

O treino psicológico de controle do estresse como prática clínica para a redução da reatividade cardiovascular de hipertensos¹

Marilda E. Novaes Lipp

Pontifícia Universidade Católica - Campinas

Resumo

A relação entre hipertensão arterial e traços da personalidade tem sido enfatizada na literatura, principalmente no que se refere à reatividade cardiovascular. O estudo das variáveis psicológicas que contribui para um aumento da pressão sanguínea é de importância para que um trabalho profilático possa ser desenvolvido. O presente estudo teve por objetivos verificar se o estresse social é um dos fatores eliciadores de reatividade cardiovascular em hipertensos e se o treino de controle do estresse é eficaz em sua redução. A pressão arterial média de 20 hipertensos leves e moderados foi aferida durante sessões experimentais que envolviam uma dramatização de situações de estresse interpessoal e necessidade assertiva, antes e após o tratamento cognitivo-comportamental do estresse. Os resultados indicaram que o estresse social pode elicitar uma reatividade excessiva na pessoa hipertensa a qual pode ser reduzida com o tratamento do estresse. Verificou-se, também, que a grande maioria dos participantes era altamente inassertiva.

Palavras-chave: estresse social, reatividade cardiovascular, assertividade, controle do estresse.

Stress management training as a clinical tool to reduce cardiovascular reactivity in hypertense adults

Abstract

The link between arterial hypertension and personality traits has been emphasized in the literature, especially in regard to cardiovascular reactivity. Research on the psychological factors which are likely to increase blood pressure is of value so that preventive measures might be undertaken. The present study addressed the capability of social stress to elicit cardiovascular reactivity in hypertense individuals and the effects of stress management treatment on it. Average blood pressure of 20 slightly and moderate hypertense individuals was measured during experimental sessions that involved role-play of interpersonal stressful situations, which required assertive responses, before, and after the cognitive-behavioral treatment of stress. Results indicated that social stress can elicit excessive cardiovascular reactivity in hypertense individuals, which can be reduced by means of stress management treatment. It was also found that the majority of the participants were highly unassertive.

Key words: social stress, cardiovascular reactivity, assertiveness, stress control.

1. Trabalho apresentado na mesa-redonda *Treino de controle do estresse: aplicações clínicas*, XXXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Rio de Janeiro, RJ, outubro de 2001.

Endereço para correspondência: Rua Tiradentes, 289. Conj. 91, Guanabara, cep 13023-190, Campinas-SP. Telefone: (19) 3234-0288.

E-mail: mlipp@estresse.com.br

Reatividade cardiovascular é definida como mudanças em pressão arterial ou outro parâmetro hemodinâmico em resposta a um estímulo específico (Falkner, 1991) e Ziada, Kharusi e Hassan (2002). Os aumentos em pressão arterial, designados como reatividade cardiovascular, causados por momentos de intenso estresse podem ter um papel fundamental patofisiológico na ontogênese da hipertensão arterial essencial, conforme revisto por Matthews e cols. (1986) e Matthews, Woodall e Allen (1993). O sistemacardiovascular possui ampla participação na adaptação ao estresse, sofrendo, por isso, as consequências de sua exacerbação (Loures, Sant'Anna, Baldotto, Sousa, e Nóbrega, 2002). A teoria da reatividade prevê que a repetição de episódios discretos de hipertensão leve a adaptações estruturais que propiciem o estabelecimento da hipertensão arterial essencial. Tipicamente, os estudos experimentais na área utilizam o método do *cold pressor* (Menkes, Matthews e Krantz, 1989) ou teste de estresse mental (Pickering e Gerin, 1990) para evocarem a reatividade. Algumas críticas existem com relação ao uso destes testes, pois não apresentam situações observadas na vida diária (Manuck, Kasprovicz e Muldoon, 1990). Alguns estudos têm objetivado aumentar a generalização dos estressores de laboratório. Para tal, uma dimensão social tem sido acrescida à tarefa que visa evocar a reatividade cardiovascular nos participantes, como o uso de entrevistas estressantes. A literatura, no entanto, é escassa no que se refere aos efeitos do estresse social na reatividade cardiovascular. O termo estresse social é usado para denotar a tensão que o ser humano pode sentir em virtude de seus contatos com outras pessoas quando ele necessita interagir de modo a expressar algum tipo de sentimento, positivo ou negativo, ou expressar algum desejo ou reivindicar seus direitos. Como o estresse que o ser humano enfrenta mais freqüentemente no seu dia a dia é justamente aquele oriundo dos contactos sociais, o estudo deste assunto torna-se de relevância para

profilaxia e tratamento não farmacológico da hipertensão arterial essencial.

O nível da reatividade cardiovascular varia de momento a momento e pessoa a pessoa, porém não se sabe ainda com clareza quais as variáveis que determinarem a magnitude do aumento. A literatura mostra algumas tentativas de se determinar em variáveis que contribuiriam para uma maior reatividade. Por exemplo, Denton (2001) descobriu que evitar falar de assuntos polêmicos, em vez de tomar a iniciativa de abordá-los, pode aumentar a pressão arterial sistólica de casais envolvidos em conflitos conjugais. Anteriormente, os resultados do trabalho de Karlstrom, Burge-Callaway e Pieper (1996) indicaram uma maior reatividade da pressão sistólica em adolescentes possuidores de características de personalidade conhecidas como Padrão Tipo A de comportamento. Morrison, Bellack e Manuck (1985) já haviam evidenciado que o nível de assertividade dos pacientes prediz a magnitude do aumento da pressão arterial registrada durante *role play*. O conceito de assertividade envolve a habilidade de expressar sentimentos tanto negativos quando positivos e saber atuar em seu meio ambiente para defender seus próprios direitos sem transgredir os dos outros. A literatura clínica sugere que muitos pacientes hipertensos sejam caracterizados por déficit em assertividade (Lipp e Rocha, 1994). Adicionalmente, o estudo longitudinal de Perini, Muller e Buhler (1991) demonstrou que a ausência de comportamentos agressivos durante a adolescência está relacionada a um aumento na probabilidade de que hipertensão se desenvolva mais tarde na vida.

Estudos na área sugerem que o treino de relaxamento, mental e físico, resulta em decréscimos terapêuticos na pressão arterial em repouso (Johnston, 1991), mas não se encontraram, até agora, na literatura investigações dos efeitos do relaxamento ou um treino de controle do estresse mais completo, na reatividade cardíaca.

O presente estudo teve por objetivo verificar se o estresse social gera reatividade cardiovascular e a reatividade cardiovascular eliciada pelo estresse de contactos interpessoais pode ser significativamente reduzida por meio do treino de controle do estresse (Lipp, 1992).

MÉTODO

Participantes

Vinte adultos de classe sócioeconômica média baixa com idade variando entre 35 e 50 anos (12 da raça branca e 8 da negra) foram os participantes. Doze eram do sexo feminino e oito do masculino.

Crítérios de inclusão

Os critérios para inclusão dos participantes; foram: ter pressão arterial entre 140x90 e 155 x 100 mmHg comprovada não só no exame médico, mas também de acordo com o registro realizado por uma semana pelo próprio participante, não estar tomando medicação hipotensora e não ter um diagnóstico conhecido de problema renal, respiratório, diabético ou patológico-psiquiátrico.

Material

Equipamento: um Monitor de Pressão Arterial FINAPRESS, marca Ohmeda, modelo 2300, Denver, Colorado, que mede a pressão arterial, continuamente foi utilizado. O FINAPRESS é um equipamento que afere a pressão arterial, de modo não invasivo, por meio de uma pequena *cuff*, equipada com um fotopleletismógrafo, colocada ao redor do dedo médio da mão não dominante do participante. Ao ser conectado ao computador, fornece a listagem das medidas registradas. Parati, Casadei, Gropelli,

DiRienzo e Mancia (1989) relataram uma grande covariância da pressão arterial do dedo com as medidas realizadas intra-arterialmente. Utilizou-se, também, um gravador para apresentação das descrições das cenas para o *role play*.

Material de coleta de dados psicológicos: foram utilizados a Escala de Assertividade de Rathus, fitas de áudio com descrição de cenas provocadoras de estresse e um roteiro para a sessão de *role play*.

Escala de assertividade de Rathus: (1973), composta de 30 itens que avaliam o nível de assertividade do respondente, é uma das mais usadas em pesquisas internacionais na área.

Fitas de áudio: para garantir a uniformidade na apresentação dos estímulos estressores nas sessões de eliciação de estresse, foram elaboradas três fitas, cada uma contendo a descrição de oito cenas com duração média de 1 minuto por cena. As duas primeiras cenas continham material bastante neutro e não exigiam assertividade por parte do participante, enquanto as outras seis exigiam a expressão de assertividade, sendo duas positivas e quatro negativas. Nas duas cenas positivas, a pessoa precisaria aceitar um cumprimento ou fazer um elogio a alguém, enquanto, nas quatro negativas, ela precisaria envolver-se em um confronto verbal e defender um direito seu, reclamar de algo ou alguém e expressar sentimentos negativos. As cenas, baseadas em seis dos elementos de Rathus (1975). Cada fita foi avaliada por três juízes e as cenas reescritas até que houvesse concordância quanto a equivalência das fitas no que se refere à eliciação da resposta de estresse.

Roteiro de *role play*: a sessão de *role play* tinha, por objetivo, avaliar os efeitos imediatos que o estresse social tem na pressão arterial de pessoas hipertensas. Primeiro, eram apresentadas as cenas de conteúdo neutro e, a seguir, as que exigiam assertividade. Após a descrição de cada uma das oito cenas, havia um período onde 4 interações verbais entre o paciente e o assistente de pesquisa ocorriam.

Os sujeitos recebiam instrução para ouvirem a fita e responderem como o fariam na vida real. As interações do assistente eram padronizadas e seguiam um roteiro, independentemente do que o participante dissesse.

Material usado no tratamento do estresse: o roteiro para tratamento de hipertensos de Lipp (1992) e Lipp e Rocha (1994) foi seguido. Consiste em um conjunto de instruções a ser repassada aos participantes quanto a como reconhecer os primeiros sinais de tensão, identificar as fontes de estresse e utilizar técnicas cognitivo-comportamentais para reduzir o estresse. A utilização completa do roteiro requer cinco sessões de duas horas e meia de duração.

Procedimento

Após contatar o laboratório, os voluntários passavam pela avaliação cardiológica que objetivava verificar a presença de hipertensão e eram encaminhados para a avaliação psicológica, que consistia na aplicação dos testes psicológicos e verificação quanto a se os critérios estabelecidos para a pesquisa eram preenchidos pelo respondente. Se os critérios de inclusão eram preenchidos, solicitava-se que fosse assinado o termo de consentimento livre e esclarecido elaborado de acordo com as normas da Resolução do CFP de dezembro de 2000 e agendados para o experimento.

Sessão experimental: cada voluntário participou de duas sessões experimentais, sendo uma antes e outra depois do tratamento de estresse. A sessão experimental consistia em um período de descanso (linha de base inicial) de dez minutos, uma sessão de *role play* e um retorno à condição de descanso (linha de base final). As fitas utilizadas nas duas sessões eram diferentes, porém incluíam cenas avaliadas como capazes de eliciarem a mesmo nível de estresse. Na sessão experimental, o participante sentava-se confortavelmente em uma poltrona reclí-

nável e o manguito do FINAPRESS era instalado ao redor do dedo médio de sua mão não dominante. O equipamento, acoplado ao computador, era ligado. O procedimento a ser seguido era explicado em detalhes, dúvidas eram esclarecidas e a experimentadora se retirava por um período de dez minutos de repouso (linha de base inicial), dando início, naquele momento, à sessão experimental. Ao fim do período, a Experimentadora *A* retornava acompanhada da Experimentadora *B* que atuaria como interlocutora nas cenas de *role play*. A partir daí, a primeira não mais interagia com o participante. Ela tocava a fita que descrevia as cenas para o *role play*, operava o computador e monitorizava os dados cardiovasculares, enquanto a segunda psicóloga sentava em frente ao paciente e interagia com ele de acordo com o roteiro preestabelecido. Ao término do *role play*, as duas experimentadoras se retiravam da sala e um período de repouso (linha de base final) de dez minutos se seguia. A reatividade cardíaca de cada participante era medida durante toda a sessão experimental desde a linha de base inicial e o *role play* até a linha de base final.

O treino em controle do estresse: na semana seguinte à sessão experimental, os participantes receberam o treino de controle do estresse descrito por Lipp (1992) e Lipp e Rocha (1994). O treino consistiu em cinco sessões de duas horas e meia de duração, uma vez por semana, em grupos de dez participantes. Como parte do tratamento, era dada orientação cognitivo-comportamental sobre técnicas de controle do estresse, inclusive como reconhecer os primeiros sinais de tensão, identificar as fontes de estresse e utilizar técnicas cognitivo-comportamentais para reduzir a resposta de excitação psicofisiológica do estresse, como auto-instrução seguida de relaxamento e respiração profunda. Em cada sessão, era verificado se haviam feito uso das técnicas comportamentais ensinadas para lidarem melhor com a vida do dia a dia. Para verificação e controle de efeito de passagem do tempo e habituação ao ambiente do laboratório, foi

composta uma subamostra aleatória de dez participantes convidados a comparecer em ao laboratório uma segunda vez antes do treino de controle do estresse ter início. Para estes dez participantes, o treino de controle de estresse ocorreu após duas sessões experimentais.

Análise dos dados

Medidas fisiológicas: as médias da pressão arterial média, durante os vários momentos, foram utilizadas nas análises realizadas. Somente os três últimos minutos das linhas de base foram usados como medidas comparativas com as respostas durante as cenas, uma vez que, em média, os participantes levavam cerca de 3 minutos respondendo a cada cena.

Medidas de reatividade: a reatividade foi avaliada subtraindo-se a média da linha de base inicial das médias de cada situação experimental, isto é, o período em que os participantes escutavam a descrição de cada tipo das situações (neutras, negativas e positivas), durante as respostas que davam a cada tipo de cena e durante a linha de base final. As diferenças em reatividade verificadas comparando-se as medidas durante as sessões antes e após o treino de controle do estresse foram analisadas através do teste t para grupos pareados.

Medidas psicológicas: os níveis de assertividade dos participantes no final do tratamento foram comparados com os níveis iniciais por meio do teste t bicaudal para amostras pareadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medida de assertividade: a avaliação dos resultados da aplicação da Escala de Assertividade de Rathus revelou que 75% dos sujeitos eram inassertivos obtendo escores abaixo de zero na escala, não havendo diferença significativa antes e

após o tratamento de controle do estresse. A observação realizada durante as cenas do *role play* confirmou alto nível de inassertividade dos participantes. Em cenas em que era necessário reivindicar um direito (como um manual de uma TV arbitrariamente negado por um vendedor), muitos participantes aceitavam a recusa e conformavam-se em ir embora sem o manual. Em outras cenas, onde era necessário expressar agradecimento ou admiração, hesitavam ou relatavam não saber o que dizer (e.g., "Ah..."; "Não..."). A inassertividade foi observada tanto nas cenas positivas quanto negativas, corroborando a hipótese formulada por Wolpe (1969) de que a assertividade envolve os dois componentes. Como quase todos os participantes eram inassertivos e todos eram hipertensos, a concomitância das duas condições leva à formulação da hipótese de uma relação de causalidade entre hipertensão e inassertividade, porém sugere-se que estudos futuros especificamente controlem a variável assertividade a fim de que se possa ter mais do que uma correlação simples da incidência de inassertividade e hipertensão arterial. O fato de que o nível de assertividade dos participantes não mudou após o tratamento do estresse não foi inesperado uma vez que o tratamento não focalizou esta variável especificamente.

Efeitos do estresse social na pressão arterial: a Figura 1 mostra as variações pressóricas dos participantes durante a primeira sessão experimental, quando submetidos ao estresse social oriundo da necessidade de serem assertivos. Pode-se verificar que a pressão arterial média do grupo variou durante a simulação, iniciando-se a 97,75 mm Hg na linha de base, elevando-se para 120,4 mm Hg durante as respostas às cenas em que tinham que expressar afeto e subindo 25,25 mm Hg durante as respostas onde havia necessidade de defender um direito. A Figura 1 mostra como o estresse social pode causar uma reatividade pressórica em pacientes hipertensos. Pode ser visto, também, que a pressão arterial continua alterada durante os 10 minutos de repouso ao fim do estudo,

mostrando o quanto o estresse social pode afetar o hipertenso por períodos prolongados mesmo após o estressor ter sido afastado.

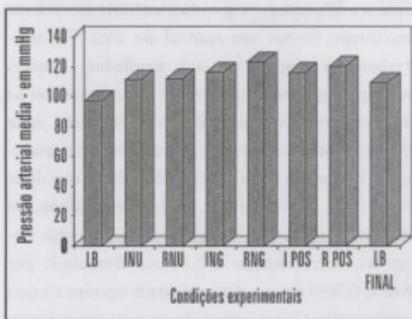


Figura 1. Variações pressóricas causadas pelo estresse social durante a sessão experimental antes do tratamento.

O fato de que a sessão de estresse social eliciu uma alteração significativa na pressão arterial do grupo demonstra que a pessoa hipertensa responde ao estresse das relações interpessoais com alterações em sua atividade cardiovascular. É interessante notar que essas alterações se prolongam, mesmo após dez minutos de descanso, na posição reclinada, conforme pode ser observado no ponto referente à linha de base final. A reatividade representada pela diferença entre a linha de base inicial e a linha de base final pode ser interpretada como o efeito mais duradouro do estresse sobre a atividade cardiovascular dos participantes. Indica, também, a demora dos hipertensos de se recuperarem do estresse social e tem implicações clínicas tanto na área da Medicina quanto Psicologia. O processo psicoterápico de pacientes hipertensos deve ter como referencial o fato de que o estresse interpessoal eleva a pressão arterial destes pacientes e este aumento de pressão permanece por um período considerável, a fim de se evitarem aumentos pressóricos nestes pacientes durante a sessão de terapia. Eles se estenderiam que possam se estender após a mesma. A reatividade verificada durante o período em que a descrição das cenas era apresentada atingiu seu máximo durante a

resposta dada nas cenas negativas, permaneceu intermediária durante as cenas positivas, vindo a diminuir durante a linha de base final. Este efeito não pode ser atribuído ao simples fato de "estar falando" já que foi menor nas cenas consideradas neutras e também durante as respostas dadas nas cenas positivas. A explicação mais coerente seria a de que o estresse social eliciado pela necessidade de ser assertivo gera uma reatividade cardiovascular nos hipertensos que perdura pelo menos por mais de dez minutos. Considerando-se esta possibilidade, o trabalho terapêutico com o paciente hipertenso necessitaria incluir alternativas adequadas para um treino de assertividade que possibilitasse ao hipertenso a defesa de seus direitos e expressão de sentimentos positivos e negativos sem que sua pressão arterial sofresse os aumentos verificados na presente pesquisa.

Efeitos do treino de controle do estresse na pressão arterial: as mudanças ocorridas na pressão arterial média do grupo em função do treino de controle do estresse podem ser vistas na Figura 2. A pressão arterial em todos os momentos após o treino de controle do estresse foi significativamente menor que antes dele ($t = 4,83$, $p = 0,001$). Além disto, os participantes conseguiram normalizar a pressão arterial durante os 10 minutos da linha de base final, mostrando que o treino de controle do estresse é útil na redução da excitabilidade emocional durante o estresse social.

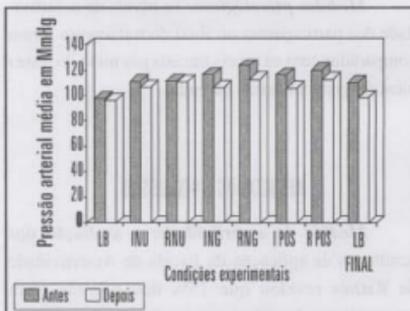


Figura 2. Pressão arterial média antes e depois do tratamento do stress.

A Figura 3 mostra as mudanças ocorridas em termos de reatividade cardiovascular. Pode-se verificar que em todos os momentos experimentais, a reatividade ao stress social foi menor após o tratamento do estresse que antes ($t = 5,18, p = 0,002$). Este efeito se manifesta também no período pós-estresse (últimos 10 minutos). Os dados mostram que o treino de controle do estresse é eficaz na redução da reatividade cardiovascular de hipertensos ao estresse social e auxilia a reduzir o tempo de recuperação após episódios de estresse.

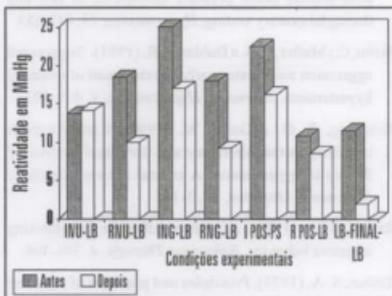


Figura 3. Reactividade da pressão arterial média antes e depois do tratamento.

A Figura 4 mostra as médias da reatividade cardiovascular dos participantes que tiveram duas sessões experimentais (antes 1 e antes 2) prévias do treino de controle do estresse. Análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre as duas sessões que antecederam ao tratamento ($t = 0,20, p = 0,64$), porém a diferença é significativa entre a primeira sessão designada antes 1 e a sessão após o tratamento ($t = 2,58, p = 0,004$), bem como entre a sessão antes 2 e a sessão após ($t = 3,07, p = 0,02$). Os resultados evidenciam que a mera exposição da pessoa a estímulos socialmente aversivos não reduz a reatividade cardíaca, havendo necessidade de um tratamento especializado na área.

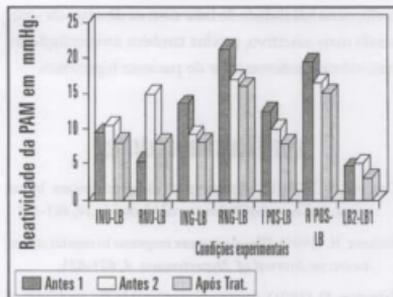


Figura 4. Reactividade da PAM dos participantes que tiveram duas sessões experimentais antes do tratamento.

CONCLUSÃO

Pessoas hipertensas continuam a sofrer uma reatividade cardiovascular pronunciada mesmo quando o estresse social se repete, indicando que não se dessensibilizam para o evento de modo que, cada vez que o evento estressor ocorre, o hipertenso reage com aumento da pressão arterial. O treino de controle do estresse contribui para que essa reatividade seja reduzida. Estes dados tem implicações tanto para a Psicologia da Saúde quanto Medicina, já que apontam para fatores envolvidos na etiologia da hipertensão arterial primária controlados, até certo ponto, por meio de intervenção psicológica adequada.

Estudos futuros deverão revelar mais detalhes da interação entre estresse e hipertensão arterial, que poderão ser de grande utilidade para tratamento e prevenção da hipertensão arterial. Recomenda-se que outros estudos incluam um controle específico do nível de assertividade dos participantes e um grupo de normotensos seja incluído também como controle. Além disto, interessante seria que, junto ao treino de controle do estresse emocional, se conduzisse também um treino de assertividade, a fim de se verificar se uma

melhora na habilidade de lidar com os desafios da vida, sendo mais assertivo, produz também uma redução na reatividade cardiovascular do paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Denton, W. (2001). Agreeing to disagree lowers blood pressure. *Journal of Behavioural Medicine*, 24, 401-421.
- Falkner, B. (1991). Blood pressure response to mental stress. *American Journal of Hypertension*, 4, 621-623.
- Johnston, D. (1991). Stress management in the treatment of mild primary hypertension. *Hypertension*, 17(4), 63-67.
- Karlstrom, E.; Burge-Callaway, K. e Pieper, W. A. (1996). Blood pressure reactivity and variability to a cognitive challenge in type a male adolescents. <http://alpha.fdu.edu/psychweb/JPBS1996-04.html> - 26k.
- Lipp, M. N. (1992). O valor do controle do stress como terapêutica da hipertensão arterial. Em M. Knobel (org.), *Psicossomática* (pp.86-163). Campinas: NEP.
- Lipp, M. N. e Rocha, J. C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas: Papirus.
- Loures, D. L.; Sant'Anna, I.; Baldotto, C. S. R.; Sousa, E. B. e Nóbrega, A. C. L. (2002). Estresse mental e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78, 525-530.
- Manuck, S. B.; Kasprovicz, A. L. e Muldoon, M. R. (1990). Behaviorally-evoked cardiovascular reactivity and hypertension: conceptual issues and potential associations. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 17-29.
- Matthews, K. A.; Weiss, T. M.; Detre, T.; Dembroski, T. M.; Falkner, B.; Manuck, S. B. e Williams R. B.(eds).(1986). *Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease*. New York: John Wiley & Sons.
- Matthews, K. A.; Woodall, K. L. e Allen, M. T. (1993). Cardiovascular reactivity to stress predicts future blood pressure status. *Hypertension*, 22, 479-485.
- Menkes, M. S.; Matthews, K. A. e Krantz, D. S. (1989). Cardiovascular reactivity to the cold pressor test as a predictor of hypertension. *Hypertension*, 14, 524-530.
- Morrison, R. L.; Bellack, A. S. e Manuck, S. B. (1985). The role of social competence in borderline essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 248-255.
- Parati, G.; Casadei, R.; Groppelli, A.; DiRienzo, M. e Mancia, G. (1989). Comparison of finger and intra-arterial blood pressure monitoring at rest and during laboratory testing. *Hypertension*, 13, 647-655.
- Perini, C.; Muller, F. B. e Buhler, F. R. (1991). Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension. *Journal of Hypertension*, 9, 499-503.
- Pickering, T. G. e Gerin, W. (1990). Cardiovascular reactivity in the laboratory and the role of behavioral factors in hypertension: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 3-16.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Rathus, S. A. (1975). Principles and practices of assertive training. *The Counseling Psychologist*, 5, 19-25.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press
- Ziada, A. M.; Kharusi, W. A. e Hassan, M. O. (2002). Exaggerated blood pressure reactivity in the offspring of first-cousin hypertensive parents. *Medical Sciences*, 3, 77-80

Recebido em: 29/10/2001

Aceito em: 13/03/2003