

Ana Carolina de Queiroz Cabral

**Stress e Raiva de Mães Hipertensas e
Normotensas e o Stress de Seus Filhos.**

**Puc-Campinas
2008**

Ana Carolina de Queiroz Cabral

Stress e Raiva de Mães Hipertensas e Normotensas e o Stress de Seus Filhos.

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Psicologia do Centro de Ciências
da Vida da PUC – Campinas, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Dra. Marilda Emmanuel de Novaes Lipp

**Puc-Campinas
2008**

Ana Carolina de Queiroz Cabral

Stress e Raiva de Mães Hipertensas e Normotensas e
o Stress de Seus Filhos.

Banca Examinadora

Presidente Profa. Dra. Marilda Emmanuel de Novaes Lipp

Prof(a). Dr(a). _____

Prof(a). Dr(a). _____

Puc-Campinas
2008

Agradeço a Deus pelo dom mais preciso que é a vida.

Agradeço não só pela minha, mas pela vida daqueles que

Ele permitiu cruzar o meu caminho.

Graças a Ele, tudo começou. Ele permitiu que o filho tivesse mãe,

E é esta a relação, a relação entre mãe e filho, que mais me fascina

Agradecimento especial

À minha estimada orientadora **Dra. Marilda E. N. Lipp**, quem confiou no meu trabalho e potencial. Agradeço o compromisso assumido, o empenho que colocou neste trabalho, os níveis de exigência dos desafios que me lançou e os suportes, formais e informais, que disponibilizou. Agradeço ainda, porque foi mesmo muito importante, para mim, a análise rigorosa e afetuosa de cada capítulo, as sugestões; os esclarecimentos e os comentários sempre oportunos cujo teor espero ter assimilado com sabedoria.

Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que me incentivaram e acreditaram em mim durante toda a minha vida e em especial nesta conquista. Agradeço a todos com muito carinho pela imensa atenção e compreensão, mas não poderia deixar de agradecer em especial:

Ao meu querido esposo **André** pelo constante incentivo, sempre presente nos momentos de maior dificuldade, interlocutor interessado em participar de minhas inquietações. Agradeço, principalmente, pelo apoio e carinho em todo este processo de aprendizado e conquista que também é dele.

Aos meus pais, agradeço de modo muito carinhoso, por terem sido o contínuo apoio em todos estes anos, ensinando-me, principalmente, a importância da construção e coerência de meus próprios valores. Agradeço a minha mãe **Cleide**, pelo estímulo ao amor pela ciência, pelas suas sucessivas revisões do texto, cujas eventuais falhas, inteiramente responsabilidade da autora, teriam sido mais numerosas não fosse por sua crítica constante e incisiva. Agradeço ao meu pai **Roberto** a atuação paciente, e o ombro amigo que desde a infância me acompanham nos estudos. Sua presença foi, sem dúvida, crucial para o andamento deste trabalho.

A minha irmã **Natália**, sempre me apoiando e acreditando no meu potencial.

A minhas amigas e colegas de profissão **Flávia, Sabrina, Isolina, Laiz e Ana Paula** que me auxiliaram durante toda a caminhada.

À equipe de amigas do **Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress**, pelo apoio e carinho.

Aos responsáveis e funcionários do **Centro de Saúde de Conceição e Campos Elíseos** por disponibilizar o local para que eu realizasse meu trabalho.

Aos participantes que se dedicaram e confiaram neste estudo.

Ao **CNPQ**, pelo auxílio da bolsa de estudos, viabilizando a conclusão deste trabalho.

Sumário

Agradecimentos	I
Índice de Figuras	VI
Índice de Tabelas	VII
Índice de Anexos	VIII
Resumo.....	IX
Abstract	X
Apresentação.....	XI
Introdução.....	1
Objetivo Geral.....	31
Objetivos Específicos.....	31
Método.....	32
Participantes.....	32
Critérios de Inclusão.....	32
Critérios de Exclusão.....	32
Material.....	32
Local.....	35
Procedimento.....	35
Método de Análise dos Dados	36
Resultados.....	37
Discussão	52
Conclusão	58
Referências.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Predominância de Tipo de Sintomas na Amostra.....	41
Figura 2. Relação da Escolaridade da Mãe e o Stress do Filho.....	42
Figura 3. Resultados do STAXI na amostra.....	43
Figura 4. Estado de Raiva das Mães e o Stress dos Filhos.....	45
Figura 5. Reações Físicas de Stress dos Filhos e Sintomas de Stress em Mães Normotensas	49
Figura 6. Reações Físicas de Stress dos Filhos e Traço de Raiva em Mães Normotensas.....	50
Figura 7. Reações Psicofisiológicas de Stress dos Filhos e Raiva para Fora em Mães Hipertensas.....	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da Faixa Etária da Amostra das Mães.....	37
Tabela 2. Descrição da Faixa Etária da Amostra dos Filhos.....	38
Tabela 3. Descrição da Escolaridade das Mães	38
Tabela 4. Descrição da Escolaridade dos Filhos.....	39
Tabela 5. Fase do Stress em Mães Normotensas e Hipertensas.....	40
Tabela 6. Relação do Stress Materno e o Estado de Raiva	44
Tabela 7. Relação do Stress Materno e Traço de Raiva.....	46
Tabela 8. Relação do Stress dos Filhos e Estado de Raiva.....	46
Tabela 9. Relação do Stress dos Filhos e Raiva para Dentro.....	47
Tabela 10. Comparação das Variáveis Categóricas com Stress Infantil.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
Anexo C. Ficha de Identificação.....	76
Anexo D. Demonstrativo das Variáveis em Função da Pressão Arterial.....	77

Cabral, A.C.Q. (2008) **Stress e Raiva de Mães Hipertensas e Normotensas e o Stress de seus Filhos.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP. (XI + 80)

RESUMO

Este estudo investigou a influência do stress e da raiva de mães hipertensas e normotensas no nível de stress dos filhos. A amostra foi composta por dois grupos, sendo um composto por 10 mães hipertensas, e o mais velho de seus filhos, a faixa etária entre 6 e 10 anos, sem restrição do gênero. O segundo grupo foi formado por 10 mães normotensas e o mais velho de seus filhos, na faixa etária entre 6 e 10 anos. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário para identificação dos participantes, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço e a Escala de Stress Infantil. A testagem ocorreu em postos de saúde e hospitais da cidade de Campinas. Os resultados revelaram uma associação significativa entre stress e estado, traço de raiva, raiva para fora e raiva para dentro: quanto maiores os escores de traço e estado de raiva, mais elevado o stress das mães; e no que se refere aos filhos, maior frequência de stress naqueles cujas mães apresentavam baixa escolaridade, alta porcentagem de estado de raiva, temperamento de raiva e raiva para dentro e para fora. Não houve diferença entre as mães normotensas e hipertensas nas variáveis estudadas. Os resultados sugerem a necessidade de estudos com amostras maiores a fim de se averiguar uma possível correlação dos níveis de pressão arterial materna com o stress e a raiva.

Palavras- chave: stress, raiva, stress infantil, relação mãe e filho.

Cabral, A.C.Q. (2008) **Hypertensive and normotensive mothers' stress and anger and their children's stress.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP. (XI + 80)

Abstract

This study investigated the influence of mothers' stress and anger on their children's level of stress. This sample was composed by 2 groups: one formed by 10 mothers with hypertension and their oldest child (from 6 to 10 years old), and the other group composed by 10 normotensive mothers and their oldest child (from 6 to 10 years old). There was no children's gender restriction. Data were collected during participants' session in Campinas' healthy centers and hospitals, using an identification form, followed by the Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults, State-Trait-Anger-Expression Inventory and the Infantile Stress Scale. Results point out a significant association among stress and anger state and trait, and stress and anger out and anger in. When anger state and trait levels were high, mothers' stress was stronger. The higher the children's stress level was, the higher anger state, temper and anger in and out, and the lower was the mothers' educational level. There was no difference between mothers' blood pressure levels. Results suggest larger studies are necessary to investigate the possible correlation among mothers' blood pressure, stress and anger.

Uniterms: stress, anger, infantile stress, mother and children relationship.

Apresentação

O presente estudo pesquisou a possibilidade de relação entre o stress e a expressão de raiva na relação mãe e criança, considerando dois grupos de mães: hipertensas e normotensas.

No decorrer da introdução teórica abordou-se primeiramente o tema relação parental, para então levantar outros aspectos como o stress, a expressão de raiva e, por último a hipertensão, que foram as variáveis focadas neste estudo.

Para cada uma destas variáveis foram realizadas pesquisas bibliográficas que abrangeram o período de 1966 a 2007. No decorrer destas pesquisas, buscou-se identificar os dados mais relevantes referentes aos temas neste estudo abordados, na tentativa de contextualizar o vigente trabalho.

Uma vez exposta a contextualização teórica que permeia este trabalho, a metodologia de estudo é apresentada, imediatamente seguida da apresentação dos resultados e posteriormente da discussão.

A discussão que se seguiu visou contextualizar os resultados obtidos com a literatura científica atualizada, e logo se sucedeu a conclusão dos estudos e, por fim, as referências bibliográficas e os anexos foram expostos.

O stress tornou-se uma preocupação da saúde pública em virtude das implicações recorrentes desse quadro e do grande impacto que pode ter na saúde física e mental. A fim de compreender e pesquisar a possibilidade de associação entre stress, raiva e pressão arterial na relação mãe e filho, faz-se necessário abordar alguns constructos teóricos, bem como alguns aspectos da relação mãe-filho .

A família, como apontaram Santos, Zanetta, Cipullo e Burdmann (2003), desempenha o papel central no desenvolvimento humano. Esta é o primeiro grupo social para a criança e além de garantir sua sobrevivência, os pais iniciam o processo de socialização, quando de seus ensinamentos básicos acerca do contexto social. Assim, a influência familiar é inegável, e o valor dos primeiros relacionamentos estabelecidos entre pais e filhos arrastar-se-á presente ao longo da vida deste futuro adulto, especialmente no que tange a maneira como lidar com os sentimentos.

Os filhos são suscetíveis aos contatos afetivos e a convivência familiar, mas estes componentes afetivos da relação familiar não podem ser dissociados das características genéticas determinadas pelos pais, dos padrões psicológicos, da estimulação ambiental e do componente cognitivo. Na relação familiar a presença de diversos estressores pode ser identificada e, reflete conseqüências no desenvolvimento da criança.

As fontes geradoras de stress, ou estressores, podem ser internas ou externas (Selye, apud Lipp e Malagris, 2001). Dentre as fontes externas do stress, a família pode ser considerada um estressor potencial (Santos et. al, 2003). A contribuição da família é caracterizada como múltipla, visto que abrange as áreas cognitivas, sociais, biológicas, desde a estruturação dos esquemas e crenças, até a configuração biológica.

O stress

De acordo com Lipp e Malagris (2001), a palavra stress, de origem latina, foi utilizada pela primeira vez no século XVII para descrever um fenômeno de tensão – angústia - desconforto. No século seguinte passou a ser utilizada para exprimir ação de força, pressão e forte influência sobre uma pessoa, causando-lhe alguns transtornos. No século XIX iniciaram estudos

correlacionando eventos emocionalmente relevantes com doenças físicas e mentais. Anos mais tarde, já no século XX, Sir William Osler, médico inglês, comparou o termo stress com trabalho excessivo e com preocupação. Em 1910, sugeriu que a carga de trabalho e preocupações relacionavam-se a doenças coronarianas, contudo, suas observações não receberam maior atenção da área médica. As autoras ainda mencionam que Hans Selye, um estudante de medicina da Universidade de Praga, observou e identificou um conjunto de reações não específicas mas semelhantes, frente a situações que haviam causado angústia e tristeza em alguns pacientes. Em 1936, ele denominou essas reações de Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress Biológico e, em 1956, como endocrinologista conhecido, Selye sugeriu a palavra stress que se mantém na literatura médica até os dias atuais.

Guyton (1992), em sua visão fisiológica, definiu stress como um processo provocado pela produção elevada dos hormônios glicocorticóides, excretados pela glândula supra-renal, como um conjunto de alterações fisiológicas que podem levar à hipertensão, ao aumento da frequência cardíaca, a contração do baço, levando mais glóbulos vermelhos à corrente sanguínea, estimulando maior liberação do açúcar armazenado pelo fígado na mesma corrente; assim como o aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, para que o organismo possa captar e receber mais oxigênio.

De acordo com Lipp e Malagris (2001), o stress é "uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante" (Lipp & Malagris, 2001, p. 477).

O stress se desenvolve em quatro fases (Lipp & Malagris, 2001):

- *Fase de Alerta*: o indivíduo arma-se para reação de luta ou fuga, interpreta alguma situação como ameaçadora, sendo essencial para preservação da vida. Nesta fase a pessoa experimenta uma série de sensações como de mãos suadas, respiração ofegante, taquicardia, acidez no estômago, boca seca, falta de apetite ou dor de cabeça.

- *Fase de Resistência*: é quando o stress é de grande duração ou de grande intensidade. Nesta fase as reações são opostas àquelas da 1ª fase e

alguns dos sintomas desaparecem, sendo observado uma sensação de cansaço e desgaste.

. Fase de Quase Exaustão: se caracteriza por um enfraquecimento do indivíduo frente a situação estressante e este, não mais consegue adaptar-se ou resistir ao estressor. Existe a presença de doenças, mas não tão graves como na fase de exaustão. Nesta fase a pessoa consegue trabalhar e atuar na sociedade, apesar do desgaste e dos sintomas, o que se diferencia da fase de exaustão, quando a pessoa pára de funcionar adequadamente, e na maioria das vezes, não consegue trabalhar e concentrar-se.

. *Fase de Exaustão*: quando o estressor é contínuo, e o organismo esgota a reserva de energia, a fase de exaustão se manifesta, aparecendo algumas doenças graves, como a hipertensão arterial, úlceras duodenais, câncer, psoríase, vitiligo, retração de gengivas, entre outras.

As fontes geradoras de stress ou estressores são descritas por Selye (apud Lipp e Malagris, 2001), e podem ser de dois tipos: internas ou externas. Fontes externas referem-se aos eventos ou condições externas que afetam o organismo. Independem das características ou do comportamento da pessoa. São exemplos de estressores externos: mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa. As fontes internas, por sua vez, são aquelas que se referem ao modo como pensamos. São determinados pelo próprio indivíduo, suas crenças e valores, sua interpretação do meio em que está inserido. As fontes internas, na visão de Lipp (1998), caracterizam –se pelo modo de ser da pessoa: seja ansiosa, tímida, depressiva, ou se tem algum transtorno mental. São exemplos de estressores internos: crenças irracionais, Padrão de Comportamento Tipo A e falta de assertividade e dificuldade de expressar sentimentos.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003) salientam que mudanças importantes na vida, como iniciar um novo emprego, casar-se ou separar-se, o nascimento de um filho, sofrer um acidente, podem gerar resposta de stress nos indivíduos a elas expostas. Avaliar a ocorrência destes eventos pode ser uma forma de tomar conhecimento da freqüência com que determinada pessoa

desencadeia uma resposta de stress. Não só os eventos de vida estressores, mas, também, os denominados acontecimentos diários menores, que podem ser vivenciados em diversas situações cotidianas: como perder coisas, esperar em filas, ouvir o som do despertador ou o barulho provocado por vizinhos, também são provocadores de resposta de stress. Esses autores reforçam que muitas vezes estes acontecimentos diários menores, quando freqüentes, geram resposta de stress com efeitos psicológicos e biológicos negativos mais importantes do que eventos de vida estressores de menor freqüência. Eles atentam para a necessidade de se fazer distinção entre evento traumático e evento de vida estressor. O evento traumático é aquele em que, uma vez a ele exposto, a pessoa poderá sofrer conseqüências psíquicas por um tempo longo, podendo chegar a décadas, mesmo após seu afastamento do mesmo. O evento traumático grave inclui aspectos relacionados ao comprometimento da integridade física do próprio indivíduo ou de outrem. O evento de vida estressor, por outro lado, é aquele que, embora possa dar origem a efeitos psicológicos sob a forma de sintomas e desadaptação, uma vez removido, tende a acarretar uma diminuição do quadro psicopatológico por ele provocado. O terceiro grupo de situações ambientais provocador de stress corresponde às situações de tensão crônica que geram stress relativamente intenso e que persistem ao longo do tempo, como por exemplo, um relacionamento conjugal perturbado (com agressões verbais e físicas ao longo de anos), gerando relevantes efeitos psicopatológicos.

Muitas pessoas sujeitam – se inadvertidamente, segundo Bopp (2003), ao stress desnecessário, adotando e mantendo padrões de comportamento, hábitos, relações, atividades e obrigações que aumentam seu grau de stress. A diferença não é a origem do stress, mas a interpretação e a reação da pessoa diante dela. Ou seja, o resultado que cada um de nós experimenta devido ao stress, depende de como iremos olhar o mundo.

Margis et al. (2003) explicam que a resposta ao stress se dá a partir das discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Esta resposta ao estressor compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, visando propiciar uma melhor percepção da situação e de suas demandas, assim como um

processamento mais rápido da informação disponível, possibilitando a busca de soluções, selecionando condutas adequadas e preparando o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa. A sobreposição destes três níveis (fisiológico, cognitivo e comportamental) é eficaz até certo limite, o qual uma vez ultrapassado, poderá desencadear um efeito desorganizador.

Quanto aos níveis de resposta ao stress, tem-se:

1. Nível fisiológico

Aspectos neuroanatômicos

Do ponto de vista evolutivo, a ansiedade e o medo, assim como o stress, têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, as quais ocorrem em resposta aos perigos encontrados em seu meio ambiente. Quando um animal se depara com uma ameaça ao seu bem estar, à sua integridade física, ou até mesmo à sua sobrevivência, ele experimenta uma série de respostas comportamentais e neurovegetativas, que caracterizam a reação de medo e do stress.

Neurotransmissores e stress

Diferentes substâncias têm sido estudadas visando compreender a neurofisiologia que envolve a ansiedade e o stress. Entre elas as aminas biogênicas, como a noradrenalina, a dopamina e a serotonina; aminoácidos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), a glicina e o glutamato; peptídeos, como o fator de liberação de corticotropina (CRF), o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e a colecisticinina (CCK) e esteróides, como a corticosterona.

No sistema nervoso central (SNC), neurônios que sintetizam noradrenalina estão situados nas regiões bulbar e pontina, sendo que o grupo mais importante situa-se no locus ceruleus. As células do locus ceruleus, quando ativadas por estímulos estressantes, ameaçadores, produzem uma reação comportamental cardiovascular característica de medo. Acredita-se que o locus ceruleus funcione como um "sistema de alarme", ou seja, exerce a função de atenção, monitorando continuamente o ambiente e preparando o organismo para situações de emergência.

De todos os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico e o stress pós-traumático são os que apresentam evidências mais contundentes de uma anormalidade do sistema noradrenérgico.

A noradrenalina tem sido relacionada também com experiências intrusivas. O locus ceruleus inerva o hipocampo, a amígdala e o neocórtex temporal, que são algumas das estruturas neuroanatômicas envolvidas no processo associativo. Na resposta aguda ao stress, há um aumento importante de noradrenalina na fenda sináptica, resultando num aumento da resposta monossináptica evocada.

Acredita-se atualmente que a serotonina exerça um duplo papel na regulação do comportamento de defesa. Os sinais de perigo estimulariam o sistema de defesa através da amígdala e, ao mesmo tempo, ativariam os neurônios serotoninérgicos do núcleo dorsal da rafe. Estes, por vias nervosas diferentes, enervam tanto a amígdala quanto a matéria cinzenta periaquedutal (MCP). A serotonina facilitaria as reações ativas de defesa na amígdala e as inibiria na matéria cinzenta periaquedutal (MCP). As respostas mediadas pela serotonina teriam, portanto, um sentido adaptativo, já que para níveis de perigo potencial ou distal é conveniente que os comportamentos de luta e fuga sejam inibidos, possibilitando que o indivíduo adote estratégias mais adequadas, como exploração cautelosa e inibição comportamental. Poder-se-ia dizer, ainda, que a serotonina aumenta a ansiedade atuando na amígdala e contém o pânico agindo na matéria cinzenta periaquedutal (MCP).

O GABA (ácido gama-aminobutírico) é o principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central. No núcleo dorsal da rafe, exerce uma inibição tônica sobre os neurônios serotoninérgicos. Na matéria cinzenta periaquedutal (MCP) e colículos superiores, exerce um controle inibitório sobre o substrato neural do medo. No teto mesencefálico, controla aspectos motores relacionados ao comportamento de fuga.

Assim, nas situações em que o perigo está próximo, o indivíduo reage com comportamentos vigorosos de luta ou fuga. Para tal, fazem-se necessárias alterações cardiovasculares, como a elevação da pressão arterial, taquicardia, vasoconstricção na pele e nas vísceras e vasodilatação nos músculos estriados,

bem como hiperventilação. O sistema neural responsável por tais manifestações comportamentais e neurovegetativas de defesa ativa seria a MCP dorsal e o hipotálamo medial. O hipotálamo, uma vez estimulado, libera o fator liberador de corticotrofina (CRF), vasopressina e outros neuropeptídeos reguladores. A liberação de CRF promove, entre outras, a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), o qual leva à liberação do cortisol pelas adrenais (eixo hipotálamo-hipófise-adrenal). Níveis de cortisol cronicamente elevados podem interferir na estrutura e função hipocampal, produzindo alterações de memória e cognição.

As situações de stress produzem, portanto, um aumento geral da ativação do organismo, a fim de que o indivíduo possa reagir. Inicialmente considerava-se que esta ativação fisiológica fosse genérica e indiferenciada para qualquer estressor. Entretanto, hoje se pensa que diferentes mecanismos neurais e endócrinos estão envolvidos na resposta ao stress e que podem ser ativados seletivamente. Labrador e Crespo (1994) distinguem três eixos de atuação da resposta fisiológica ao stress:

- O eixo neural, o qual se ativa imediatamente, frente a uma situação de stress. Implica na ativação principalmente do sistema nervoso autônomo (feixe simpático) e do sistema nervoso periférico. Seus efeitos são: aumento do ritmo cardíaco (SNA), aumento da pressão arterial (SNA), secura na boca (SNA), sudorese intensa (SNA), "nó" na garganta (SNA), formigamento dos membros (SNP), dilatação das pupilas (SNP) e dificuldade para respirar.

- O eixo neuroendócrino é mais lento em sua ativação e necessita de condições de stress mais duradoras. Seu disparo ativa a medula das suprarrenais, provocando a secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), o que ajuda a aumentar e manter a atividade adrenérgica somática, produzindo efeitos similares aos gerados pela ativação simpática. É o eixo de luta e fuga, pois prepara o organismo para uma intensa atividade muscular, quando a pessoa percebe que pode fazer algo para controlar a situação (seja enfrentar ou fugir). Seus efeitos são: aumento da pressão arterial, do aporte sanguíneo para o cérebro, do ritmo cardíaco, da estimulação dos músculos estriados, de ácidos graxos, triglicerídeos e colesterol no sangue; secreção de opióides endógenos e diminuição do fluxo sanguíneo nos rins, no

trato gastrointestinal e na pele. Esta resposta aumenta o risco de hipertensão, de formação de trombos, de angina do peito, em pessoas propensas. Também aumenta o risco de arritmias, elevando a possibilidade de morte súbita.

- O eixo endócrino caracteriza-se por disparo mais lento e por efeitos mais duradouros que os anteriores e necessita de que a situação de stress mantenha-se por mais tempo. Este eixo é disparado quando a pessoa não dispõe de estratégias de enfrentamento na situação de stress. Seus principais efeitos são: aumento da glicogênese, aumento da produção de corpos cetônicos, exacerbação de lesão gástrica, aumento da produção de uréia, aumento da liberação de ácidos graxos livres no sistema circulatório, aumento da suscetibilidade a processos ateroscleróticos, aumento da suscetibilidade à necrose miocárdica, supressão de mecanismos imunológicos, diminuição do apetite.

2. Nível Cognitivo

A resposta ao stress depende, em grande medida, da forma como o indivíduo filtra e processa a informação e sua avaliação sobre as situações ou estímulos a serem considerados como relevantes, agradáveis, aterrorizantes, etc. Tal avaliação determina, segundo Margis et al. (2003), a resposta diante da situação estressora e a influência do stress que sucede. No nível cognitivo, podemos então distinguir quatro componentes: 1. avaliação inicial automática da situação ou estímulo, também conhecida como reação afetiva, em que o sujeito avalia inicialmente o potencial de ameaça para si. Esta avaliação determina um padrão de respostas do tipo defesa ou conferência e orientação. Quando a situação ou estímulo é percebido como ameaçador, então uma resposta de defesa é ativada. Porém, se a avaliação for de não ameaça, a resposta de conferência e orientação é a escolhida, e o sujeito se prepara para recolher mais informações. As respostas de conferência e orientação ou de defesa irão provocar diferentes respostas fisiológicas; 2. avaliação da demanda da situação ou avaliação primária, em que o sujeito avalia a situação estressora, não por seu significado intrínseco, mas de acordo com sua história pessoal e seu aprendizado e experiências prévias. Nesta fase, o relevante é como o sujeito vivencia a situação de stress; 3. avaliação das capacidades para lidar com a situação estressora ou avaliação secundária, quando o sujeito

avalia a situação em relação às suas capacidades e recursos de enfrentamento para manejá-la e; 4. organização da ação ou seleção da resposta, a partir das avaliações anteriormente descritas, em que a pessoa elabora suas respostas às demandas percebidas.

Margis et al. (2003) ressaltam que as respostas podem ser específicas para a situação alvo ou gerais, ou pode ainda não haver resposta disponível para a pessoa que então decidirá entre arriscar uma nova resposta ou suportar passivamente a situação estressora. Os recursos comportamentais e fisiológicos a serem mobilizados dependem, em grande medida, dessa escolha.

3. Nível comportamental

As respostas comportamentais básicas diante de um estressor são: enfrentamento (ataque), evitação (fuga), passividade (colapso). As habilidades do sujeito para dar respostas adequadas a cada estressor dependem de um aprendizado prévio das condutas pertinentes e do histórico de reforçamento recebido em situações similares precedentes. Além disso, a resposta de enfrentamento será modulada por suas conseqüências. A resposta de enfrentamento selecionada define a forma de ativação do sujeito, os recursos e estruturas fisiológicas a serem mobilizadas e os possíveis transtornos psicofisiológicos que possam ocorrer. A resposta ao estressor pode ser preditiva de transtornos específicos como no caso de fuga e evitação, ser preditiva de agorafobia ou fobia social, ou um padrão de enfrentamento da personalidade tipo A ser preditor de transtornos cardiovasculares.

Folkman e Lazarus (1985) definem estratégia de enfrentamento como os esforços orientados tanto para a ação como intrapsíquico, a fim de controlar (dominar, tolerar, reduzir, minimizar) demandas internas e ambientais e conflitos entre elas. Lazarus (1993) conceituou o enfrentamento psicológico como um conjunto de pensamentos, sentimentos e ações desencadeado pela situação individual, ou seja, em cada indivíduo. Para Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento é um processo flexível, configurado por fatores pessoais e situacionais interdependentes, e a dinâmica deste processo se

caracteriza por mudanças em pensamentos e ações desenvolvidas a partir da interação indivíduo-situação.

Pelletier (1997), Bachion, Peres, Belisário e Carvalho, (1998) e Stacciarini (1999) relatam que o indivíduo pode atenuar ou tolerar os efeitos do stress através do *coping* (enfrentamento), definido como sendo os mecanismos que o indivíduo desenvolve para enfrentar problemas ou situações consideradas estressantes.

Taylor e Aspinwall (1990) complementam afirmando que as estratégias de enfrentamento facilitam o ajustamento à situação, apesar de considerarem estratégias como fuga/esquiva, negação, aceitação passiva através da culpa (a si mesmo e aos outros) estratégias pobres de enfrentamento.

Almeida, Loureiro e Voltarelli (1998) observaram que as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, têm alto valor prognóstico e dados sugerem que um *coping* (enfrentamento) de resignação e passividade está associado a um prognóstico pouco favorável. Entretanto, atitude de luta, cooperação, contato social, têm sido associadas a um processo de reabilitação mais positiva.

A partir dos conhecimentos sobre o stress em adultos, é possível abordar sua manifestação nas crianças.

O stress infantil

Na criança, o stress é semelhante ao presenciado no adulto. Para a sua análise é importante uma boa avaliação de sua sintomatologia, suas fontes de origem e conseqüências; com a finalidade de instrumentalizar a criança de acordo com o seu nível de desenvolvimento, em especial o cognitivo e emocional, e seus responsáveis a aprenderem a lidar e amenizarem esse problema.

Quanto à avaliação para o diagnóstico do stress é importante analisar a sintomatologia desencadeada, que de acordo com Lucarelli (1997) pode ser manifestada através de reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas.

Estudos acerca do stress infantil têm sido realizados na PUC de Campinas. Desde os primórdios, esses estudos apontam que toda e qualquer criança, independentemente de sua raça, ou status social, terá a presença do stress em diferentes fases de sua vida, que garantirá aprendizado para situações futuras e bastante comuns na vida adulta. Lipp (2000) adverte que aquelas crianças que não aprenderam a lidar com o stress, possuem mais chances de se tornar adultos fragilizados, com baixa tolerância a frustrações, e extremamente vulneráveis ao stress, podendo ter como conseqüência o aparecimento de doenças.

Momentos moderadamente estressantes são saudáveis para a aquisição do repertório para a solução de problemas e para adaptações em geral. No entanto, o stress fora do controle e da proporção adequada para a idade e maturidade pode gerar complicações consideráveis, de maneira especial em crianças. Ainda, quando o organismo é exposto ao stress por tempo prolongado, ocorre o enfraquecimento funcional do sistema imunológico, possibilitando também o aparecimento de doenças. Vale ressaltar que, da mesma maneira que o desencadeamento do stress e sua expressão são particulares, Kobasa, Hilker e Maddi (1979) expõem que a resistência a ele é o fator que explica o porquê de alguns indivíduos adoecerem e outros não, frente a mesma intensidade de stress. Essa resistência consiste na abertura para mudanças, e no controle necessário e solicitado pelo indivíduo sobre as situações que vivencia.

Quando a criança, bem como o adulto, se depara com algo estressante, seu cérebro ativa o sistema nervo simpático e a glândula pituitária através do hipotálamo. Simultaneamente, as glândulas supra-renais são acionadas e liberam adrenalina, que estimula o coração e faz com que a criança fique em estado de alerta como se estivesse prestes a enfrentar um perigo. Concomitantemente, as atividades vegetativas (digestão, sono, etc.) ficam inibidas: a criança perde o apetite, dorme mal e podem surgir dores abdominais. Isto se deve a alteração do equilíbrio interno dessa criança, quando ela se esforça para se adaptar a uma nova situação.

Como conseqüência do stress excessivo, comprometimentos de ordem física, emocional e social tornam-se agravantes do quadro. Dentre os

comprometimentos físicos, tem –se, em decorrência da queda da imunidade, a alta taxa de corticóides liberados pelas supra-renais, possibilitando o aparecimento de doenças latentes, tais como úlceras, asma, diabetes, etc. Dos comprometimentos emocionais e sociais, têm-se as dificuldades de concentração e do desenvolvimento do pensamento abstrato, e conseqüentemente a incidência de complicações no desempenho escolar. Observa-se também a tendência à agressividade, ansiedade, tiques nervosos, dentre outros.

O desenvolvimento infantil envolve o físico, o cognitivo, o emocional, o afetivo e o social da criança. Ao longo de sua vida a criança pode se deparar com situações que exijam um repertório diferenciado, muitas vezes não condizente com sua faixa etária (Lipp, 2000). Situações desse tipo podem facilitar a ocorrência de stress.

Assim como no adulto, o stress infantil se relaciona a fatores externos e internos, que chamamos de estressores internos e externos. Dentre as fontes de stress externas, Lipp (2000) destaca: mudanças significativas ou constantes; responsabilidades em excesso; excesso de atividades; algumas escolas; morte de um ente querido; brigas entre os pais; separação e divórcio; doença e hospitalização; dificuldades de relacionamento com os amigos e colegas; nascimento do irmão; favoritismo entre os irmãos por parte dos pais; alcoolismo no seio familiar; troca de escola, professora, casa, ou babá; doença mental no leito familiar; colônia de férias. No que tange as fontes internas, essa autora destaca a depressão, ansiedade, timidez excessiva; desejo de agradar; medo do fracasso; preocupação com as alterações físicas; medo da punição divina; dúvidas quanto as próprias habilidades, tais como inteligência, beleza, etc; medo da morte dos pais e de ficar só em decorrência disso; medo da morte de alguém que desejou que morresse em momentos de briga; medo da ridicularização; sentimento de injustiça sem chances de defesa; desacordo entre as exigências de sucesso e o verdadeiro potencial.

Dentre as fontes externas do stress, a família pode contribuir para o desenvolvimento significativamente. Tal contribuição pode ser caracterizada como múltipla, visto que abrange as áreas cognitivas, sociais, biológicas, desde a estruturação dos esquemas e crenças, até a configuração biológica. Sabe-se

que a reação de stress durante a gestação implica em conseqüências significantes para o bebê. O stress pré-natal não pode ser descartado, visto que, conforme Wilhelm e Ritz (2003) a perturbação emocional da gestante proporciona, como conseqüência das alterações bioquímicas sofridas, a liberação da catecolamina, neuro-hormônio liberado em níveis elevados pelo organismo materno quando do stress, e que provoca no feto um estado de perturbação semelhante ao de sua mãe. Como efeito dessa vivência a possibilidade de o futuro bebê apresentar alterações em seu desenvolvimento é alta, como comprovam estes estudos realizados com animais cujas mães foram submetidas a fontes de stress durante a gestação.

Os estressores podem surgir na vida da criança de modo combinado, ou seja, podem ser de fonte interna e externa. De uma maneira especial, na faixa etária de sete a nove anos, observa-se que a criança acaba de passar pelo período onde iniciou um processo de conquista da independência, aprendeu a brincar com outras crianças, fez progressos cognitivos e desenvolveu uma maior habilidade com a linguagem. Tendo passado por essa transição, a criança inicia um outro período: a consolidação. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, ela está no período que Piaget chama de operações concretas, ou seja, desenvolve com facilidade todas as operações, começa a raciocinar indutivamente, e adquire vários conceitos, inclusive de conservação. As habilidades escolares são iniciadas, incluindo a leitura, escrita e cálculos. Quanto ao desenvolvimento físico, o crescimento continua em ritmo regular até a puberdade. Nas interações sociais, observa-se ligações afetivas menos visíveis, maior foco nas interações com os companheiros e há um padrão de agrupamento com crianças do mesmo sexo, . quanto ao papel sexual é observável que aos 7 anos os estereótipos que exercem papéis profissionais são mais fortes. As amizades e as interações realçam o status de liderança das crianças, bem como sua popularidade. Nessa fase, a criança desenvolve a independência, tanto pela motivação parental, como também pela interação grupal e o modelo estabelecido. Todas essas mudanças exigem uma grande adaptação da criança, e por isso podem gerar o stress.

A ocorrência de comorbidades do stress infantil é tão freqüente como no adulto. Dentre as pesquisas, destaca-se um estudo prospectivo com 303

adolescentes, de ambos os sexos, entre 12 e 13 anos de Reuter, Scaramella, Wallace, Conger (1999). Nesse estudo os participantes foram avaliados anualmente por quatro anos, a fim de testar a relação das desavenças entre pais e filhos como evento de vida estressor, sintomas de ansiedade e depressão, e o surgimento de transtornos de ansiedade e depressão aos 19 e 20 anos. Entre os adolescentes, a presença persistente ou crescente de desavenças com os pais foi preditiva de sintomas de ansiedade e depressão. As taxas de transtornos de ansiedade foram de 6,9% entre as meninas e 5,6% entre os meninos. Este estudo demonstra a relação entre os eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão, reforçando a associação entre stress, sob a forma de desavenças interpessoais, e sintomas de ansiedade e depressão. Foi demonstrada uma associação positiva entre a mudança no padrão de stress relacionada à mudança no padrão dos sintomas, ou seja, quanto maior a exposição ao estressor mais intensa a sintomatologia. Os eventos estressores estiveram indiretamente relacionados ao surgimento dos transtornos de ansiedade e depressivos.

Também Margis et al. (2003) apontaram a relação entre a ocorrência de eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas depressivos. No entanto, poucos dados são encontrados na literatura em relação a sintomas ansiosos frente a esses eventos. Os autores sugerem que mais estudos de enfoque etiológico sejam realizados, avaliando a associação entre a exposição a diferentes eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade, bem como de transtornos ansiosos. O reconhecimento desta associação terá implicações práticas tão relevantes como a prevenção de transtornos ansiosos e o estabelecimento de estratégias de tratamento.

Na criança o stress pode ser originado por fontes externas (Elkind, 1981) ou fontes internas, assim como no adulto (Ellis, 1973 e Lazarus, 1966). Um aspecto muito importante no desenvolvimento do stress diz respeito à vulnerabilidade da pessoa em apresentar ou não um stress excessivo. Vulnerabilidade aqui se refere a uma tendência a reagir de modo intenso, por meio de reações psicológicas e físicas, a situações estressantes (Pereira Bignotto & Tricoli, 2003) que justifiquem sua resiliência.

O termo resiliência vem sendo utilizado desde a década de 70 na literatura psicológica para designar a capacidade de resistir com força mínima necessária para a saúde mental a adaptações diferentes (Flach, 1988). Mais tarde Bowlby (1980) descreveu a resiliência como uma característica da personalidade, proveniente das primeiras experiências da criança e do mundo que a cerca:

“A experiência de uma criança pequena, de uma mãe estimulante que dá apoio e é cooperativa, e um pouco mais tarde o pai dá-lhe um senso de dignidade (...), essa experiência também promove seu senso de competência. Daí por diante, desde que os relacionamentos de família continuem favoráveis, não só estes padrões iniciais de pensamento, sentimento e comportamento persistem, como a personalidade se torna cada vez mais estruturada para operar de maneira moderadamente controlada e resiliente, e cada vez mais capaz de continuar assim, mesmo em circunstâncias adversas” (p.42).

Garnezy, Masten, Nordstrom e Ferrarese (1979) buscaram definir resiliência, enquanto termo referente a habilidade de uma criança ser saudável, mesmo se desenvolvendo em um ambiente não saudável, convivendo com situações estressantes de sua vida de forma adaptativa. Rutter, Scaramella, Wallace e Conger (1999), por sua vez, esclarecem a resiliência a partir de outro termo, referente a superação das dificuldades: a invulnerabilidade.

A resiliência frente ao stress e às adversidades exemplifica uma adaptação inesperada. Tricoli e Bignotto (1998) enfatizam a importância das mensagens de socialização que as crianças recebem de seus pais e do meio ambiente ao longo de seu desenvolvimento, podendo essas contribuir para a formação das fontes internas causadoras de stress. Assim, o stress pode ser criado pela própria criança, de acordo com a sua aprendizagem social, seus pensamentos, tipo de personalidade e atitudes; que podem ocasionar o desenvolvimento de alguns dos seguintes comportamentos: timidez, ansiedade, medo de castigos divinos, auto-estima e auto-imagem negativas. Além de específicas crenças irracionais sobre si mesma e o mundo ao seu redor. O conceito de crenças baseia-se na ideia de que tanto as emoções como comportamentos são produtos das crenças de um indivíduo, de sua interpretação acerca do meio que o cerca e das suas experiências. As crenças

podem ser racionais quando auxiliam a pessoa a enfrentar as dificuldades e encontrar uma solução satisfatória, mas podem, no entanto, serem irracionais. Estas últimas geram frustrações, ansiedade e stress, impossibilitando encontrar uma saída satisfatória para as questões reais ou imaginárias (Alcino, 2001). Logo, o elemento principal de todo e qualquer transtorno é a avaliação irracional que faz da realidade: as crenças irracionais.

Tem-se que as crenças irracionais provêm de uma interpretação distorcida da realidade. No caso da criança, sua percepção acerca do mundo que a cerca é fortemente influenciada pela família. Mondardo (2000) realizou um levantamento das condições sócio – familiares da criança em idade escolar em Porto Alegre, a fim de investigar suas relações com o stress infantil. Como conclusões ela percebeu que as crianças de seu estudo não vivenciavam eventos potencialmente estressores ao seu desenvolvimento e que possuíam uma estrutura familiar estável e saudável que estava funcionando como apoio sócio – afetivo para a criança, bem como também poder estar sendo um fator de proteção ao stress do dia – a – dia. É por esse motivo que o stress desta população não se encontrou em graus tão expressivos.

Em função das fontes, externas ou internas, geradoras de stress e as crenças básicas em lidar com as situações que exijam adaptação interna do organismo e que pode eliciar o stress, caso a pessoa identifique um estímulo como ameaçador e avalie suas habilidades para lidar com ele negativamente, a influência cognitiva das crenças irracionais têm início. A partir do tipo de pensamento que as pessoas têm sobre elas próprias, sobre os outros e sobre o mundo, seus sentimentos serão afetados. Como consequência, a qualidade da interpretação dos acontecimentos imediata, ou seja, os pensamentos automáticos iniciam a cadeia de comportamentos funcionais e não funcionais. (Range, 2001)

Margis et al. (2003) salientam que frente a uma situação estressora, o tipo de resposta de cada indivíduo depende, não somente da magnitude e frequência do evento de vida estressor, como também da conjunção de fatores ambientais e genéticos. Mesmo as capacidades individuais de interpretar, avaliar e elaborar estratégias de enfrentamento parecem ser geneticamente influenciadas. Assim, a resposta de enfrentamento ao evento estressor é

selecionada a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico. Caso consiga eliminar ou solucionar a situação estressora, provocará a diminuição da cascata fisiológica ativada. Se a resposta ao stress gerar ativação fisiológica freqüente e duradoura ou intensa, pode precipitar um esgotamento dos recursos do sujeito com o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, podendo predispor ao aparecimento de transtornos de ansiedade entre outros transtornos mentais. O desenvolvimento de um transtorno está diretamente relacionado à freqüência e a duração de respostas de ativação provocadas por situações que o sujeito avalia como estressoras para si.

Quanto ao cuidado sobre a fase do desenvolvimento da criança para lidar com situações estressantes é recomendado por Tricoli (2000) que as crianças da primeira etapa do Ensino Fundamental (entre 6 e 10 anos de idade) devem ser tratadas de forma acolhedora e afetuosa, porém de maneira clara e objetiva quanto a colocação das regras que devem seguir.

Além do cuidado com a etapa do desenvolvimento, na qual a criança se encontra, é importante lembrar que algumas das fontes geradoras do stress podem ser amenizadas ou eliminadas, de acordo com a atitude dos pais na educação de seus filhos. A grande arma para a prevenção contra o stress infantil é a saúde mental. Lipp (2000) adverte os pais para sua prática, envolvendo paciência, prazer em estar com a criança, acolhimento, aceitação e respeito pelas características e ritmo da criança, apoio na solução de problemas. Desta maneira, o cotidiano da criança é simplificado, contribuindo assim, para a não ocorrência do stress. Uma vida equilibrada dos pais é o primeiro passo para a prevenção contra o stress infantil. Além disso, aquisições de hábitos de vida saudáveis no que tange a alimentação, lazer e exercício físico são importantes. Atividades não programadas, tais como as brincadeiras livres, são essenciais para o desenvolvimento motor e intelectual, assim como o repertório social. Brincando, a criança entra em contato com as regras, limites, convívio social, com o aprendizado coletivo, e com a preservação e cultivo do lazer, etc., e principalmente com o convívio com sua própria companhia.

Uma vez diagnosticado o stress infantil, a primeira ação é diminuir a pressão sobre a criança de modo cauteloso para que ela não seja demasiadamente poupada, o que impossibilitaria o desenvolvimento do seu repertório contra o stress. Castro e Scatena (2004) ressaltam que, assim como o adulto, a criança pode se beneficiar com o gerenciamento do stress, adquirindo melhor qualidade de vida. Para isso, sabe-se que o trabalho de aprendizagem mais eficaz se dá a partir dos quatro pilares de controle do stress: relaxamento, alimentação, exercício físico e a construção de um modelo cognitivo, adquirido através do trabalho psicoterapêutico baseado na abordagem cognitivo-comportamental.

O stress infantil torna-se de relevante quando são analisadas suas conseqüências para a criança. Lipp e Malagris (2001) acreditam que o stress infantil possa estar associado à patogênese de distúrbios físicos e psicológicos. Lipp (2000) também aponta conseqüências sociais, por acreditar que uma criança vulnerável ao stress e sofrendo suas conseqüências, sem o tratamento adequado, certamente se tornará um adulto frágil, sem resistência às dificuldades da vida.

É importante que os responsáveis pelas crianças tenham uma atenção frente a manifestações dos sintomas de stress de si próprias e das crianças. A partir da exposição do conceito do stress infantil e das suas conseqüências para o desenvolvimento da criança e a manutenção da saúde, é possível verificar a importância da elaboração e implementação de programas específicos para ensinar às crianças a lidarem com o stress de modo mais adequado, em uma tentativa de promover a profilaxia das conseqüências físicas, psicológicas e sociais.

Em se tratando do tema proposto por este estudo, vale ressaltar alguns aspectos da presença do stress na relação mãe-filho. Santos et al. (2003) recordam que nesta relação, também os pais sofrem stress, e que muitas vezes as atividades parentais são suas fontes mais fortes. Dentre os fatores que contribuem para o stress nos pais de modo geral, a autora destacou:

- ✓ níveis de expectativa irrealistas quanto ao casamento e os filhos;

- ✓ interpretações disfuncionais de membros da família acerca do comportamento alheio;
- ✓ tipo de estrutura familiar;
- ✓ tipo de estilo de enfrentamento do pai/ mãe frente a situações e eventos estressantes;
- ✓ filhos com dificuldades emocionais ou aprendizagem;
- ✓ filhos com problemas de saúde: deficiência física ou mental, e principalmente, doença crônica;
- ✓ familiar com envolvimento com drogas;
- ✓ pressões sociais quanto aos papéis dos pais;
- ✓ falta de conhecimento de suporte social disponível;
- ✓ grau de investimento na função parental;
- ✓ pressões e exigências excessivas;
- ✓ sobrecarga com excesso de responsabilidades com sentimento de urgência;
- ✓ dificuldade de relacionamento entre o casal e entre os pais e filhos;
- ✓ problemas conjugais e sexuais;
- ✓ fatores do contexto social/ variáveis sócio-culturais; etc.

No que se refere as conseqüências deste stress, foram destacadas:

- ✓ Falta de harmonia no ambiente familiar;
- ✓ Interferência na interação dos membros da família;
- ✓ Baixa percepção quanto ao suporte das próprias emoções;
- ✓ Sintomas de depressão e ansiedade;
- ✓ Hostilidade e agressividade;
- ✓ Somatizações;
- ✓ Cronicidade do stress;

- ✓ Pais estressados com disciplina autoritária e estratégias disciplinares mais assertivas com filhos com mau comportamento.

As conseqüências psicológicas da presença do stress na relação mãe-filho apontam para a necessidade de abordar a expressão e presença dos sentimentos, inclusive a raiva.

A Raiva

A raiva é, segundo Spielberger, primeiramente um mecanismo de proteção contra a perda de poder real ou imaginário. Lipp (2005) define a raiva enquanto um sentimento frente a uma grande frustração, ou frente a uma oposição, e a diferencia da hostilidade quando explica que esta última pode ser concebida enquanto uma característica de personalidade de avaliação das situações e das pessoas de forma negativa. Segundo estes autores, a hostilidade possui 3 componentes: cognitivo, ao realizar as avaliações; afetivo, por tratar-se também de um sentimento; e comportamental. Tratam-se de hábitos fortalecidos através da prática que, de acordo com Lipp (2005), torna a reação raivosa um traço de raiva, caso se transforme em uma tendência, ou seja, a reagir com raiva em conseqüência de uma interpretação disfuncional da realidade; ou um temperamento raivoso, caso torne-se uma propensão geral daquele indivíduo a vivenciar a raiva sem uma provocação específica anterior. Ainda, ressalta as hipóteses cultural, familiar, a influência do meio quanto à expressão de raiva. Assim, estudos demonstram a existência de vulnerabilidades psicológicas e físicas à raiva, bem como ao stress anteriormente descrito.

O desenvolvimento da raiva se dá em várias etapas como: evento desencadeador, interpretação do mesmo, stress emocional, reavaliação do evento sob a perspectiva da raiva, e escalonamento da raiva (Lipp, 2005). Assim, à luz dos conceitos da abordagem cognitivo-comportamental, é postulado que são as interpretações não funcionais do evento que levam a conclusões equivocadas e, conseqüentemente, à raiva.

Para Spielberger (1999), existem dois aspectos fundamentais da raiva: a experiência de raiva, e a expressão de raiva. A experiência de raiva pode ser

entendida como o estado contextual, ou seja, sentimentos subjetivos que variam de irritabilidade a raiva intensa, e traço de raiva que refere-se a disposição para perceber situações como aborrecedoras e responder a tais situações com expressões de estado de raiva, apesar de estado e traço de raiva serem características ou componentes independentes da raiva. Quanto a expressão de raiva, tem-se raiva para fora, quando direcionada ao outro e a objetos, ou raiva para dentro, quando está direcionada a si próprio. Um terceiro componente é o controle de expressão da raiva. Resumidamente pode-se definir cada uma delas da seguinte forma:

- Estado: estado transitório de raiva, no momento de aplicação do teste;
- Traço: traço estável de raiva crônica;
- Temperamento: subescala da escala de traço, indicando tendência crônica a sentir raiva;
- Reação: – subescala de traço, indicando tendência a reagir com raiva em situações de ameaça ao ego e à auto-estima;

As quatro escalas seguintes indicam a direção da raiva:

1. Raiva para fora: – tendência a agredir outros ou o ambiente;
2. Raiva para dentro: tendência inconsciente a culpar-se a si próprio, podendo levar à depressão;
3. Controle da raiva: tendência consciente a controlar a raiva, suprimi-la;
4. Expressão: medida global de raiva, levando em conta as três escalas anteriores.

Em seus estudos Spielberger, juntamente com Krasner e Solomon, como descreveram a Síndrome da Tríade raiva – hostilidade – agressividade. Para eles, raiva se refere ao estado emocional composto pelos sentimentos de hostilidade e agressividade. A hostilidade engloba os sentimentos de raiva, mas também as suas conotações com atitudes que motivam os comportamentos agressivos para machucar ou ferir os outros; e a agressividade se refere aos comportamentos punitivos e destrutivos direcionados a outras pessoas ou objetos (Spielberger & Sarason, 1995).

Parrott, Zeichner e Evces (2005) sustentam que mesmo na ausência de um diagnóstico clínico, a raiva pode afetar negativamente o funcionamento social enquanto um estressor, e que pesquisas indicam associação entre a raiva crônica e a agressão física e verbal (Hazaleus & Deffenbacher, 1986; Parrott & Zeichner, 2002), abuso em crianças (Nomellini & Katz, 1983) e o alcoolismo (Liebsohn, Oetting, & Deffenbacher, 1994). Segundo estes autores, existe um traço de personalidade comum em eventos relacionados a raiva. Vale ressaltar que o traço de raiva é concebido como uma disposição a experienciar raiva freqüentemente, mais intensamente e por um período mais longo (Deffenbacher, Oetting, Thwaites, Lynch, Baker & Stark, 1996; Spielberger, Johnson, Russell, & Crane, Jacobs, 1985).

Berkowitz (1993) explica que uma das qualidades que distinguem uma pessoa com traço de raiva, é estar sempre pronta para deter a agressão, o tratamento e os perigos em seu redor (p. 134). Existe uma relação entre traços afetivos e atitudes de facilitação no processamento cognitivo, pode-se esperar que aqueles que reportam altos níveis de traço de raiva também processam estímulos relevantes de raiva em seu meio com maior agilidade do que aqueles que reportam menor nível.

Parrott et al. (2005) consideram que o ciclo da raiva é mais ativo naqueles que apresentam alto grau de raiva, de modo que eles atendem às informações semânticas relacionadas à raiva mais prontamente em seu meio. Este processo pode aumentar a sensibilidade a estímulos raivosos, contribuindo assim, para os altos níveis de intensidade, caracterização e duração da raiva (Deffenbacher et al., 1996). É provável que esta ativação possibilite o risco de agressão física (Giancola, 2002; Parrott & Zeichner, 2002). Em contrapartida, entre aqueles que apresentam baixo grau de raiva, o ciclo da raiva não apresenta estimulação. A interação de estado e traço de raiva é suficiente para facilitar ativação do processamento de informações de raiva. Os estudos demonstram que as ativações ocorrem mais intensamente nos indivíduos com traços de raiva, mesmo na ausência de sentimentos intensos de estado de raiva. Assim, fica bastante evidente que traços e estados afetivos possuem efeitos independentes e interativos no processamento de informações emocionais (Rusting, 1998).

Raiva é um fator de risco independente, associado a várias doenças. Raiva para fora parece estar relacionada com aumentos pressóricos durante momentos de stress social, o que não surpreende, pois esta está também associada a respostas fisiológicas exageradas (Smith, 1992). Janssen, Spinhoven e Brosschot (2001) verificaram experimentalmente que a raiva se correlaciona com a reatividade cardiovascular em pacientes com dor durante momentos de stress.

Para Williams (2000) o traço de raiva em homens e mulheres de meia idade normotensos é um risco significativo para mortalidade por CAD (doença arterial coronariana) independentemente de seus fatores de risco biológicos. Os riscos psicológicos de “eventos” cardíacos e complicações após ataques do coração são mais comuns do que todos os outros fatores de risco convencionais (fumo, altas taxas de colesterol, hipertensão e diabetes). Os riscos são maiores para o distress emocional (depressão, raiva, hostilidade, ansiedade) e para o isolamento social do que para os fatores de risco biomédicos convencionais.

A hostilidade é geralmente uma atitude contextual em relação ao outro. De acordo com Senior (2004), uma pessoa hostil espera o pior dos outros e sente a necessidade de defender-se disso, argumentando coisas como: “Eu sempre conheço pessoas que se julgam experts e que não são melhores do que eu; Eu frequentemente respondi a superiores que conseguiram créditos por vias não profissionais; Alguns membros da minha família têm hábitos que me chateiam e me incomodam muito.”

Na relação mãe – filho a presença da raiva por parte de ambas as partes é bastante freqüente, especialmente pela convivência familiar. Episódios de desacordo fazem parte deste grupo social, e a regulação emocional (RE) atua na criança, e também no adulto, na discriminação dos estímulos aversivos de raiva. Segundo Dias, Vikan e Gravas (2000), a regulação emocional (RE) é discutida em vários estudos (Eisenberg & Fabes, 1992; Fox, 1994; Garber & Dodge, 1991; Schore, 1994; Sroufe, 1996), e pode ser definida como "... os processos envolvidos na modificação de reações emocionais" (Oatley & Jenkins, 1996, p. 192), e "comportamento visando mudanças de sentimentos numa direção desejada" (Saarni & Crowley, 1990). Argumenta-se a

necessidade em pesquisar: como reduzir (ou aumentar) a intensidade da emoção expressa, retardar (ou aumentar a velocidade) seu início ou recuperação, determinar o limite (ou aumento) de sua persistência em função do tempo, reduzir (ou aumentar) a extensão da emoção, afetando outras características qualitativas de respostas emocionais (Thompson, 1994). Estes levantamentos apontam como relevante a regulação do estado e não da exposição emocional (Terwogt & Olthof, 1989; Thompson, 1990).

Um amplo corpo de estudos nos diferentes aspectos da cognição da emoção de crianças (Harris, 1989), como também pesquisas em áreas relacionadas, tais como estratégias das crianças para lidar com atraso de gratificação (Mischel & Mischel, 1983; Yates, Yates & Beasley, 1987), dor (Reissland, 1983; Ross & Ross, 1984; Curry & Russ, 1985; Jerrett, 1985; Branson & Craig, 1988), stress (Brown, O'Keeffe, Sanders & Baker, 1986; Band & Weisz, 1988; Altshuler & Ruble, 1989), e seu foco para lidar com as emoções em geral, indica que crianças novas podem conceber estratégias que possibilitam-nas controlar eventos mentais emocionais, tais como o uso de vários tipos de distração. Com o aumento da idade verifica-se o aumento de mudança do estado mental (Harris, Olthof & Terwogt, 1981), de estratégias verbais e sociais (McCoy & Masters, 1985) e de como evitar certas emoções através do uso de divertimento ou comportamento reativo (Kenealy, 1989).

No entanto, o foco nas qualidades diferenciais das emoções na teoria evolucionista e na teoria cognitiva da emoção (Lazarus, 1991) resultou em uma tentativa em testar a expectativa de que as estratégias de regulação estão relacionadas aos tipos de emoção. Esta expectativa tem sido apoiada de certo modo em estudos com adultos (Tice & Baumeister, 1993), e em estudo com crianças do ensino fundamental (Vikan & Dias, 1996). O último estudo mostrou que técnicas cognitivas tais como: "Não pense sobre o fato" e "Pense que ele não é real", foram propostas para cessar o medo numa maior amplitude do que para cessar raiva e tristeza.

Uma verificação do impacto de respostas de regulação da emoção na intensidade da emoção foi realizada por Dias et al. (2000) comparando-se a distribuição de respostas do escore mais baixo (um momento ou uma hora), ao escore mais alto (muitos dias ou o dia inteiro) na duração da emoção.

Nenhuma diferença consistente pôde ser identificada. A maior diferença que aparece nas análises estatísticas foi a variação relacionada ao contexto de tristeza. Isto foi especificamente relacionado ao contexto da morte do avô, que teve maior duração do que a tristeza referindo-se a um dos outros três contextos.

A variação do contexto para respostas de emoção pode ser relacionada à hipótese de Lazarus (1966) sobre estudos de stress. Para o autor, lidar com situações não-controláveis pode levar o sujeito a focar a emoção em si e, em situações-controláveis, a lidar com a situação. O contexto mais incontrolável no estudo de Dias et al. (2000) quanto a morte do avô, evocou uma percentagem mais alta de respostas que implicava que alguma coisa deveria ser feita com a emoção, do que nas situações controláveis. Perder uma bola e ter um livro rasgado, resultaram em percentagens mais altas de respostas que focalizavam mudanças da situação (e.g., ganhando uma nova bola ou um novo livro).

Entretanto, deveria ser notado que as crenças das crianças sobre o controle podem se desenvolver em diversos estágios. Crianças pré-escolares podem, por exemplo, acreditar que eventos podem ser controlados por pensamento ou comportamento mágico (Vikan & Clausen, 1993). Um esclarecimento adicional sobre este ponto é portanto, dependente de uma medida de controle.

Dias et al. (2000) ressaltam que crianças de três anos de idade podem formular algumas estratégias RE para tristeza e raiva e que essas estratégias variam em função do contexto de reações emocionais. Logo, existe uma expectativa do uso mais freqüente de estratégias cognitivas com a idade. A principal mudança parece ser entre cinco e sete anos.

O aumento em respostas cognitivas com a idade é bem conhecido em estudos sobre regulação da emoção (Harris et al 1981; McCoy & Masters, 1985; Terwogt, Schene & Harris, 1986), lidando com stress (Altshuler & Ruble, 1989; Band & Weisz, 1988) e lidando com a dor (Branson & Craig, 1988).

Para Dias et al. (2000), a falta de diferenças nítidas de estratégias RE para raiva e tristeza confirma um estudo anterior com crianças de oito a doze anos que mostrou que estratégias para felicidade e medo eram diferentes entre

si e também diferentes de raiva e tristeza, mas as duas últimas não se diferenciavam (Vikan & Dias, 1996). A razão pode ser a de que muitas das situações que evocam raiva e tristeza são as mesmas, tais como rejeições, proibições, perder uma competição e ter um objeto seu danificado.

A pessoa envolvida na interação estressante possui em geral dois estilos de expressão de raiva: raiva para fora e raiva para dentro. Ambos os estilos podem ser prejudiciais, pois a pressão arterial sofre aumentos consideráveis em momentos de interações estressantes quando essas pessoas ou expressam a raiva de modo explosivo ou inibem excessivamente a expressão da raiva. Assim, a raiva influencia a qualidade de relações interpessoais. Quando é inabilmente expressada, ou seja, quando a pessoa expressa sua raiva de modo explosivo, os prejuízos nas suas relações afetivas são inevitáveis. Tem-se como conseqüência, uma grande sensação de culpa. Culpa por sentir tanta hostilidade, culpa por expressa-la, culpa por afastar os outros e uma grande sensação de rejeição, o que da origem a uma maior quantidade de raiva (Lipp, 2005).

É sabido que como conseqüência do stress excessivo, comprometimentos de ordem física, emocional e social tornam-se agravantes do quadro em adultos e crianças. Telles-Correia, Brás-Nogueira e Barbosa (2003) apontaram a relevância de características psicossomáticas, como a ansiedade, a agressividade, a alexitimia, stress, entre outras, na evolução da doença hipertensiva; Shapiro e Miller (1987), defenderam a existência de uma personalidade potencialmente hipertensa caracterizada pela inabilidade de expressar sentimentos como hostilidade e raiva frente à confrontação.

A hipertensão

Segundo o V Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial de 2006, a presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos caracterizam o quadro de hipertensão arterial. São parte do grupo de risco para o desenvolvimento de hipertensão indivíduos que apresentam pressão arterial normal limítrofe (pressão sistólica entre 130 mmHg e 139 mmHg e pressão diastólica entre 85 mmHg e 89

mmHg), ou que apresentam fatores genéticos, com histórico familiar de hipertensão.

Telles-Correia et al. (2003) demonstraram a relevância das diversas características psicossomáticas, como a ansiedade, a agressividade, a alexitimia, entre outras, na evolução da doença hipertensiva. Esses autores estudaram as características psicossomáticas de uma população hipertensa e as relacionou com diversas variáveis clínicas (gravidade inicial da doença, grau de controle tensional, *compliance*/ adesão à terapêutica e duração da doença) e sociodemográficas. Seus estudos demonstraram maior frequência de expressão da agressividade nos grupos de hipertensos alexitímicos cujos parâmetros de agressividade estavam muito alterados sobretudo no que refere à agressividade expressa em resposta a estímulos negativos. Esta afirmação corrobora o mencionado por Spielberger (1999), que defendeu a expressão de raiva uma resposta a estímulos aversivos.

Para Shapiro e Miller (1987), pessoas de personalidade potencialmente hipertensa apresentam um padrão de comportamento caracterizado pela inabilidade de expressar sentimentos como hostilidade e raiva frente à confrontação. Segundo estes pesquisadores, esta conduta de supressão emocional possui resultados: o sistema autonômico é ativado, e em virtude da repetida estimulação de mecanismos de pressão, pode desenvolver o quadro da hipertensão.

Para Telles-Correia et al. (2003), apesar de algumas teorias psicossomáticas alegarem que os fatores psicológicos podem aumentar de forma aguda a tensão arterial, ainda não foi corretamente demonstrado que esses fatores são importantes para o desenvolvimento da hipertensão arterial (HTA). Foi identificado um grupo de características cognitivas e afetivas, presentes freqüentemente em doentes com situações tipicamente psicossomáticas.

Maciel (1994) relatou ser freqüente médicos e pacientes rotularem a doença hipertensiva de "emocional" e "nervosa", evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Tal fato poderia ser explicado pela inexistência de uma causa física identificável.

Os dados de Péres, Magna e Viana (2003) também indicam que os pacientes enfatizam o "emocional" como fator que dificulta o controle da pressão. Porém, quando interrogados sobre o que poderiam fazer para controlar a pressão, apenas 30% das respostas referiram-se ao domínio dos estados emocionais. Desta forma, os pacientes parecem se ausentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, atribuindo aos outros a responsabilidade pelos seus estados emocionais, e parecem manter a crença de que não podem fazer nada para mudar essa condição. Logo, vários fatores dificultam o controle da pressão arterial e estes não são excludentes: atribuir o descontrole da pressão apenas à natureza emocional do indivíduo seria novamente uma explicação reducionista. Uma das principais fontes de alguns estados emocionais, como raiva, ansiedade e irritação parece ser a interação com outras pessoas, uma vez que se observa uma alta incidência de respostas relacionadas a problemas em casa e contrariedade. Os autores observaram que os pacientes apresentam um sistema de crenças distorcido em relação à doença hipertensiva, associado a um conhecimento parcial sobre diversos aspectos da hipertensão. Tais crenças e conhecimentos parecem gerar práticas de controle da doença também distorcidas. Considerando que todos os pacientes já tenham recebido algum tipo de orientação sobre a enfermidade em questão, seria importante uma mudança nas formas de orientação dos pacientes.

Péres et al. (2003) explicam a influência direta dos esquemas de crenças sobre a forma como os hipertensos enfrentam a doença e o seu tratamento. Os estudos revelaram desconhecimento por parte dos pacientes acerca da etiologia da hipertensão arterial, além da atribuição das causas da doença aos aspectos emocionais. Existem outros estudos que focaram a influência das crenças sobre o comportamento de enfrentamento de pacientes frente a doenças. Um deles foi Minayo (1988), que em um estudo sobre a concepção popular da etiologia das doenças identificou a crença de que muitas doenças físicas são originadas de problemas emocionais.

Santos et al. (2003) verificaram a existência da influência cognitiva também em crianças. Em seus estudos identificaram que o estado emocional desfavorável associa-se com hipertensão essencial infantil, e que os conflitos e

impulsos hostis estão mais presentes no histórico destes hipertensos. Há antecedentes de trauma, como a separação de pais, pais agressivos, impaciência, imediatismo nas decisões, raiva e hostilidade.

Não é possível deixar de mencionar a influência também do stress sobre a hipertensão. Castro e Scatena (2004) ressaltam que estudos sobre stress crônico permitem levantar a hipótese de que ele contribui, de forma negativa, para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão, levando ao aumento da pressão arterial e a complicações cardiovasculares. Logo, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial (HA) facilita o tratamento. Na interação social, o ser humano conta com fatores estressores que podem desencadear doenças, sendo uma delas a hipertensão arterial. Nas diversas relações que o indivíduo faz na sociedade, pode deparar com problemas de ordem psicológica, social, familiar ou econômica, problemas físicos, estéticos ou funcionais, valorização que as pessoas atribuem aos contatos sociais, tipos de lazer, que também podem funcionar como fatores estressantes, tipo de profissão que exerce, característica inerente à pessoa e a seu convívio social.

O meio oferece oportunidades diversas ao ser humano e dependerá dele avaliar as situações, elaborá-las e direcioná-las em prol de seu crescimento e desenvolvimento dentro de seu contexto de vida. As reações emocionais frente ao stress podem variar de alegria ou raiva, desânimo, depressão ou ansiedade. O importante é como o indivíduo lida com a situação que lhe é apresentada ou imaginada, contudo, a habilidade e capacidade de enfrentar o stress dependem da forma como o indivíduo foi criado e como ele aprendeu a trabalhar com o stress no decorrer de sua vida.

Várias são as situações do cotidiano provocadoras de stress. As emoções, quando inadequadamente expressadas, como a raiva, podem favorecer a crise hipertensiva em determinados pacientes com predisposição genética.

Existem amplos estudos que abordam as relações entre o stress e mães e filhos, stress e doenças psicossomáticas como a hipertensão, stress e raiva, e a importância da relação mãe e filho no processo de desenvolvimento cognitivo e emocional. No entanto, não foi encontrado na literatura qualquer

estudo que abrangesse a possibilidade de relação entre o stress e a raiva das mães hipertensas sobre o stress de seus filhos. Essa foi, portanto, a pretensão deste estudo.

OBJETIVOS

A proposta deste estudo foi investigar a possível influência do stress e da de raiva das mães no stress dos filhos em função do nível de pressão arterial das mães.

Os objetivos específicos foram:

- . Avaliar o nível de stress das crianças;
- . Avaliar os níveis de stress e raiva das mães;
- . Verificar uma possível associação entre stress de mães e de filhos.
- . Verificar uma possível associação entre o nível de raiva das mães e o stress dos filhos.
- . Comparar a prevalência de stress nos gêneros dos filhos;

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 2 grupos formados por mães e seus respectivos filhos. Todos os sujeitos, totalizando quarenta, eram voluntários, e não houve restrição quanto ao sexo para os filhos.

O primeiro grupo foi composto 10 mães hipertensas e o mais velho de seus filhos, caso houvesse mais de uma criança na faixa etária entre 6 e 10 anos. Já o segundo grupo foi formado por 10 mães normotensas, juntamente com o mais velho de seus filhos, caso houvesse mais de uma criança na faixa etária entre 6 e 10 anos.

O critério de inclusão nesta amostra no que se refere às mães, foi ter mais de dezoito anos, para um dos grupos, ser normotensa e a comprovação diagnóstica do quadro hipertensivo pela equipe médica para as mães do outro grupo. No que tange às crianças, o critério de inclusão era a faixa etária entre os 6 e os 10 anos e ser o filho primogênito no caso de haverem irmãos na mesma faixa etária.

Material

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A):**

Documento contendo explicações sobre os objetivos da pesquisa e a assinatura do paciente caso aceitasse participar. Esse Termo de Consentimento foi elaborado de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do CNS e pelo Conselho Federal de Psicologia de dezembro de 2000.

- **Ficha de Identificação (Anexo B):**

Questionário que visou levantar a idade, sexo, histórico de hipertensão pessoal e familiar da mãe e verificar os dados pessoais das crianças.

- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL):**

Instrumento utilizado para identificar o nível e fase do stress atual das mães, desenvolvido e validado por LIPP (2000).

O ISSL apresenta um modelo quadrifásico do stress, baseado, inicialmente, no modelo trifásico de Selye (1936). Embora tenha identificado três fases, (alerta, resistência e exaustão), no decorrer da avaliação do presente instrumento, Lipp identificou uma nova fase, à qual deu o nome de "quase-exaustão" (2000). O ISSL apresenta três quadros que contêm sintomas físicos e psicológicos de cada fase do stress. O Quadro 1, com sintomas relativos à 1ª fase do stress, o Quadro 2, com sintomas da 2ª e 3ª fases, e o Quadro 3, com sintomas da 4ª fase do stress. O número de sintomas físicos é maior do que os psicológicos e varia de fase para fase. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática, e 19, de natureza psicológica, por isto, sua correção é realizada por tabelas que contemplam essa diferença.

- **Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI):**

Instrumento elaborado por Spielberger et al. (1985), e traduzido e validado por Biaggio (1992) para o Brasil. Este inventário possibilita identificar o estilo de expressão da raiva do respondente.

O STAXI compõe-se de oito subescalas que medem estado, traço, temperamento, reação, raiva para dentro, raiva para fora, controle da raiva e expressão de raiva. A conceituação de cada uma, bem como as características das pessoas que obtêm escores altos em cada uma dessas escalas, consta do Manual (Spielberger & Biaggio, 1992). Resumidamente pode-se definir cada uma delas da seguinte forma:

- *Estado*: estado transitório de raiva, no momento de aplicação do teste;
- *Traço*: traço estável de raiva crônica;
- *Temperamento*: subescala da escala de traço, indicando tendência crônica a sentir raiva;
- *Reação*: – subescala de traço, indicando tendência a reagir com raiva em situações de ameaça ao ego e à auto-estima;

As quatro escalas seguintes indicam a direção da raiva:

- *Raiva para fora*: – tendência a agredir outros ou o ambiente;
- *Raiva para dentro*: tendência inconsciente a culpar-se a si próprio, podendo levar à depressão;
- *Controle da raiva*: tendência consciente a controlar a raiva, suprimi-la;
- *Expressão*: medida global de raiva, levando em conta as três escalas anteriores;

Os coeficientes de fidedignidade obtidos estão todos relatados no Manual

- **Escala de Stress Infantil (ESI):**

Instrumento desenvolvido por Lipp e Lucarelli (1998) que visa diagnosticar o stress, e o tipo de reação de stress em crianças entre 6 e 14 anos.

A Escala de Stress Infantil, designada pela sigla ESI, tem como objetivo avaliar o stress da criança através de reações físicas e psicológicas que ela

pode experimentar quando se encontra com estresse. A escala é composta de 35 itens relacionados às seguintes reações de stress: físicas (itens 2;6;12;15;17;19;21;24 e 34), psicológicas(itens 4;5;7;8;10;11;26;30e31), psicológicas com componente depressivo (itens13;14;20;22;25;28;29;32e35) e psicofisiológicas (itens1;3;9;16;18;23;27e33). A escala possibilita verificar a existência ou não de stress em crianças entre 6 e 14 anos, além de determinar tipo de reação mais freqüente na criança, o que facilitará o controle adequado do stress.

Local

As sessões com as crianças e suas mães foram realizadas em unidades básicas de saúde da cidade de Campinas em uma sala separada, adequadamente equipada com mesa, cadeiras e os instrumentos de avaliação.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas pré – agendadas e semi-estruturadas com cada um dos participantes. Os participantes eram encaminhados pela equipe de triagem das unidades básicas de saúde, quando eram convidados a participar deste estudo. Quando do aceite por parte da participante, a entrevista era agendada.

A entrevista com cada uma das mães, foi composta pela explicação dos procedimentos, entrega e assinatura do Termo de Consentimento e preenchimento da Ficha de Identificação, para então serem submetidas à aplicação de instrumentos específicos para identificação do nível de stress e

raiva. Em seguida da entrevista com a mãe, então seu respectivo filho respondia ao ESI em entrevista individual.

Uma vez feitas as aplicações dos testes, esses eram corrigidos e as mães recebiam, individualmente, orientações acerca dos conceitos básicos do stress e seu manejo, e este foi o benefício que tanto as mães quanto seus filhos tiveram em participar como voluntários.

MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de freqüência das variáveis categóricas (sexo, ...), com valores de freqüência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (escores das escalas), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário, o Teste Exato de Fisher (presença de valores esperados menores que 5).

Para comparar as variáveis numéricas entre os dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição Normal. Para analisar a relação entre variáveis numéricas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Para análise estatística foi utilizado o programa computacional SAS for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3.

Inicialmente são apresentados os dados sociodemográficos da amostra; em seguida é feita a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e da Escala de Fontes de Stress, através de gráficos; por fim são descritos os dados qualitativos do trabalho.

RESULTADOS

Dados Sócio Demográficos

Faixa Etária das Mães

A distribuição da amostra por faixa etária está apresentada na Tabela 1. A maior representatividade é a da faixa etária de acima de 30 anos. A média de idade foi de 33 anos, sendo que a idade mais baixa foi de 20 e a mais alta de 45 anos.

Tabela 1. Descrição da faixa etária da amostra das mães.

<i>Idade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<30	9	45
>=30	11	55

Média de idade: 32,70

Faixa Etária dos Filhos

A distribuição da amostra por faixa etária está apresentada na Tabela 2. A maior representatividade foi de 6 e 8 anos. A média de idade foi de 8 anos, como demonstra a seguir na Tabela 2:

Tabela 2. Descrição da faixa etária da amostra dos filhos.

<i>Idade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
6	5	25
7	3	15
8	5	25
9	3	15
10	4	20

Média de idade: 8

Escolaridade das Mães

Como pode ser observado na Tabela 3, a maior parte das participantes possuía o 1º grau incompleto (55%), enquanto 30% da amostra possuía o 2º grau completo, 10% o 3º grau incompleto, e apenas 5% da amostra possuía o 3º grau completo.

Tabela 3. Descrição da escolaridade das mães.

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
1o. Grau Incompleto	11	55
2o. Grau Completo	6	30
3o. Grau Incompleto	2	10
3o. Grau Completo	1	5

Escolaridade dos Filhos

O detalhamento da escolaridade da amostra infantil é apresentado na Tabela 4, na qual pode ser verificado que a maioria (30%) das crianças cursava a 1ª série do ensino fundamental, seguidos pelos estudantes da 4ª série em 25%, da 2ª série em 20%, em 10% do pré primário e da 3ª série simultaneamente, e por último 5% da 5ª série.

Tabela 4. Descrição da escolaridade dos filhos.

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
1º. Ano	2	10
2º. Ano	6	30
3º. Ano	4	20
4º. Ano	2	10
5º. Ano	5	25
6º. Ano	1	5

Sexo

A amostra infantil apresentou uma semelhança no que se refere ao sexo das crianças. Ou seja, esta amostra foi composta por 11 meninos (55%) e nove meninas (45%).

Stress das Mães

O ISSL utilizado permitiu identificar os sintomas apresentados pelas participantes e avaliar se elas tinham ou não o diagnóstico de stress, o tipo de sintoma predominante (físico ou psicológico) e a fase do stress na qual elas se encontravam.

Nesta amostra, de acordo com os resultados do ISSL, 25% (5) das mães não apresentaram stress, enquanto 75% (15) encontravam-se estressadas. Dentre as participantes estressadas, 53,3% (8) possuem idade abaixo de 30 anos, 60% (9) dessas mães possuem o primeiro grau incompleto, e 60% (9) delas possuem filhos do sexo masculino como participante deste estudo.

O grupo de participantes que não apresentou o diagnóstico de stress se caracterizou por apresentar a faixa etária acima de 30 anos em 80% (4), com escolaridade em 60% (3) igual ou superior ao segundo grau completo, e 60% (3) delas possuem filhos do sexo feminino como respondente deste estudo.

Fase do stress

Quanto às fases do stress, a Tabela 5 expõe as respectivas percentagens das participantes, na qual é possível constatar que a maior parte das mães encontrava-se na fase de resistência do stress (55%), enquanto 25% delas não apresentavam stress, e 20% encontravam-se na fase de quase-exaustão. Vale ressaltar que nenhuma das mães encontrava-se na fase de alerta ou de exaustão do stress.

Tabela 5. Fase do stress em Mães Normotensas e Hipertensas

<i>Frequência / Fases do Stress</i>	<i>Normotensas</i>	<i>Hipertensas</i>	<i>Total</i>
Sem Stress	2	3	5
Resistência	6	5	11
Quase-Exaustão	2	2	4
Total	10	10	20

Predominância de sintomas

O teste utilizado permitiu avaliar o tipo de sintomas de *stress* mais freqüente na amostra. Como pode ser visto na Figura 1, a maior parte das mães apresentavam sintomas psicológicos (45%), seguidos dos sintomas físicos (30%), e físicos e psicológicos (10%).

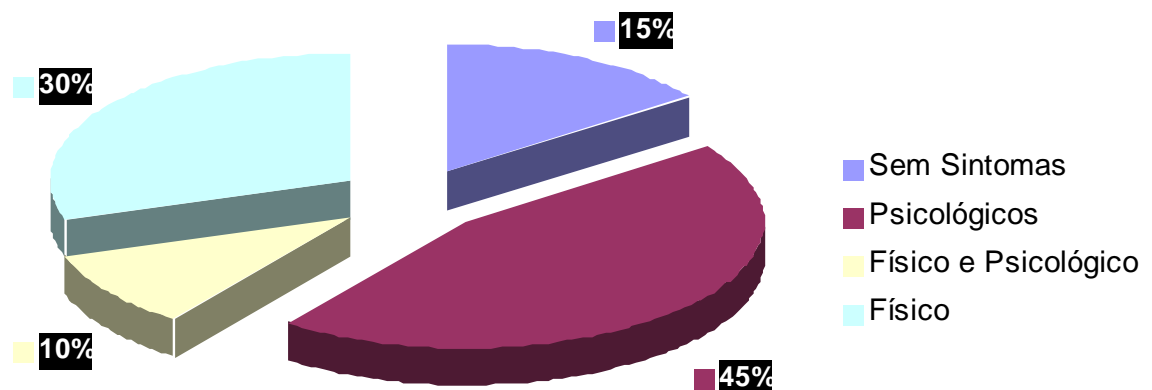


Figura 1: Predominância de tipo de sintomas na amostra.

Filhos

A ESI utilizado permitiu avaliar se as crianças apresentavam ou não o diagnóstico de stress. De acordo com os resultados, 60% das crianças se encontravam estressadas.

Dentre as crianças estressadas, verificou-se que 55,5% (5) delas era do sexo feminino, 50% (4) delas encontrava-se cursando entre o 3º e 5º anos, cujas mães apresentavam como escolaridade o primeiro grau incompleto em 63,6% (7) e encontravam-se com a faixa etária acima de 30 anos em 45,5% (5).

Já aquelas que não apresentaram stress compõe-se de 72,7% (8) de meninos, estudantes concentrados em 66,6% (8) entre a pré-escola e o 2º ano do ensino fundamental, cujas mães em 66,7% (6) possuem menos do que 30 anos, e 88,89% (8) delas possuem escolaridade superior ao 1º grau.

Na Figura 2 são ilustrados os resultados obtidos acerca da relação entre a escolaridade materna e o quadro de stress infantil desta amostra que, através do Teste Exato de Fischer, obteve grau de significância $p= 0,028$. Como pode ser percebido o stress dos filhos estava associado a escolaridade materna.

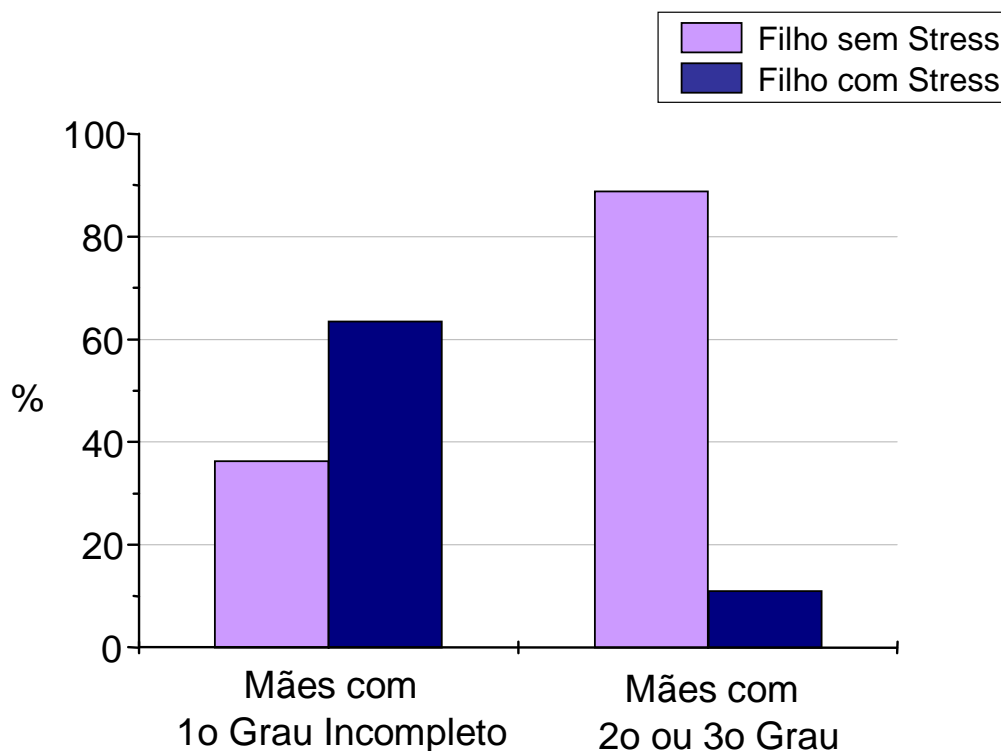


Figura 2: Relação da Escolaridade da Mãe e o Stress do Filho

Raiva

A STAXI foi utilizada e permitiu identificar as características da expressão, estado, temperamento, traço e controle de raiva das mães. Para uma melhor compreensão dos dados obtidos através da aplicação desse

inventário, os resultados estão apresentados na Figura 3. Pode-se verificar que esta amostra caracterizou-se por índices acima da média no que se refere a raiva para dentro, traço e reação de raiva; ao passo que apresentou concentração de raiva para fora e estado de raiva abaixo da média. Estes dados indicaram que a amostra, apesar de discriminar a raiva, tende não demonstrá-la.

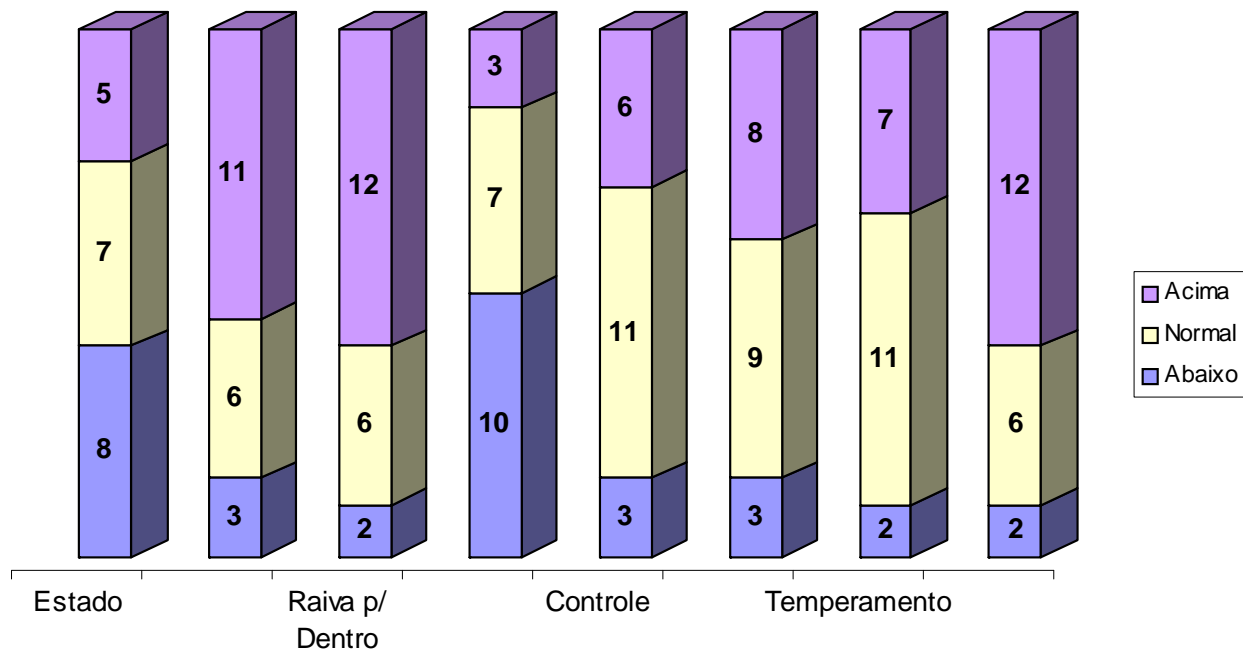


Figura 3: Resultados do STAXI na amostra.

A associação entre o estado de raiva e o stress materno não atingiu nível de significância, porém, como mostra a Tabela 6 todas as mães que apresentaram estado de raiva acima da média apresentaram também stress.

Tabela 6. *Relação do Stress Materno e Estado de Raiva*

<i>Nível de Raiva</i>	<i>Sem Stress</i>	<i>Com Stress</i>
<i>Abaixo</i>	4	4
<i>Normal</i>	1	6
<i>Acima</i>	0	5

P= 0,148

Ainda, os dados coletados apontam que aquelas mães cujos índices de estado de raiva encontravam-se acima da média, possuíam filhos estressados, como ilustra a Figura 4:

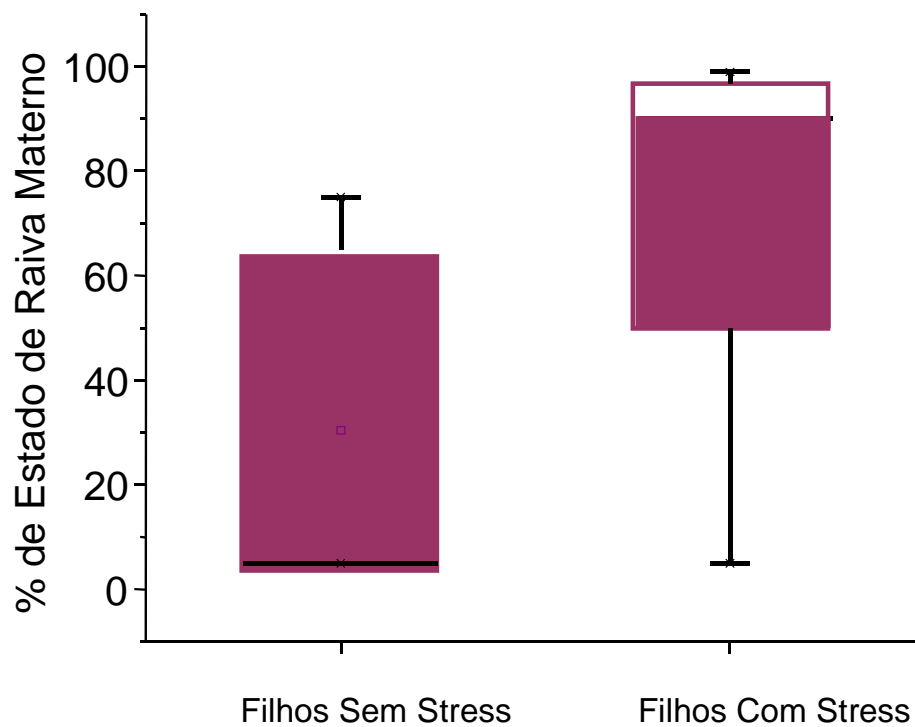


Figura 4: Estado de Raiva das Mães e o Stress dos Filhos

A relação entre o stress materno e o traço de raiva quase atingiu grau de significância, como mostra a Tabela 7. ($p= 0,098$). A partir destes resultados, pode-se identificar que as mães estressadas apresentaram maiores índices de estado e traço de raiva.

Tabela 7. Relação do Stress Materno e Traço de Raiva

<i>Nível de Raiva</i>	<i>Sem Stress</i>	<i>Com Stress</i>
<i>Abaixo</i>	1	1
<i>Normal</i>	3	3
<i>Acima</i>	1	11

$P= 0,098$

No que se refere relação da raiva e o stress dos filhos, verificou-se diferença significativa para as seguintes variáveis categóricas: porcentagem de estado de raiva e raiva para dentro.

Na Tabela 8 é possível verificar associação entre a maior frequência do stress das crianças com a frequência acima da média do estado de raiva das mães.

Tabela 8. Relação do Stress dos Filhos e Estado de Raiva

<i>Nível de Raiva</i>	<i>Filhos Sem Stress</i>	<i>Filhos Com Stress</i>
<i>Abaixo</i>	7	1
<i>Normal</i>	5	2
<i>Acima</i>	0	5

$P= 0,004$

De acordo com esses dados, quando as mães apresentavam estado de raiva abaixo da média, 87,5% das crianças não apresentavam stress. Quando as mães apresentavam estado de raiva dentro da média, 71,43% das crianças não apresentavam stress. No entanto, quando as mães apresentavam estado de raiva acima da média, 100% das crianças encontravam-se estressadas.

Tabela 9. *Relação do Stress dos Filhos e Raiva para Dentro*

<i>Nível de Raiva</i>	<i>Filhos Sem Stress</i>	<i>Filhos Com Stress</i>
<i>Abaixo</i>	1	1
<i>Normal</i>	6	0
<i>Acima</i>	5	7

$P= 0,049$

No que tange a associação entre o stress infantil e a raiva para dentro das mães, a amostra estudada se configurou da seguinte forma: quando da raiva para dentro abaixo da média, a criança em 50% dos casos apresentou stress. A Tabela 9 demonstra que quando da raiva para dentro na média, em 100% dos casos a criança não apresentou stress e, quando acima da média, então em 58,3% dos casos a criança apresentou stress.

Quanto às variáveis numéricas demonstradas na Tabela 10, destacam-se os resultados referentes aos filhos com stress cujas mães apresentavam estado de raiva e raiva para fora. A partir desses, foi identificado que as mães com maiores percentagens nestas duas variáveis tinham filhos com stress.

Tabela 10. Comparação das variáveis categóricas com stress infantil.

Variável	Filhos Sem Stress						Filhos Com Stress						Valor p*
	N	Média	D.P.	Mín.	Mediana	Máx.	N	Média	D.P.	Mín.	Mediana	Máx.	
<i>Idade Mãe</i>	12	31,58	6,07	25	29,5	45	8	34,38	7,87	25	35,5	45	0,508
<i>Idade Filho</i>	12	7,75	1,71	06	08	10	8	8,13	1,13	07	08	10	0,554
<i>ISSL Total</i>	12	5,58	3,50	00	06	12	8	8,25	5,12	00	10	14	0,175
<i>ISSL Porc</i>	12	21,33	15,10	00	25	42	8	48	35,9	00	58,5	92	0,111
<i>Total Sintomas</i>	12	14	5,88	03	14,50	25	8	23,88	14,53	03	28,5	45	0,104
<i>Estado Raiva</i>	12	3,42	32,01	05	05	75	8	71,53	33,56	05	90	99	0,015
<i>Traço Raiva</i>	12	67,08	22,91	20,0 0	75,0	95	8	79,0	31,62	15,0 0	95,00	99	0,081
<i>Temperamento</i>	12	58,75	18,60	30,0 0	57,50	90	8	66,63	41,86	10,0 0	95,00	99,0 0	0,312
<i>Reação</i>	12	66,92	31,90	5,00	77,50	99	8	77,88	29,79	10,0 0	90,00	99,0 0	0,331
<i>Raiva para Dentro</i>	12	62,33	33,07	5,00	55,00	99	8	85,75	32,69	5,00	97,00	99,0 0	0,081
<i>Raiva para Fora</i>	12	22,50	23,31	0,00	12,50	70	8	51,88	35,04	5,00	62,50	90,0 0	0,047
<i>Controle</i>	12	54,92	28,86	5,00	55,00	99	8	64,88	32,58	10,0 0	67,50	99,0 0	0,510
<i>Expressão</i>	12	56,08	34,88	15,0 0	52,50	99	8	62,75	32,46	25,0 0	57,50	99,0 0	0,483

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre stress infantil (N vs S).

No que tange a associação das variáveis numéricas maternas e infantis, não foi identificada associação significativa entre a pressão arterial, stress da mãe, raiva da mãe e stress dos filhos. No entanto o Anexo D aponta: a associação em mães normotensas entre as reações físicas de stress da mãe e o traço de raiva, e as reações psicológicas do stress dos filhos e o estado de

raiva; e a associação em mães hipertensas, entre as reações psicofisiológicas do stress dos filhos e a raiva para fora das mães.

Estas associações são ilustradas nas Figuras 5, 6 e 7 que seguem. Primeiramente, a Figura 5 demonstra que quanto maior o stress da mãe, mais freqüentes foram as reações físicas de stress dos filhos.

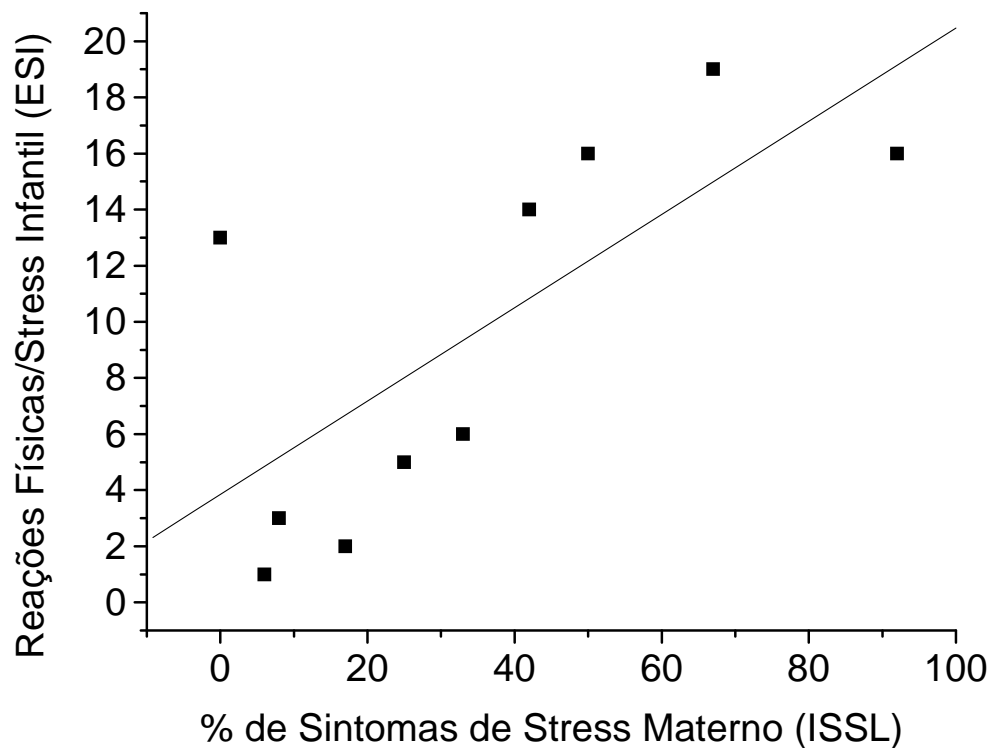


Figura 5: Reações Físicas de Stress dos Filhos e Sintomas de Stress em Mães Normotensas

De acordo com a demonstração realizada na Figura 6, conclui-se que existe uma associação entre as reações físicas do stress infantil e o traço de raiva da mãe.

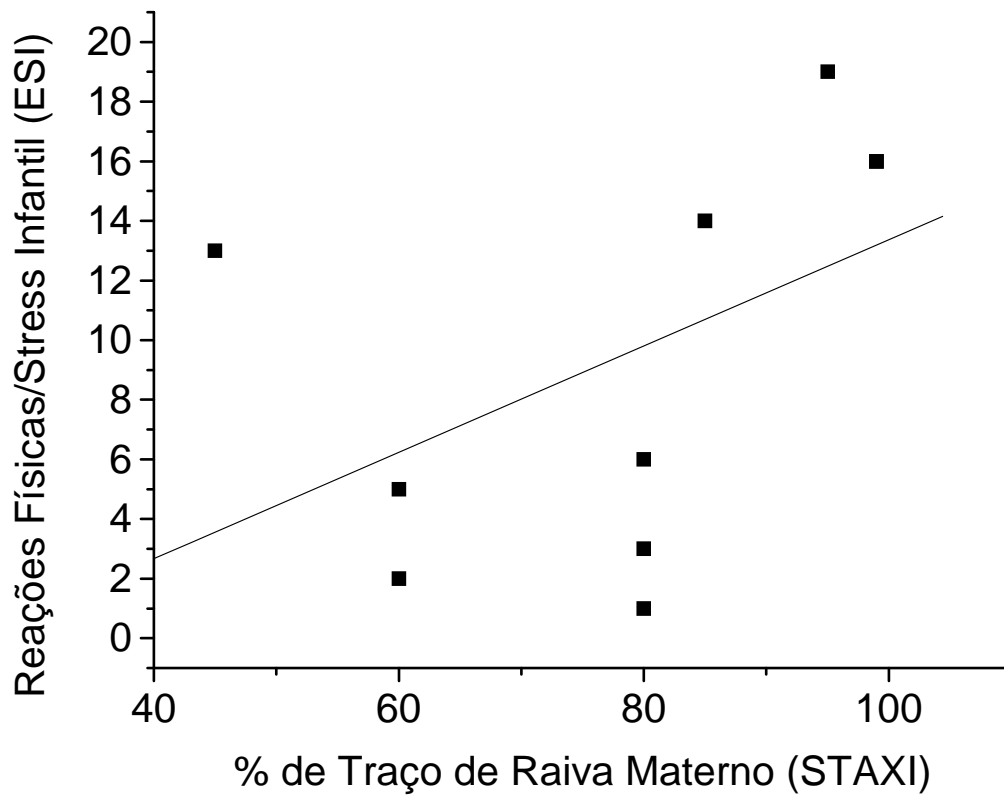


Figura 6: Reações Físicas de Stress dos Filhos e Traço de Raiva em Mães Normotensas

A Figura 7 ilustra a associação entre as reações do stress dos filhos e a raiva para fora: quanto mais freqüentes foram as reações físicas, maiores foram as freqüências de raiva para fora.

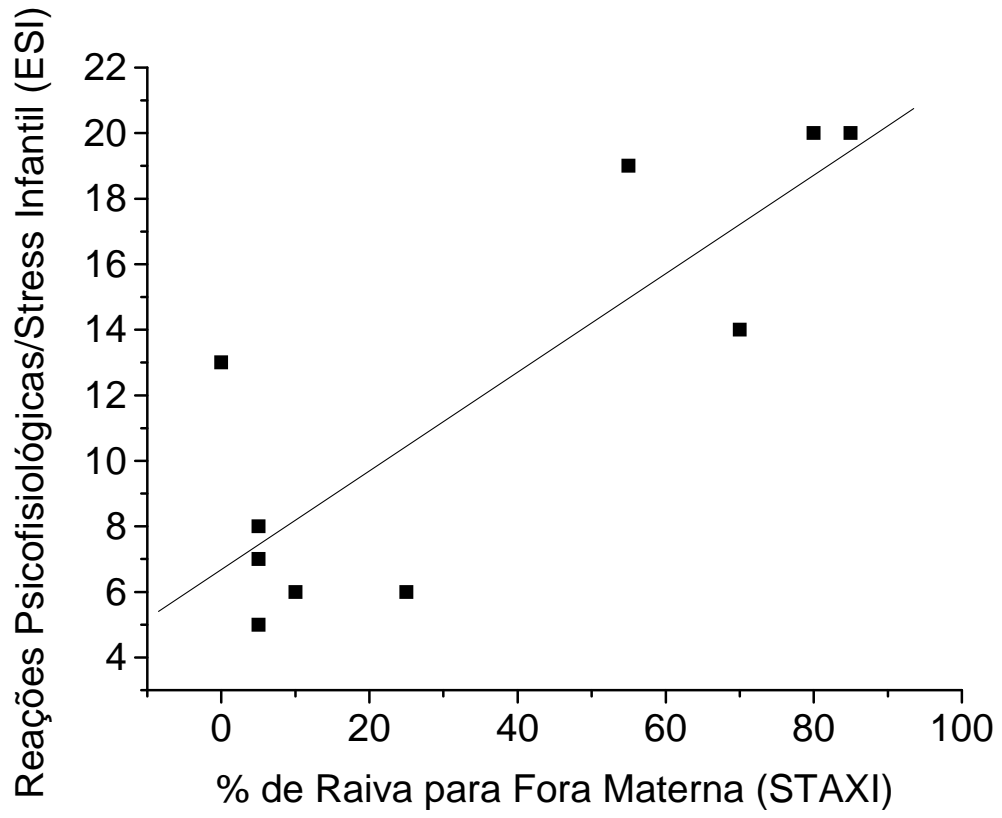


Figura 7: Reações Psicofisiológicas de Stress dos Filhos e Raiva para Fora em Mães Hipertensas

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu avaliar a possível influência do stress e da raiva das mães no stress dos filhos em função do nível de pressão arterial das mães.

A amostra foi composta por 20 mães e o primogênito de seus respectivos filhos, caso houvessem mais de um filho dentro da faixa etária de 6 a 10 anos. Todos foram entrevistados em centros de saúde da cidade de Campinas.

A partir dos resultados da coleta de dados, foi possível confirmar alguns apontamentos realizados em outros estudos da atualidade, mas também ocorreram dados discrepantes com a literatura atual.

Como bem pontuou Chaves e Cade (2004), as emoções específicas, hiper-reatividade cardiovascular e sua relação causal com a hipertensão arterial têm sido motivo de muitas pesquisas. Episódios pressores repetidos, advindos das relações interpessoais estressantes, têm mostrado relação com o aceleração da hipertensão (Schwartz, Gerin, Davidson, Pickerin, Brosschot, Thayer, Christenfeld & Liden, 2003; Lovallo & Gerin, 2003; Lipp, Frare & Santos, 2007; Sofhauser, 2003), quando promovem descargas no sistema nervoso central de forma repetida e acumulada em pessoas geneticamente predisponentes. Como conseqüência dessas pressões elevadas, pode ocorrer, com o tempo e a freqüência dos estímulos, espessamento da camada muscular do vaso e essa hipertrofia vascular torna o vaso hiper-responsivo, com elevação da pressão arterial (Julius, Amerena, Smith & Petrin, 1995). No entanto, apesar de muitas pesquisas demonstrarem o quanto a pressão arterial é suscetível ao stress e a expressão inadequada de raiva, a amostra do vigente estudo não apresentou dados significativos para estas relações, especialmente no que se refere ao conceito denominado “expressão de raiva”. Uma das hipóteses que se pode levantar é que o número restrito de participantes (10 mães normotensas e 10 hipertensas) não tivesse permitido que a associação se evidenciasse.

O nível e a variabilidade da pressão arterial (PA) sofrem importantes influências genéticas individuais em associação com fatores ambientais. De acordo com Rocha, Porto, Morelli, Maestá, Waib e Burini (2002), a

predisposição genética está relacionada a maiores incrementos da PA quando tais indivíduos são submetidos a stress. Margis et al. (2003) salientam que o tipo de resposta ao stress de cada indivíduo depende, não somente da magnitude e frequência do evento de vida estressor, como também da influência dos fatores ambientais e genéticos. Segundo estes autores, também as capacidades individuais de interpretar, avaliar e elaborar estratégias de enfrentamento parecem ser geneticamente influenciadas. Portanto, pode-se dizer que a resposta de enfrentamento ao evento estressor possui as facetas: cognitivo, comportamental e fisiológica e, caso a resposta ao estresse gere ativação fisiológica freqüente e duradoura ou mesmo intensa, pode ocorrer um esgotamento dos recursos do indivíduo.

No presente estudo, os resultados mostraram que existiu relação entre o stress, escolaridade e a faixa etária das mães: 60% das mães estressadas possuem o primeiro grau incompleto, e se encontram na faixa etária abaixo dos 30 anos. Estes dados remetem ao repertório limitado, no que tange a escolaridade: quanto mais desenvolvida a cognição, maior a probabilidade de a compreensão dos fatos, o que favorece a pensamentos funcionais (racionais), conforme a teoria de Ellis (1973). Isto porque, o funcionamento cognitivo determina o desenvolvimento e a manutenção das respostas emocionais (Parrot et. al, 2005).

Outro dado relevante é que a amostra das mães estressadas se concentra na fase de resistência do stress. De fato, esta concentração é provável como demonstrou Lipp (2000) nas pesquisas de validação do Inventario de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), e significa que o stress dessas mães é de grande duração ou de grande intensidade, e que alguns dos sintomas da fase de alerta, especialmente aqueles relacionados a motivação, desapareceram e os sintomas mais comuns são sensação de cansaço e desgaste.

Ainda sobre as características da amostra, no que tange o stress materno, é que mães estressadas apresentaram maiores percentagens de estado e traço de raiva. Assim, verificou-se que as mães estressadas estavam sob efeito da raiva (estado) e apresentavam tendência a ter este sentimento como traço. Este dado vem de encontro com os estudos atuais. De acordo com

Lipp et al. (2007), muitos são os estudos que abordam as relações entre variáveis psicológicas e o stress, e como apontam relações significativas entre alexitimia, estado de ansiedade, depressão, raiva e stress da vida diária. Também Spielberger e Moscoso (1996) identificaram a associação entre stress e emoção e sua relação com os construtos psicológicos de ansiedade e raiva.

A raiva é uma variável que merece bastante atenção, pois além de favorecer ao stress e a hipertensão, de acordo com o DSM-IV, está também presente nos diagnósticos de Eixo I (depressão maior, stress pós-traumático, transtorno explosivo intermitente, e alguns tipos de esquizofrenia) e de Eixo II (paranóia, transtorno de personalidade borderline, anti-social, narcisista), e pode afetar negativamente no funcionamento social do indivíduo, especialmente para responder aos estressores diários (Parrot et al., 2003). Ainda, sabe-se que o traço de raiva indica a predisposição do indivíduo a experienciar raiva mais frequente e intensamente. Segundo Berkowitz (1993), uma pessoa com traço de raiva elevado está sempre pronta para detectar a agressão, as ameaças e perigos que estão em sua volta: são altamente reativas. Logo, neste estudo, uma vez identificada a relação significativa entre o stress das mães e a raiva enquanto traço e estado, é possível levantar as hipóteses de que também se relacione com o stress do filho.

De acordo com os resultados, o stress dos filhos relacionou-se com a escolaridade das mães, com o estado e temperamento de raiva, com a raiva para dentro e para fora. Vale detalhar cada um desses resultados.

No que tange aos dados referentes a raiva, foi observada maior frequência de stress em filhos de mães com maior nível de estado e temperamento de raiva. É provável que, para estas crianças, estas facetas da raiva sejam estressores, pois exigem delas uma constante adaptação e também reações ao comportamento materno. Conforme os pressupostos teóricos de Ellis e Dryden (1987), o estado e o temperamento de raiva da mãe é um evento ativado que, através da mediação cognitiva da criança se tornou ativador, e exigiu adaptação a ponto de gerar stress nos filhos. Não se pode descartar as consequências deste stress. Muitas crianças apresentam problemas em seu desenvolvimento, tanto relacionados à conduta como a um desequilíbrio emocional. Tais problemas ocorrem por enfrentamento de

eventos estressantes e de risco no seu dia-a-dia. Algumas crianças superam habilmente as dificuldades de conviver em um ambiente hostil, e chegam até a atingir os padrões esperados de habilidades sociais (Poletto, Wagner & Koller, 2004), mas esta não é uma regra. Em se tratando de desenvolvimento infantil, há de se mencionar a importância do modelo de padrão comportamental para a criança, e em especial quando são consideradas variáveis como o stress e a raiva. Para tal, uma citação de Albert Ellis (1976) se aplica:

“O conceito que temos de nós e dos outros, originalmente obtivemos ou aprendemos dos pais ou de pessoas que exerceram influências sobre nós nos primeiros anos de nossa vida. (...) esses conceitos possuem uma importância considerável, e, de fato, há uma tendência em transformá-los em modelos para nossas atitudes e comportamentos futuros.” (p.55)

Seguindo a mesma linha de pensamento, no presente estudo as mães cujos filhos tinham stress apresentaram maiores porcentagens de raiva para dentro e de raiva para fora. Tal dado remete ao estressor potencial que é a expressão e reação de raiva para um relacionamento. Em se tratando de agressividade no relacionamento mãe e criança, Cia, F.; Pereira, C.S.; Del Prette, Z. e Del Prette, A. (2007) evidenciaram, ao pesquisar as habilidades sociais das mães na relação com seus filhos, a necessidade da mãe apresentar um comportamento assertivo nos cuidados gerais com o filho, monitorando o próprio comportamento passivo ou agressivo que poderia levá-la, respectivamente, a práticas educativas ineficientes, como a negligência e a coerção. Segundo eles, ainda que os filhos respondam agressivamente, o que geralmente caracteriza uma interação difícil entre mãe e criança, o autocontrole da agressividade parece ser essencial para evitar o fornecimento de modelos agressivos. Em situação de cuidados com os filhos (como controle da higiene, círculo de amizades, horário de se recolher), é comum o relato dos pais de que eles desrespeitam as regras e orientações, gerando sentimentos de raiva e exigindo revisão de "combinados" e acordos para estabelecer limites e disciplina (Del Prette, Z. & Del Prette, A., 2005). Esse resultado sugere também a combinação entre a habilidade de autocontrole da agressividade, a de identificar sentimentos e a de gerar reciprocidade de sentimentos positivos (Del Prette, Z. & Del Prette, A., no prelo), que pode facilitar modelos positivos ao

filho. Del Prette, Z. e Del Prette, A. (2005) discutem a importância dos pais promoverem as habilidades de autocontrole e expressividade emocional nos filhos, ensinando-os a reconhecer, falar e expressar emoções e sentimentos, a lidar e controlar os próprios sentimentos e a tolerar as frustrações. Segundo os mesmos autores, o controle da impulsividade é fundamental para o processo de solução de problemas e tomada de decisão. Del Prette, Z. e Del Prette, A. (2005) reforçam que a promoção da assertividade dos filhos não deve ser inibida devido a temores dos pais sobre a perda de autoridade que poderia levá-los a não investir no ensino da assertividade desde a infância.

Estudos como o realizado por Enumo, Ferrão e Ribeiro (2006) apontam que as relações entre emoções e saúde de alunos com e sem dificuldade de aprendizagem. Segundo estes autores, existem eventos do contexto escolar e familiar que dificultam o desempenho acadêmico e favorecem a ansiedade, depressão, stress, doenças físicas, queixas somáticas, faltas escolares, peso e altura. Cia et al. (2007) evidenciaram também que o envolvimento das mães na educação dos filhos torna-se mais importante diante das demandas específicas da fase de transição - em que as crianças desta amostra se encontram (início do ensino fundamental). Nessa fase, o desempenho acadêmico, o ajustamento no ambiente escolar, o relacionamento com os companheiros e a adesão às regras de comportamento moral e o comportamento socialmente habilidoso constituem as principais tarefas de desenvolvimento e requerem muitas e diversificadas habilidades da criança, sendo fundamental a assistência dos pais nesse processo (Del Prette, Z. & Del Prette, A., 2005). Quando os pais não possuem um repertório adequado de habilidades sociais, a convivência familiar pode ser fonte de infelicidade para todos os seus integrantes e capaz de gerar problemas de adaptação social nas crianças (Del Prette, Z & Del Prette, A., 2005) A relação entre os escores fatoriais do IHS-Del-Prette e as medidas de envolvimento mostra que uma ampla diversidade de habilidades sociais está na base desse envolvimento efetivo das mães com seus filhos.

No que se refere a escolaridade, obteve-se maior frequência de stress em filhos de mães com menor escolaridade. Cabe aqui retomar os comentários realizados em relação a escolaridade e o stress da mãe, baseados na Teoria Racional Emotiva de Ellis: a maneira como pensamos configura a maneira

como sentimos e reagimos ao meio que nos cerca. A instrução faz parte do desenvolvimento do repertório cognitivo e talvez influencie a conduta de algumas mães de cuidarem e interagirem com seus filhos: talvez quanto mais instruída, mais noções tenham das conseqüências de seus atos e mais informação para cuidarem de seus filhos, a priori.

O vigente estudo buscou verificar a associação entre as variáveis de stress e raiva maternos sobre o stress dos filhos em função da pressão arterial das mães. Este foi o recorte proposto dentro dos estudos acerca das influências do comportamento materno sobre o comportamento infantil. Frente os resultados obtidos, foi possível verificar a associação entre as variáveis, exceto no que tange a pressão arterial materna. Quanto a esta variável, não é possível isentar a afirmativa de que a pressão arterial é suscetível ao stress e a expressão inadequada de raiva, pois a restrição numérica da amostra (10 mães normotensas e 10 hipertensas) pode não ter favorecido essa manifestação. Para tanto estudos com amostras mais amplas são sugeridos a fim de verificar esta associação. Por outro lado, neste estudo foi confirmada a hipótese de que o stress infantil é suscetível ao stress e escolaridade maternos, bem como a alguns aspectos da raiva (traço, temperamento, reação, raiva para dentro e raiva para fora) .

CONCLUSÃO

O presente estudo tentou trazer contribuições para o campo da Psicologia ao estudar a possível influência do stress e da raiva das mães no stress dos filhos em função do nível de pressão arterial das mães.

Os resultados obtidos, exceto aqueles referentes aos níveis de pressão arterial da mãe, demonstraram relação significativa, confirmando, assim, a literatura científica. No que tange a discrepância dos dados obtidos em relação a literatura científica acerca da relação entre a pressão arterial da mãe e as outras variáveis em questão pode ser entendida pelo número limitado de participantes do estudo. Logo, estudos com amostras mais numerosas são sugeridos a fim de verificar a associação das variáveis do stress e raiva maternos, o stress infantil em função dos níveis de pressão arterial da mãe.

A partir dos dados coletados foi possível verificar a influência do comportamento materno sobre o filho, no que tange ao stress, a expressão de raiva e o stress infantil: quanto mais hostil e estressada era a mãe, mais estressado era seu filho. Ou seja, quanto mais a mãe expressava sua raiva e seu stress, mais estressante era para seu filho.

Concluiu-se pois, frente aos resultados obtidos, que o stress da criança é suscetível ao comportamento materno, especialmente no que tange a raiva e ao stress.

REFERÊNCIAS

- Alcino, B.A. (2001). Criando stress com o pensamento. In Lipp, M.E.N.(Org.) O stress está dentro de você, 33 – 49, São Paulo: Contexto.
- Almeida A.C; Loureiro, S.R.; Voltarelli, J. C. (1998). O ajustamento psicossocial e a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO). Medicina, Ribeirão Preto, 31: 296-304.
- Altshuler, J. A., & Ruble, D.N. (1989). Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable estresse. Child Development, 60, 1337-1349.
- Bachion, M.M.; Peres, A.S.; Belisário, V.L.; Carvalho, E.C. (1998). Estresse, Ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem, v. 2, n. 1,33-39.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: children's perspectives on coping with everyday stress. Developmental Psychology, 24, 246-253.
- Berkowitz, L. (1993). Aggression: Its causes, consequences, and control. New York: McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol 3. Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bopp, D.S. (2003). Padrão De Comportamento Relacionado aos Fatores de Riscos Cardiovasculares Em Profissionais da Área da Saúde.
Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Branson, S. M., & Craig, K. D. (1988). Children's spontaneous strategies for coping with pain: a review. Canadian Journal of Behavioral Science, 20,

402-412.

- Brown, J. M., O'Keeffe, J., Sanders, S. H., & Baker, B. (1986). Developmental changes in children's cognition of stressful and painful situations. Journal of Pediatric Psychology, 11, 343-357.
- Cia, F.; Pereira, C.S.; Del Prette; Z.A.P. e Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional. Estudos de Psicologia. (Campinas) vol.24 no.1.
- Chaves EC, Cade NV. (2004).Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 12(2):162-7.
- Castro, A.P., Scatena, M.C.M. (2004). Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol.12 no.6. Ribeirão Preto.
- Curry, S. L. & Russ, S. W. (1985). Identifying coping strategies in children. Journal of Clinical Child Psychology, 14, 61-69.
- Deffenbacher, J. L.; Oetting, E. R.; Thwaites, G. A.; Lynch, R. S.; Baker, D. A.; Stark, R. S. (1996). State-trait anger theory and the utility of the Trait Anger Scale. Journal of Counseling Psychology, 43, 131-148.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação (2a.ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e Prática. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Adolescência e fatores de risco: a importância das habilidades sociais educativas. In F. J. Penna, & V. G. Haase (Orgs.), Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed.

- Dias, M. G. B. B., Vikan, A. and Gravas, S. (2000). Children trying to deal with emotions of anger and sadness. Estud. psicol. (Natal), vol.5, no.1, p.49-70.
- Eisenberg, N.; Fabes, R. A. (1992). Emotion and its regulation in early development. New Directions in Child Development, 55, 32-45, San Francisco: Jossey- Bass.
- Elkind, D. (1981). O direito de ser criança: problemas da criança apressada. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro.
- Ellis, A. (1973). Humanistic Psychology: the rational emotive approach. New York: Juliam.
- Ellis, A., Dryden, W. (1987). The practice of rational emotive therapy. Vol. 1. New York: Springer.
- Enumo, S.R.F.; Ferrão, E.S.; Ribeiro, M.P.L. (2006). Crianças com dificuldade de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco. Estudos de Psicologia. (Campinas) v.23 n.2. Campinas:SP
- Flach, F.F. (1988) Resilience: Discovering a New Strength at Times of Stress. New York: Fawcett Columbine
- Folkman, S.; Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571-579.
- Fox, N. A. (1994). The development of emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 2-3.
- Garber, J.; Dodge, K. A. (1991). The development of emotion regulation and deregulation. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnezy, N., Masten, A., Nordstrom, L. & Ferrarese, M. (1979). The nature of competence in normal and deviant children. Em M. W. Kent & J. E. Rolf. (Orgs.) Primary prevention of psychopathy: Social competence in children

- (vol. 3 pp. 49-74). University Press of New England.
- Giancola, P. (2002). The influence of trait anger on the alcohol-aggression relation in men and women. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26, 1350-1358.
- Guyton, A. C. (1992) Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Harris, P. L. (1989). Children and emotion. Oxford: Blackwell
- Harris, P.; Olthof, T.; Terwogt, M. M. (1981). Children's knowledge of emotion. Journal of Child Psychiatry and Psychology, 22, 247-261.
- Hazaleus, S. L.; Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 222-226.
- Janssen, S.A.; Spinhoven, P; Brosschot, J.F. (2001) Experimentally induced anger, cardiovascular reactivity, and pain sensitivity. Journal of Psychosomatic Research, 51: 479-485
- Jerret, M. D. (1985). Children and their pain experience. Children's Health Care, 14, 83-89.
- Julius S; Amerena J; Smith S; Petrin J. (1995).Autonomic nervous and behavioral factors in hypertension. In: Laragh JH, Brenner BNM. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press; 1995. p. 2557-68.
- Kenealy, P. (1989). Children's strategies for coping with depression. Behavioral Research and Therapy, 27, 27-34.
- Kobasa, S.C., Hilker, R & Maddi, S.R. (1979). Who stays Healthy under stress? Journal of Occupational Medicine, 21(9).
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological estresse and the coping process. New York:McGraw Hill.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York:

- Springer Publishing Co.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S (1993) From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. Annual Review of Psychology, Vol. 44.
- Labrador, F.J.; Crespo, M. (1994). Evaluación del estrés. Em Fernan-déz-Ballesteros R (Org.) Evaluación conductual hoy. Un enfo-que para el Cambio en psicología clínica y de la salud. (pp. 484-529).Ediciones pirámide S.A – Madrid.
- Liebsohn, M. T.; Oetting, E. R.; Deffenbacher, J. L. (1994). Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 3, 17-32.
- Lipp, M.E.N. (1998) Efeitos do Controle do Stress e Reatividade Cardiovascular de Adultos, Estudos de Psicologia,15 (3), 59-66
- Lipp,E. M.N.; Lucarelli, M.D.M (1998). Escala de Stress Infantil (ESI). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M.E.N.(2000). O stress da criança e suas conseqüências. Em Marilda E.N. Lipp (Org). Crianças estressadas: Sintomas, Causas e Soluções. Campinas: Ed. Papirus.
- Lipp,M.E.N.(2000) Inventario de Sintomas de Stress para Adultos.São Paulo: Casa do Psicólogo
- Lipp, M.E.N.; Malagris, L.N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. Em Bernard Rangé (Org.), Terapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria (pp.475-89). Porto Alegre: ArtMed.
- Lipp, M.E.N. (2005). Stress e o turbilhão da raiva. São Paulo: Casa do

Psicólogo.

- Lipp, M.E.N; Frare, A.; Santos, F.U.(2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. In Estudos de Psicologia Campinas. Vol. 24(2). P.161-167. Campinas.
- Lovallo,W.R.,&Gerin,W.(2003).Psychophysiological reactivity:mechanisms and pathways to cardiovascular disease.Psychosomatic Medicine,65 (1),36-45.
- Lucarelli, M. D. M.(1998). Inventário de Sintomas de Stress Infantil(ISS-I): Um estudo de validação. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCC
- Lucarelli, M.; Lipp, M. (1999). Validação do inventário de sintomas de *stress* infantil - ISS-I. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12, 71-88.
- Lucarelli, M. (2000). O diagnóstico do estresse infantil. Em Marilda, E.N. Lipp (Org.), Crianças estressadas (pp. 43-64). Campinas: Papirus.
- Maciel C.L.C.(1994) Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. Em Romano B.W. (Org.) A prática da psicologia nos hospitais. (pp. 2-38).São Paulo: Pioneira.
- Margis, R.; Picon, P. ; Cosner A., F.; Silveira, R.O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul v.25 supl.1 Porto Alegre.
- McCoy, C. L.; Masters, J. C. (1985). The development of children's strategies for the social control of emotion. Child Development, 56, 1214-1222.
- Mischel, H. N., & Mischel, W. (1983). The development of children's knowledge of self-control strategies. Child Development, 54, 603-619.
- Minayo MCS. (1988). Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Caderno de Saúde Pública, 4.363-81.
- Mondardo, A.H. (2000). O Estresse Infantil e as Condições Sócio-Familiares da Criança em Idade Escolar. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Psicologia

- Nomellini, S.; Katz, R. C. (1983). Effects of anger control training on abusive parents. Cognitive Therapy and Research, 7, 57-67.
- Oatley, K.; Jenkins, J. M. (1996). Understanding emotions. Cambridge: Blackwell.
- Organização Mundial de Saúde. (1993) Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parrott, D. J.; Zeichner, A. (2002). Effects of alcohol and trait anger on physical aggression in men. Journal of Studies in Alcohol, 63, 196–204.
- Parrott, D.J.; Zeichner, A.; Evces, M. (2005). Effect of trait anger on cognitive processing of emotional stimuli. Journal of General Psychology.
- Pelletier, K. R. (1997) Entre a mente e o corpo: estresse, emoções e saúde. Em Goleman, D. (Orgs.), Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor. (pp. 15-31). Rio de Janeiro. Campus.
- Pereira Bignotto, M.M.; Tricoli, V.A C. (2003). A influência do meio ambiente e de práticas parentais na vulnerabilidade ao stress. Em Marilda, E.N. Lipp (Org.), Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas. (pp.67-70). São Paulo S.P. Casa do Psicólogo.
- Péres, D.S., Magna, J.M., Viana, L.A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública v.37 n.5 São Paulo.
- Poletto, M.; Wagner, T.M.C.; Koller, S.H. (2004) Resiliência e Desenvolvimento Infantil de Crianças que Cuidam de Crianças: Uma Visão em Perspectiva. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol.20 n.3, pp.241-250. São Paulo.
- Rangé, B. (2001). Psicoterapias Cognitivo-comportamentais. Um Diálogo com a

- Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médica Editora.
- Reissland, N. (1983). Cognitive maturity and the experience of fear and pain in the hospital. Social Science and Medicine, 17, 1389-1395.
- Rocha, R., Porto, M., Morelli, M. Y. G., Maestá, N., Waib, P.H., Burini, R.C. (2002). Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. Rev. Saúde Pública v.36 n.5 São Paulo
- Ross, D. M.; Ross, S. A. (1984). Childhood pain: the school-aged child's viewpoint. Pain, 20, 179-191.
- Rueter M.A.; Scaramella, L; Wallace, L.E.; Conger, R.D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. Arch Gen Psychiatry, 56: 726-732.
- Resting, C. L. (1998). Personality, mood, and cognitive processing of emotional information: Three conceptual frameworks. Psychological Bulletin, 124, 165- 196.
- Saarni, C.; Crowley, M. (1990). The development of emotion regulation: effects on emotional state and expression. Em E. A. Blechman (Org.), Emotions and the family, (pp. 23-56). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Santos AAC, Zanetta, D.M.T., Cipullo, J.P., Burdmann, E.A. (2003). O diagnóstico da hipertensão arterial na criança e no adolescente. Revisão e Ensaio Pediatria;25(4):174-83.
- Schwartz.A.R.; Gerin,W.; Davidson,K.W.; Pickerin,T.G.; Brosschot,J.F; Thayer,J.F.; Christenfeld,N.; Liden,W. (2003). Toward a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. Psychosomatic Medicine, 65 (1)22-35.
- Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the origin of the self. Hillsdale: Lawrence Erlbaum

- Selye, H.(1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature. 138, 22.
- Selye H. (1986) History and Present Status of the Stress Concept. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of Stress - Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press; p.7-20.
- Senior,G. (2001) Anger, hostility linked to atrial fibrillation in men. Circulation: Journal of the American Heart Association. DALLAS
- Shapiro, A. P., Miller, R. E. (1987). Behavioral consequences of hypertension and their relationship to personality. Handbook Of Hypertension, 9. 246 – 258
- Smith, T.W. (1992) Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. Health Psychology, 11,139-150
- Sofhauser, C,D (2003) Psychosocial Antecedents of Hostility in Persons with Coronary Heart Disease. Journal of Holistic Nursing Vol. 21, No. 3, 280-300.
- Spielberger, C. D.; Johnson, E. H.; Russel, S.F.; Crane, R.J.; Jacobs, G.A.; Worden, T.J.(1985) The experience and expression of anger: construction an validation of an anger expression scale. Em M.A. Chesney & R.A. Rosenman (Eds.) Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders. (pp.5-30).New York : Hemisphere
- Spielberger,C.(1992) Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Raiva. Trad. e Adaptação de A. Biaggio. SP: Vector. Edit. Psico.Pedagógica.
- Spielberger, C.D.; Sarason, I.G. (1995). The Series. Em Stress and emotion: anxiety, anger, and curiosity. Vol. 15, Stress and Emotion. Taylor&Francis. USA.
- Spielberger, C.; Moscoso, M. (1996). Reacciones emocionales del estres: ansiedad y colera. Avances in Psicologia clinica latino-americana. Vol. 14:

59 –81.

- Spielberger, C.D. (1998) Anxiety, anger and depression according to the concept of C. D. Spielberger Source. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo);25(6):291-93.
- Sroufe, L. .A. (1996). Emotional development. Cambridge: Cambridge University Press
- Stacciarini, J. M. R. (1999). Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping na satisfação, mal-estar físico e psicológico dos enfermeiros. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília.
- Taylor, S.E.; Aspinwall, L.G. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. Em P.T. Costa, Jr., & G.R. VandenBos (Eds.), Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal disease, and clinical care (pp. 3-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Telles-Correia, D., Brás-Nogueira, J., Barbosa, A. (2003). Características Psicossomáticas dos Doentes Hipertensos. RFML; Série III; 8 (5): 281-288
- Terwogt, M. M.; Olthof, T. (1989). Awareness and self-regulation of emotion in young children. Em C. Saarni and P. L. Harris (Orgs.), Children's understanding of emotion. Cambridge: Cambridge University Press.
- Terwogt, M. M.; Schene, J.; Harris, P. L. (1986). Self-control of emotional reaction by young children. Journal of Child Psychiatry and Psychology, 27, 357-366.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. Em R. A. Thompson (Org.), Socioemotional development. Vol. 36, (pp. 367-367). Nebraska Symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of a definition. Em N. A. Fox (Org.), The development of emotion regulation. Monographs

- of the Society for Research in Child Development. Vol. 59, 25-52.
- Tice, D. M.; Baumeister, R. F. (1993). Controlling anger: self-induced emotion change. Em Wegner D. and J. W. Pennebaker (Orgs.), Handbook of mental control (pp. 393-409). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Tratado de fisiologia médica. (1992). Choque circulatório e fisiologia do seu tratamento. (pp. 230-238). Rio de Janeiro: Guyton AC.
- Tricoli, V.A C.; Bignotto, M.M. (1998). Aprendendo a se estressar na infância. Em Marilda, E.N. Lipp (Org.), O stress está dentro de você. (pp. 114- 126). São Paulo S.P. Editora Contexto.
- Tricoli, V.A C. (2000). A criança e a escola. Em Marilda, E.N. Lipp (Org.), Crianças estressadas – Causas, sintomas e soluções. (123-148).Campinas S.P. Editora Papirus.
- Vikan, A.; Clausen, C. J. (1994). Barns forstaelse. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vikan, A.; Dias, M. G. (1996). Estratégias para o controle das emoções: um estudo transcultural entre crianças. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 48, 80-95.
- Yates, G. C. R.; Yates, S. M.; Beasley, C. J. (1987). Young children's knowledge of strategies in delay of gratification. Merril-Palmer Quarterly, 33, 159-169.
- Wagner, T.M.C.; Biaggio, A.M.B.(1996). Relações entre o Comportamento Agressivo dos Pré-Escolares e a Expressão de Raiva de seus Pais. Estudos de Psicologia (PUC/CAMP), 13, 59-68.
- Wilhelm, M; Ritz, B. (2003). Residential proximity to traffic and adverse birth outcomes in Los Angeles County, California, 1994–1996. Environ Health Perspect 111:207-216.
- Williams, J. E. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk:

prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC)
study. Circulation; 101(17):2034-9

ANEXOS

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DE GÊNERO DO STRESS INFANTIL EM UMA POPULAÇÃO CLÍNICA E NÃO-CLÍNICA.

Eu, _____
Documento de Identidade número _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em permitir a participação de meu filho na pesquisa supracitada, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, do Centro de Ciências da Vida, da PUC – Campinas.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O presente estudo é parte de uma pesquisa realizada pela professora Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, da PUC-Campinas, que tem por objetivo investigar a possível influência do stress e da expressão de raiva de mães hipertensas e normotensas no stress de seus filhos.

2 - Durante o estudo terei que responder dois questionários que serão lidos para mim.

3 – Declaro que obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4 - Estou livre para interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo;

5 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

6 - Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, Professora Marilda Emmanuel Novaes Lipp sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 3729-6901, ou com a Comissão de Ética (19) 3735- 5910.

8- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local:

Endereço:

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Ana Carolina de Queiroz Cabral

Data ____/____/____.

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DE GÊNERO DO STRESS INFANTIL EM UMA POPULAÇÃO CLÍNICA E NÃO-CLÍNICA.

Eu, _____
Documento de Identidade número _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente participar na pesquisa supracitada, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, do Centro de Ciências da Vida, da PUC – Campinas.
Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O presente estudo é parte de uma pesquisa realizada pela professora Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, da PUC-Campinas, que tem por objetivo investigar a possível influência do stress e da expressão de raiva de mães hipertensas e normotensas no stress de seus filhos.
- 2 - Durante o estudo terei que responder dois questionários que serão lidos para mim.
- 3 – Declaro que obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - Estou livre para interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo;
- 5 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 6 - Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, Professora Marilda Emmanuel Novaes Lipp sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 3729-6901, ou com a Comissão de Ética (19) 3735- 5910.
- 8- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local:

Endereço:

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Ana Carolina de Queiroz Cabral

Data ____/____/____.

Anexo C

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data:	
Iniciais da mãe:	Data de nascimento:
Contato:	
Endereço:	
Histórico de hipertensão na família:	
Médico responsável:	
Iniciais da criança:	Data de nascimento:
Sexo:	

Anexo D

Demonstrativo das Variáveis em Função da Pressão Arterial

MÃES NORMOTENSAS (n=10)

	<i>ISSLtotal</i>	<i>ISSLporc</i>	<i>Total Stress</i>	<i>Estado</i>	<i>Traço</i>	<i>Temperamento</i>	<i>Reação</i>	<i>Raiva para Dentro</i>	<i>Raiva para Fora</i>	<i>Controle</i>	<i>Expressão</i>
<i>Reações Físicas</i>	*r= <u>0.72949</u>	<u>0.78420</u>	<u>0.73557</u>	0.52713	<u>0.66881</u>	0.61658	0.12655	0.20751	-0.09260	0.62578	-0.19137
	P= 0.0166	0.0072	0.0153	0.1174	0.0345	0.0576	0.7276	0.5651	0.7992	0.0530	0.5964
<i>Reações Psicológicas</i>	0.55927	<u>0.64438</u>	0.59575	0.40087	0.57282	0.57363	0.40744	0.08430	-0.37657	<u>0.67179</u>	-0.51238
	0.0928	0.0443	0.0692	0.2509	0.0835	0.0830	0.2425	0.8169	0.2835	0.0334	0.1300
<i>Reações Psicológicas com Componentes Depressivos</i>	-0.16670	0.00000	0.06791	0.22761	-0.01887	0.06542	-0.36050	0.28978	-0.17868	0.14954	-0.26019
	0.6453	1.0000	0.8521	0.5271	0.9587	0.8575	0.3061	0.4167	0.6214	0.6801	0.4678
<i>Reações Psicofisiológicas</i>	0.38653	0.32518	0.26382	0.17840	0.16250	0.04954	-0.04984	0.00000	-0.11838	0.07430	-0.18069
	0.2699	0.3592	0.4614	0.6219	0.6538	0.8919	0.8912	1.0000	0.7446	0.8384	0.6174
<i>Total de Stress</i>	0.42553	0.49848	0.45593	0.38509	0.36847	0.33743	-0.04321	0.17185	-0.29632	0.46013	-0.39509
	0.2202	0.1425	0.1854	0.2718	0.2948	0.3403	0.9056	0.6350	0.4058	0.1809	0.2585

Anexo D

Demonstrativo das Variáveis em Função da Pressão Arterial

MÃES HIPERTENSAS (n=10)											
	<i>ISSLtotal</i>	<i>ISSLporc</i>	<i>Total Stress</i>	<i>Estado</i>	<i>Traço</i>	<i>Temperamento</i>	<i>Reação</i>	<i>Raiva para Dentro</i>	<i>Raiva para Fora</i>	<i>Controle</i>	<i>Expressão</i>
<i>Reações Físicas</i>	r=0.52600	0.33653	0.41233	0.50504	-0.28963	-0.38838	-0.50153	-0.33540	-0.01846	-0.31499	-0.06791
	p=0.1184	0.3417	0.2364	0.1365	0.4170	0.2674	0.1397	0.3434	0.9596	0.3754	0.8521
<i>Reações Psicológicas</i>	0.25077	0.21189	0.33232	0.46716	0.00000	-0.36697	0.02141	0.22770	0.30771	-0.09174	0.29323
	0.4847	0.5567	0.3481	0.1734	1.0000	0.2969	0.9532	0.5269	0.3871	0.8010	0.4109
<i>Reações Psicológicas com Componentes Depressivos</i>	-0.00923	0.00627	-0.16099	-0.05081	-0.28528	-0.20923	-0.28308	-0.18886	-0.00619	0.07077	-0.03416
	0.9798	0.9863	0.6568	0.8891	0.4243	0.5618	0.4280	0.6013	0.9865	0.8460	0.9254
<i>Reações Psicofisiológicas</i>	0.28834	0.26255	0.21605	0.60157	0.13456	0.16871	-0.04908	0.26544	0.66051	-0.39571	0.43346
	0.4191	0.4637	0.5488	0.0658	0.7109	0.6413	0.8929	0.4586	0.0376	0.2577	0.2108
<i>Total de Stress</i>	0.26220	0.16775	0.17793	0.49721	-0.21277	-0.31708	-0.28659	-0.04295	0.37426	-0.17073	0.16617
	0.4643	0.6432	0.6229	0.1437	0.5551	0.3720	0.4221	0.9062	0.2867	0.6372	0.6464

* r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=número de sujeitos.