 pacientes que não receberam nenhuma intervenção comportamental. Ao final do período, o grupo experimental era significativamente diferente do grupo de controle, com pressão sanguínea reduzida (por 5,8 milímetros hectograma sistólica e por 3,2 milímetros hectograma diastólica contra 4,3 milímetros hectograma sistólica e 2,0 milímetros hectograma diastólica), de um aumento menor na massa miocárdica - ventricular esquerda (14,6g contra 38,2 g), índices psicológicos melhorados e uma diminuição no número de dias de licença. O treinamento autogênico pareceu ser mais eficaz nos pacientes com hipertensão leve do que naqueles com hipertensão moderada e os resultados eram comparável com aqueles obtidos com medicação regular⁴¹.

Estudiosos exploraram os aspectos psicológicos da HA. A análise não-linear da correlação foi usada para descobrir a associação forte entre os aspectos psíquicos e somáticos nos pacientes com HA e sugerir métodos novos para sua reabilitação ambulatoria. Fizeram-se exames do *status* psíquicos dos pacientes. O relacionamento paciente-médico foi discutido e a ênfase forte foi colocada em afinidades psicológicas próximas entre os dois como pré-requisito para conseguir o consentimento do paciente. Um estudo multidimensional foi realizado para avaliar a eficiência da terapia de droga (drogas hipotensivas e psicotrópicas e uma associação dos dois) e dos outros tipos de terapia (treinamento autogênico, exercício terapêutico de relaxamento) para a reabilitação dos pacientes com hipertensão arterial por meio do cuidado no laboratório policlínico⁴⁴.

Uma paciente de 24 anos foi tratada com hipnose para hipertensão aguda associada à gravidez. A evidência indicada paciente da apreensão secundária do início labor e agudo os sinais e os sintomas de pré-eclampsia. A intervenção hipnótica resultou em parto vaginal normal sem complicações ou uma evidência mais adicional da morbidade secundária a um episódio hipertensivo. A hipnose como um adjunto no tratamento da pré-eclampsia deve ser mais investigada⁴⁵.

Observaram-se 110 pacientes com hipertensão essencial (HE) na URSS e no GDR durante um ano, constatando-se abaixamento e uma normalização significativos da pressão arterial em repouso e em alguma redução da intensidade da resposta hipertensiva às influências do estresse psicocemocional na presença da terapia psicológica de relaxamento (TPR). O exame tornou possível tentar os métodos projetados para TPR em ambos os países e demonstrou que a intensidade da ação hipotensiva dos métodos pareceu comparável em populações diferentes de pacientes que sofrem de HE. A intensidade da ação hipotensiva de TPR correlacionou com o nível da pressão arterial antes do tratamento, com a idade de pacientes de HE, e com suas características psicológicas⁴⁰.

Os resultados de exames clínicos, psicológicos e psicofisiológicos l de 136 pacientes com hipertensão essencial suave indicam que a terapia de psicorelaxamento é mais eficaz nos pacientes com um nível mais elevado da resposta do BP ao estresse emocional e a um período mais curto da recuperação do BP após o estresse. Aqueles pacientes tiveram um nível moderado da ansiedade e de conflitos interpessoais. Os preditores da eficácia do treinamento autogênico, do treinamento respiratório do relaxamento e do *biofeedback* diferiram. O efeito anti-hipertensivo daqueles métodos foi associado com os vários traços da personalidade⁴³.

O efeito da terapia de relaxamento para a hipertensão em pacientes cuja pressão sanguínea continuou elevada apesar do uso de medicação anti-hipertensiva. O efeito foi avaliado em ajustes múltiplos, incluindo a terapia de relaxamento na clínica de hipertensão e no ambiente natural do paciente, que usa medidas ambulatoriais automatizadas de 24 horas da pressão sanguínea. Dezenove pacientes randomizados e ajudados pelo relaxamento ou submetidos a um controle da atenção, da *instrução estresse*. A medicação anti-hipertensiva foi mantida constante. Nos consultórios de terapia comportamental, a pressão sanguínea diminuiu em quantidades equivalentes com ambos os tratamentos. A pressão sanguínea da clínica de hipertensão remanesceu estável ou aumentada com ambos os tratamentos, mas não havia nenhuma diferença entre tratamentos. A pressão de sangue no ambulatório aumentou com a terapia de relaxamento e diminuiu com instrução do stress, efeito significativo para a pressão diastólica. Os efeitos na pressão sanguínea no ambulatório foram limitados às horas acordar. A única variável que mostrou efeitos superiores para a terapia de relaxamento foi pressão sanguínea determinada pelo médico. Estes resultados chamam a atenção de que os efeitos da terapia de relaxamento ajustam-se à terapia medicamentosa.³⁶

Para determinar se as instruções orais podem modificar a intensidade e o sentido da pressão sanguínea e da flutuação de taxa do coração, os autores mediram a pressão sanguínea de 120 sujeitos, 60 hipertensos e 60 normotensos. Os sujeitos normotensos foram selecionados de uma amostra de estudantes da universidade e os pacientes hipertensos, em uma seleção médica rotineira. Cada amostra de 60 assuntos foi dividida aleatoriamente em quatro grupos de 15. Cada sujeito foi deixado sentado sozinho em um quarto por 5 minutos. O investigador mediu, então, a pressão sanguínea dos sujeitos e a taxa cardíaca. Depois, a cada grupo dos normotensos e os hipertensos foi dito que sua pressão sanguínea diminuiria, ou que não mudaria ou que aumentaria. Ao grupo controle não foi dada nenhuma instrução. Após 5 minutos, a pressão sanguínea e a taxa cardíaca foram medidas outra vez. Nos grupos normotensos e hipertensos aos quais foi dito que sua pressão sanguínea aumentaria, a pressão de sangue sistólica aumentou de 4,3 e 2,5 mmHg, respectivamente. Nos grupos aos quais foi dito que sua pressão de sangue diminuiria, a pressão sistólica caiu de 7,8 e 7,4 mmHg, respectivamente. Nos que foi dito que não ocorreria mudança, observou-se uma diminuição da pressão sistólica de 3,5 e 1,8 mmHg, respectivamente. Nos grupos de controle, a pressão de sangue sistólica diminuiu de 5,6 e 4,2 mmHg, respectivamente. Os resultados mostram que as instruções orais são uma fonte da variação na avaliação da pressão de sangue e enfatizam a necessidade para monitorar a pressão sanguínea por 24-h para eliminar este tipo de variação⁴⁶.

Este estudo examina a eficácia de uma aproximação psicoterapêutica multimodal, usando a hipnose no tratamento de um único caso de hipertensão. A hipnose foi usada como suporte para cada uma das modalidades do tratamento. Os procedimentos da análise do tempo das séries indicam que as intervenções psicológicas estiveram associadas com a pressão sanguínea diastólica significativamente reduzida. Adicionalmente, o efeito das intervenções psicológicas era significativo e acima das intervenções farmacológicas tradicionais. Entretanto, as intervenções psicoterapêuticas não tiveram impacto substancial na pressão sistólica. A flexibilidade da hipnose como uma ferramenta terapêutica pode ser discutida nos termos de vantagens potenciais no tratamento⁴⁷.

3. Discussão.

Os trabalhos consultados ratificam a ideia de que a HAS existe em um contexto sindrômico, bem como a de que os componentes da HAS são, muitas vezes, fatores de risco cardiovascular independentes. Os esquemas terapêuticos antigos, propostos com a intenção única de baixar os níveis tensionais, não obtiveram uma redução da morbidade e mortalidade como esperado, apesar de uma redução eficaz dos níveis pres-sóricos⁸.

A preocupação com a HA se situa em nível governamental, pois afeta grande número de pessoas, sendo a primeira causa de morte no Brasil, desde a década de 1960, IV Diretrizes de Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002, IBGE, 2004.^{9,10}

A fisiopatologia da HA está definida. A hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular¹¹. Novas diretrizes foram publicadas a respeito do manejo da hipertensão arterial, a brasileira (agosto/2002), a norte-americana (maio/2003) e a europeia (junho/2003). No entanto, existe diferença entre elas, principalmente nas áreas de diagnóstico e classificação da hipertensão arterial, abordagem dos demais fatores de risco cardiovascular e escolha da terapia medicamentosa inicial para o paciente hipertenso.¹³

As diretrizes brasileiras e europeias consideram como ótima a pressão arterial <120/80 mmHg. Estes mesmos níveis são denominados como pressão arterial normal pelo JNC VII. Causa polêmica a inclusão do termo pré-hipertensão, englobando as faixas de pressão arterial compreendidas entre 120 -139 mmHg de pressão sistólica e 80-89 mmHg de pressão diastólica, sem ter, efetivamente, novos dados epidemiológicos que justifiquem mudanças na classificação diagnóstica.¹²

Os estudiosos brasileiros entendem que não existe um valor predeterminado de pressão arterial para classificar um paciente em normotenso ou hipertenso. A decisão entre iniciar o tratamento medicamentoso ou optar apenas por orientações, quanto à mudança de estilo de vida, deve ser flexível, dependendo não só dos níveis pressóricos per se, mas sim da conjuntura destes valores com os demais fatores de risco cardiovascular. Os autores concluem que abordagens diferentes, em relação ao mesmo problema são situações frequentes na prática clínica¹². Nesse contexto, o tratamento por hipnose é sugerido como adjunto na medida em que estabelece um tipo de troca especial entre duas pessoas, capaz de modificar²¹.

Freud^{48,49}, sob a influência das teorias de Charcot, aderiu à hipnose e suas indicações para hipnose continuam válidas até hoje: 1) preferencialmente nas doenças nervosas de natureza funcional, nos distúrbios psíquicos não-psicóticos e na dependência de substâncias tóxicas; 2) entretanto, numerosos sintomas de origem orgânica são acessíveis à hipnose; 3) a hipnose pode servir para diagnóstico diferencial entre um fenômeno histérico e um processo neurológico lesional. Ele acrescentava, ainda, que a hipnose tinha uma vantagem no tratamento das neuroses, pois permitia que o paciente falasse livremente sobre os seus problemas e recordasse fatos associados a eles, ao mesmo tempo que o médico lhe infundia sugestões de calma e tranquilidade.

Aos poucos Freud⁴⁸ abandona a sugestão hipnótica, cuja eficácia considera insuficiente e *não tinha esperança de tomar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente*, mas não se pode deixar de observar a importância dessa terapia para o surgimento da psicanálise.

A hipnose começou a ser utilizada após a 2ª Guerra Mundial, no tratamento dos traumas pós-guerra e inúmeros autores se dedicam ao seu estudo com diferentes abordagens⁵⁰.

A hipnose médica nasceu com Milton Erickson que percebeu que a hipnose poderia influenciar ou promover mudanças no paciente. O seu método, ao contrário, enfatizava recursos internos do próprio paciente. A hipnose ericksoniana se preocupa em obter respostas terapêuticas na busca de conseguir que o paciente realize os seus propósitos e desejos. A hipnose faz com que o paciente tenha à sua disposição os seus próprios recursos para a autoajuda. Dessa forma, apesar de a hipnose formal ser um modelo de influência por excelência através da comunicação, Erickson retirou técnicas de hipnose e as aplicou efetivamente na psicoterapia, sem a necessidade de um ritual formal de indução.^{21,22}

A partir de Erickson, a terapia passa a ser chamada de estratégica, pois a iniciativa é tomada pelo terapeuta que precisa identificar problemas passíveis de solução, estabelecer objetivos, planejar intervenções para atingir esses objetivos, investigar as respostas que recebe para corrigir sua abordagem e por último, examinar o resultado de sua terapia para verificar se foi efetiva.²¹

A hipnose ericksoniana é usada para obter respostas terapêuticas e a sua essência é estimular a cooperação do paciente. Os pacientes procuram terapia, porque têm dificuldades para concretizar suas aspirações. É tarefa do psicoterapeuta conseguir que o paciente realize os seus próprios desejos tanto quanto possível e, para este fim, normalmente a hipnose é mais eficaz em superar impasses: a hipnose faz com que o paciente tenha à sua disposição os seus próprios potenciais para a autoajuda”.^{24,25}

Erickson não pretendeu dizer às pessoas como elas deviam viver ou tocar a própria vida em geral: atribuía tarefas ou dava sugestões que limitavam afrouxar a rigidez da pessoa, na medida suficiente para que ela percebesse outros modos de pensar e de se comportar, capazes de eliminar o sintoma. Suas sugestões e instruções permitiam que o paciente encontrasse seus próprios significados e formas de resolver o problema. Ele se aproveitava das crenças, dos comportamentos, das exigências e das características rígidas. Ele procurava afastar as pessoas do passado, colocando-as diante do presente e do futuro²⁵. Atualmente, acredita-se que a hipnose pode melhorar a estabilidade hemodinâmica durante a cirurgia; diminuir a dor e a ansiedade associadas com os procedimentos médicos invasivos ou in-cômodos; o que pode permitir o uso reduzido de medicamentos. Pode, também, melhorar o tempo da recuperação, reduzindo a ansiedade e a dor, e ajudar a criar circunstâncias cirúrgicas ótimas. A hipnose pode melhorar a qualidade de vida das pessoas, mesmo daquelas que sofrem de câncer.²⁷⁻³¹

Sabe-se ainda que determinados fatores, como a idade e a suscetibilidade, afetam a eficácia da hipnoterapia, sendo que as respostas são maiores nas crianças de 9 a 12 anos, aumentando o autocontrole daquelas com doenças agudas ou crônicas, bem como diminuindo-lhes o estresse, a doença crônica, problemas comportamentais, sintomas psicossomáticos.^{3,31,32,34,35}

No caso da hipertensão, as pesquisas indicam que a hipnose pode se transformar em um adjunto útil à medicação na gerência clínica da hipertensão, para os indivíduos cujas pressões sanguíneas permanecem elevadas apesar do tratamento farmacológico, mesmo quando a hipertensão está associada à gravidez.³⁶⁻⁴⁵

A avaliação do efeito da hipnose para a hipertensão em pacientes cuja pressão sanguínea continuou elevada apesar do uso de medicação anti-hipertensiva, apontou os efeitos da terapia de relaxamento ajustam-se à terapia medicamentosa³⁶.

As instruções orais podem modificar a intensidade e o sentido da pressão sanguínea e da flutuação de taxa do coração⁴⁶.

No tratamento de um único caso de hipertensão, a hipnose foi usada como suporte para cada uma das modalidades do tratamento, ficando demonstrado que as intervenções psicoterapêuticas não tiveram impacto substancial na pressão sistólica. A flexibilidade da hipnose como uma ferramenta terapêutica pode ser discutida nos termos de vantagens potenciais no tratamento.⁴⁷

4. Conclusão.

A presente revisão da literatura permite concluir que:

- A hipertensão arterial é um problema de saúde pública e tem preocupado estudiosos de todo o mundo, gerando as Diretrizes da Hipertensão Arterial no Brasil, na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte (EUA).
- Os tratamentos convencionais da hipertensão arterial podem ser melhorados com a ajuda da hipnoterapia.
- A hipnoterapia clínica de Erickson se constitui em uma alternativa para o tratamento da hipertensão na medida em que elege a relação médico-paciente como uma parceria, onde o principal é a saúde do paciente. A literatura atesta uma redução de 14-20% na pressão sanguínea depois de oito ou nove sessões de hipnose. Finalmente, pode-se afirmar que as pesquisas indicam que a hipnose pode se transformar em um adjunto útil à medicação na gerência clínica da hipertensão, para os indivíduos cujas pressões sanguíneas permanecem elevadas, apesar do tratamento farmacológico, mesmo quando a hipertensão está associada à gravidez.

Referências.

1. Plavnik FL, Kohlmann Junior O. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med 2002; 59:49-60.
2. Vickers A, Zollman C. Hypnosis and relaxation therapies. Braz. Med J 1999; 319:1346-1349.
3. Kohen D, Coldwell S, Heimel A. The use relaxation/mental imagery in Tourette Syndrome. Am. J. Clin. Hypn. 1984; 29(4):227-237.
4. Saichek KI. Hypnotherapy. In DW Novey (Ed.). Clinician's complete reference to complementary and alternative medicine. St Louis: Mosby, 2000.
5. Herrmann JM. Essential hypertension and stress. When do yoga, psychotherapy and autogenic training help. MMW Fortschr Med. 2002; 144(19):38-41.
6. Tozzi A. Hypnosis in general medicine. Minerva Med. 1981; 72(41):2737-2754.
7. Mende M. The special effects of hypnosis and hypnotherapy: a contribution to an ecological model of therapeutic change. Int J Clin Exp Hypn. 2006; 54(2): 167-85.
8. Nobre F, Lima NKC. Hipertensão arterial: conceito, classificação e critérios Diagnósticos In Manual de cardiologia SOCESP. Cap. 70. São Paulo: Atheneu, 2000.
9. Kaplan N M. Systemic Hypertension: Mechanisms and Diagnosis. In Branwald Zippes Libby Heart Disease 6th Ed; Cap 28. HIE/Sauders, 2001
10. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH/SBC/SBN, 2002.
11. WHO. Expert committee on hypertension control. Geneva, 24-31, 1994.
12. Silva GV, Mion Jr. D, Gomes MAM, Machado CA, Praxedes JN, Amodeo C, Nobre F, Kohlmann JR. Qual a Diretriz de Hipertensão Arterial os Médicos Brasileiros Devem Seguir? Análise Comparativa das Diretrizes Brasileiras, Europeias e Norte-Americanas (JNC VII). Arq Bras Card. 2004; 83(2).
13. Freitag MH, Vasan R. What is normal blood pressure? Current Opin Nephrol Hypertens. 2003; 2: 285-292.
14. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA. 2003; 288:2981-2997.
15. Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. Medicina 1996; 29:232-238.
16. Lewis ME, Lewis HR. *Fenômenos Psicossomáticos: Até que Ponto as Emoções Podem Afetar a Saúde*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1988.
17. Ferreira MVC. Hipnose na prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2003.
18. Machado JP. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. Lisboa: Livros Horizontes, 1977.

19. Freud S. Psychal (or mental) treatment. In Freud S. Edição standart das obras completas de Sigmund Freud. V.7. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
20. Freud S. Relatórios sobre meus estudos em Paris e Berlim V. II, Rio de Janeiro: Imago, 1972.
21. Haley J. Terapia não-convencional. São Paulo: Summus, 1991.
22. Hammond. Handbook of Hypnotic suggestions and metaphors. New York: Norton & Company, 1990.
23. Aguiar SAA, Milton H, Erickson. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo9.htm> - 20k.
24. Zeig J K. Vivenciando Erickson. São Paulo: Livro Pleno, 2003.
25. Erickson M, Rossi E, Rossi S. Hypnotic Realities. New York: Irvington, 1976.
26. Erickson M. Naturalistic techniques of hypnosis. Am. J. Clin. Hypn. 1958; 1: 3-8.
27. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000; 355:1486-1490.
28. Faymonville ME, Defechereux T, Joris J, Adant JP, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnose et son application en chirurgie [Hypnosis and its application in surgery]. Rev Med Liege. 1998; 53(7):414-418.
29. Ohrbach R, Patterson DR, Carrougher G, Gibran N. Hypnosis after an adverse response to opioids in an ICU burn patient. Clin J Pain. 1998; 14(2):167-175. doi:10.1097/00002508-199806000-00013
30. Ashton JR C, Whitworth GC, Seldomridge JA et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. J. Cardiovasc. Surg. 1997; 38(1):69-75.
31. Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Hypnosis and asthma: a critical review. J Asthma 2000; 37(1):1-15.
32. Sellick SM, Zaza C. Critical review of 5 nonpharma cologic strategies for managing cancer pain. Cancer Prev Control. 1998; 2(1):7-14.
33. Wood GJ, Zadeh HH. Potential adjunctive applications of hypnosis in the management of periodontal diseases. Am. J. Clin. Hypn. 1999; 41(3): 212-225.
34. Olness, K. Hypnotherapy: a cyberphysiologic strategy in pain management. Pediatr. Clin. North Am. 1989; 36(4):873-884.
35. Sugarman LI. Hypnosis in a primary care practice: developing skills for the "new morbidities. J. Dev. Behav. Pediatr. 1996; 17(5):300-305.
36. Jacob RG, Kraemer HC, Agras WS. Relaxation therapy in the treatment of hypertension. A review. Arch. Gen. psychiatry. 1977; 34(12):1417-1427.
37. Frankel BL, Patel DJ, Horwitz D, Friedewald WT, Gaarder KR. Treatment of hypertension with biofeedback and relaxation techniques. Psychosom. Med. 1978; 40(4):276-293.
38. Wadden TA, De La Torre CS. Relaxation therapy as an adjunct treatment for essential hypertension. J. Fam. Pract. 1980; 11(6):901-908.
39. Khramelashvili VV, Aivazian TA, Salenko BB. Psychological nondrug treatment of hypertension and the criteria of its effectiveness. Kardiologiya. 1986; 26(1):66-69.
40. Aivazian TA, Zaitsev VP, Iurenev AP Results of the use of relaxation therapy in hypertension. Kardiologiya. 1987; 27(8):34-37.
41. Aivazian TA, Zaitsev VP, Salenko BB, Iurenev AP, Patrusheva IF. The effectiveness of psychorelaxation therapy in patients with hypertension. Kardiologiya. 1988; 28(3):31-34.
42. Aivazian TA, Zaitsev VP, Richter-Heinrich E, et al. The comparative effectiveness of different psychological methods for treating patients with a labile course of hypertension (based on international research data). Ter. Arkh. 1990; 62(1):26-28.
43. Aivazian TA, Zaitsev VP. Predictors of the efficacy of psychorelaxation therapy in hypertension. Ter. Arkh. 1991; 63(9):103-106.
44. Tsikulin AE, Zinkovskiy AK, Volkov VS. Psychological aspects of recovery from hypertension. Sante Publique (Bucur). 1989; 32(3):287-294.
45. Smith CH. Acute pregnancy-associated hypertension treated with hypnosis: a case report. Am. J. Clin. Hypn. 1989; 31(3):209-211.
46. Amigo I, Cuesta V, Fernandez A, Gonzalez A. The effect of verbal instructions on blood pressure measurement. J Hypertens. 1993; 11(3):293-296.
47. Borckardt JJ. Case study examining the efficacy of a multi-modal psychotherapeutic intervention for hypertension. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 2002; 50(2):189-201.
48. Freud S. Hipnose (1891). Textos Escolhidos De Psicanálise de S. Freud. V. 2, p. 45-59. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
49. Freud S. Resenha de Hipnotism, de Auqst Forel. Textos Escolhidos de Psicanálise. 1889; 2:27-44. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
50. Bauer SMF. Hipnoterapia Ericksoniana Passo a Passo. Campinas (SP): Livro Pleno, 2002.