

ANA CAROLINA CIPRIANO CASTELLI

**Stress e Raiva em mulheres
com síndrome metabólica**

PUC - CAMPINAS

2010

ANA CAROLINA CIPRIANO CASTELLI

**Stress e Raiva em mulheres
com síndrome metabólica**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

PUC – CAMPINAS

2010

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t152.43
C348s
Castelli, Ana Carolina Cipriano.
Stress e raiva em mulheres com síndrome metabólica / Ana Carolina Cipriano Castelli . - Campinas: PUC-Campinas, 2010.
xiii, 82p.

Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

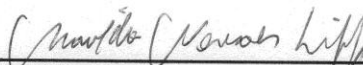
1. Stress (Psicologia). 2. Síndrome metabólica. 3. Distúrbios do metabolismo. 4. Mulheres - Aspectos psicológicos. 5. Mulheres de meia-idade - Doenças. 6. Ira. I. Lipp, Marilda Novaes. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

18ª.ed.CDD – t152.43

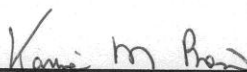
ANA CAROLINA CIPRIANO CASTELLI

**Stress e Raiva em mulheres
com síndrome metabólica**

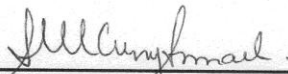
BANCA EXAMINADORA



Presidente Profª Dra Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Profª Dra Karina Magalhães Brasio



Profª Dra Sílvia Maria Cury Ismael

**PUC – CAMPINAS
2010**

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, aos meus pais Carlos e Regina e às minhas irmãs Roberta e Mariana que sempre me apoiaram e incentivaram na busca de meus ideais, e ao mais novo membro da família, meu cunhado Luiz.

Agradecimentos

Foram muitas pessoas que me incentivaram e me ajudaram para chegar a esta conquista tão especial.

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela minha vida e por me dar forças para enfrentar todos os obstáculos e desafios nesta caminhada. Agradeço também:

À minha orientadora Marilda Emmanuel Novaes Lipp, por suas orientações, contribuições, até mesmo pela paciência, enfim por todo aprendizado recebido, por me ajudar compreender aspectos que jamais tinha conhecimento e que sei que hoje, mas principalmente futuramente serão fundamentais para continuidade da minha carreira profissional.

Ao Dr. Claudio Pinho (cardiologista) e as Dra. Valéria Bahdur Chueire e Dra. Márcia Piva (Endocrinologistas) do ambulatório do Hospital e Maternidade Celso Piero pelo encaminhamento das participantes para o estudo.

Agradeço ao serviço de apoio a pesquisa (SAP) e ao superintendente Dr. Antônio Celso de Moraes do Hospital e Maternidade Celso Piero por possibilitar a realização desta pesquisa.

Às colegas de mestrado: Sandra, Adriana, Marília, Ariane e Claudiane, recém chegada. A Angela Tamy bolsista de iniciação científica do Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress. Muito obrigada pelo apoio, companherismo, pelas trocas de experiências e conversas que tivemos durante este tempo. Foi muito bom conviver com vocês, já começo a sentir saudades. Espero que possamos continuar esta nossa amizade.

Agradeço a Márcia Bignotto, a Angélica Prieto Sadir, minhas professoras no passado no curso de especialização em Terapia Comportamental Cognitiva, hoje colegas do doutorado, que também contribuíram muito com seu apoio, mas que me ajudaram com seus conhecimentos para que eu chegasse até aqui.

A Dra Karina Magalhães Brasio e Dra Elisa Pizão Yoshida pelas contribuições dadas no exame de qualificação.

Aos professores da pós-graduação da PUC-Campinas: Vera Trevisan, Raquel Guzzo e Mauro Amatuzzi, pelas aulas e pelos conhecimentos passados, que também contribuíram muito. Principalmente, ao Prof.º Mauro pelos ensinamentos que me fizeram refletir em aspectos muito importantes para mim, no que se refere a religiosidade. Foram reflexões fundamentais para o meu bem estar físico e emocional, e que me fizeram modificar algumas atitudes frente à minha vida.

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

A toda minha família em especial meus pais (Carlos e Regina), minhas irmãs (Roberta e Mariana), que sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, me dando apoio.

Minha gratidão também a uma pessoa muito especial: minha terapeuta Piera, que sempre me incentivou para chegar até aqui, mas que infelizmente não está mais entre nós, será sempre lembrada por mim em todos os momentos da minha vida.

E principalmente a todas as participantes que aceitaram participar desta pesquisa, a quem também dedico este trabalho.

“O segredo da saúde da mente e do corpo está em não lamentar o passado, em não se afligir com o futuro e em não antecipar preocupações; mas está no viver sabiamente e seriamente o presente momento.” (Buda)

Sumário

Agradecimentos	ii
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas	viii
Índice de Anexos	ix
Lista de Siglas	x
Resumo	xi
Abstract	xii
Apresentação	xiii
Introdução	1
Síndrome Metabólica	3
Principais Fatores para Síndrome Metabólica	6
Fatores de Risco	10
Fatores de Risco Psicológicos.....	14
Stress	14
Stress e Síndrome Metabólica	17
Stress e Mulheres	19
Raiva	22
Objetivo Geral	26
Objetivos Específicos	26
Método	27
Participantes.....	27
Critérios de Inclusão	27
Critérios de Exclusão	28
Material	28
Local	31
Procedimento	31

Resultados	34
Método de análise dos resultados	34
Dados Sócio-Demográficos	35
Resultados do ISSL	38
Resultados STAXI	41
Análise comparativa entre Stress e outras variáveis	42
Stress e sua relação com a Raiva	43
Outras variáveis e sua relação com a Raiva	49
Observações Clínicas	50
Discussão	52
Conclusão	62
Referências Bibliográficas	65
Anexos	75

Índice de Figuras

Figura 1. Sintomatologia Física e Psicológica do Stress	39
Figura 2. Relação Stress e Exercício Físico	42
Figura 3. Relação Stress e Traço de Raiva	43
Figura 4. Relação Stress e Reação de Raiva	44
Figura 5. Relação entre Traço de Raiva e Total de Sintomas de Stress	45
Figura 6. Relação entre Reação de Raiva e Total de Sintomas de Stress ...	46
Figura 7. Relação entre Raiva para Dentro e Total de Sintomas de Stress.	47
Figura 8. Relação entre Raiva para Fora e Total de Sintomas de Stress.....	48
Figura 9. Relação Traço de Raiva e Idade.....	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra, quanto estado civil	35
Tabela 2. Distribuição da amostra, quanto nível de escolaridade	36
Tabela 3. Distribuição da amostra, quanto à religião ou crença religiosa...	36
Tabela 4. Distribuição da amostra, quanto à ocupação atual	37
Tabela 5. Fatores de Risco para Síndrome Metabólica	38
Tabela 6. Distribuição da amostra, quanto à variável: fase do stress	39
Tabela 7. Sintomas Psicológicos mais Frequentes	40
Tabela 8. Sintomas Físicos mais Frequentes	40
Tabela 9. Distribuição da amostra, quanto à Expressão da Raiva	41
Tabela 10. Raiva acima da Média	44

Índice de Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
Anexo B. Roteiro de Entrevista Psicológica.....	78
Anexo C. Perfil da Amostra Estudada.....	82

Lista de Siglas

DAC – Doença Arterial Coronariana

HHA – Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

IDF – Federação Internacional de Diabetes

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

NCEP ATP III – Programa Nacional de Educação do Colesterol: Terceiro

Painel de Tratamento do Adulto

OMS - Organização Mundial de Saúde

SM - Síndrome Metabólica

RI – Resistência a Insulina

STAXI – Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço

I-DBSM - I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica

I- DBPDCV – I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas

Castelli,A.C.C.(2010).**Stress e Raiva em Mulheres com Síndrome Metabólica**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Puc- Campinas. (xiii + 82).

RESUMO

A Síndrome Metabólica (SM) representa um conjunto de fatores de riscos de origem metabólica que podem promover o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Segundo os critérios da *National Cholesterol Education Program — Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) de 2001 estão incluídos os seguintes componentes: obesidade (especialmente a obesidade abdominal), ou seja, a medida da circunferência abdominal: Homens ≥ 102 cm e Mulheres ≥ 88 cm, níveis pressóricos elevados ($\geq 130/85$), triglicérides ≥ 150 , colesterol Hdl, para homens < 40 e para Mulheres < 50 e glicemia de jejum > 110 (incluindo Diabete mellitus). O diagnóstico de SM é caracterizado pela presença de 3 dos 5 desses componentes.

Este trabalho avaliou o nível de stress e a expressão da raiva (para fora ou para dentro) em mulheres com síndrome metabólica.

Foram estudadas 20 pacientes com síndrome metabólica provenientes do ambulatório de cardiologia e de endocrinologia de um hospital universitário de um município do interior paulista, na faixa etária de 50 a 65 anos. As pacientes foram encaminhadas após o diagnóstico dos médicos. Após o encaminhamento passaram por uma avaliação psicológica que foi realizada por meio de uma entrevista. Além disso, foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL); e o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (S.T.A.X.I). A entrevista foi realizada individualmente com cada participante e teve duração de 30 a 50 min dependendo de cada paciente. Os resultados revelaram que 75% das mulheres apresentaram stress na fase de exaustão, 85 % das que estavam em exaustão tinham predominância de sintomas psicológicos. No que se refere a raiva verificou-se uma associação significativa entre stress e traço de raiva e stress e reação de raiva. Além disso, verificou-se que cerca de 11 mulheres apresentaram a tendência a reprimir a raiva para dentro, ou seja, apresentavam dificuldades de expressar sua raiva de maneira adequada. Os resultados sugerem a necessidade de outros estudos que envolvam o tratamento psicológico para o stress, já que a grande maioria das participantes apresentou um alto nível de stress.

Palavras-chave: Stress, Raiva, Síndrome metabólica

Castelli, A.C.C. (2010). **Stress and Anger in Women with Metabolic Syndrome**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Puc- Campinas. (xiii + 82).

ABSTRACT

Metabolic Syndrome represents a group of risk factors which are metabolic in origin which can promote the development of cardiovascular diseases. According to criteria furnished by the National Cholesterol Education Program (NCEP) - Adult Treatment Panel III (ATP III) in 2001, the following characteristics are evident: Obesity (particularly abdominal obesity), i.e. the circumference of the waist: Men ≥ 102 cm (40 in) and Women ≥ 88 cm (35 in), elevated blood pressure ($\geq 130/85$), triglycerides ≥ 150 , HDL cholesterol (men < 40 mg/dL and Women < 50 mg/dL) and fasting glucose > 110 mg/dL (including Diabetes Mellitus). The Metabolic Syndrome diagnosis is characterized by the presence of 3 out of 5 of these elements.

This study evaluated the level of stress and the expression of anger (inward or outward) in women with metabolic syndrome.

The study consisted of twenty patients with metabolic syndrome, in the 50 to 65 age bracket, coming from cardiology and endocrinology outpatient clinics at a university hospital in a city in upstate São Paulo. The patients were referred following diagnosis by their doctors. After referral, they underwent a psychological evaluation which was conducted by way of interview. In addition, the following tools were employed: Lipp's Stress Symptoms Inventory (*ISSI*); and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). The interviews were conducted with each patient individually and lasted between 30 and 50 minutes, depending on the patient. Results showed that 75% of women presented stress in the exhaustion phase and 85% of these had a prevalence of psychological symptoms. As far as anger is concerned, a significant association was established between stress and trait anger and stress and anger reaction. Moreover, it was found that approximately 11 women presented a tendency to repress their anger inwards, i.e. they had difficulty in adequately expressing their anger. The results suggest the need for further studies that involve psychological treatment for stress, as the vast majority of the participants presented a high level of stress.

Keywords: Stress, Anger, Metabolic Syndrome

APRESENTAÇÃO

Este trabalho teve como intuito dar continuidade à minha formação acadêmica. Além disso, buscou aprofundar os meus conhecimentos sobre psicologia aplicada à saúde, em um tema que atualmente segundo a literatura está em evidência que é a síndrome metabólica.

O interesse pelo assunto se iniciou em 2006, em função da minha experiência como bolsista de apoio técnico pelo CNPQ, no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress (LEPS) PUC-Campinas. Auxiliei no andamento da pesquisa: *“Eficácia do Treino Cognitivo de Controle da Raiva na Redução da Reatividade Cardiovascular da Doença Arterial Coronariana”*, sob orientação da Dra. Marilda Lipp. Por esse motivo meu foco de interesse ficou mais próximo da área da saúde, embora sempre, durante todo o meu desenvolvimento profissional minha atuação sempre tenha se concentrado mais próxima dessa área.

Este tema despertou o meu interesse, devido às poucas pesquisas existentes ainda sobre a síndrome metabólica, principalmente no que se refere aos aspectos emocionais envolvidos. Além disso, a literatura tem apontado um alto índice de mortalidade devido ao aumento de componentes da síndrome na população em geral como: a obesidade centralizada, dislipidemia, hipertensão arterial, sendo então cada vez mais necessário realizar estudos que possam desvendar as variáveis envolvidas com o intuito de minimizar os efeitos para a saúde do indivíduo.

Além disso, atualmente as mulheres com doença arterial coronariana (DAC), vêm apresentando um prognóstico pior comparado com os homens.

Isto tem sido extremamente crítico nas mulheres, pois cerca de 40% de todos os eventos coronarianos no sexo feminino são fatais. Sabe-se também que cerca de 70% das mortes súbitas de origem cardíaca ocorrem em mulheres que não apresentam qualquer tipo de sintomatologia da doença. No Brasil os dados de 2004 e 2005 demonstraram que a doença arterial coronariana é principal causa de mortalidade no sexo feminino chegando a 42% (Smanio, 2007). Por esses motivos, a pesquisadora buscou estudar os aspectos psicológicos que poderiam estar envolvidos na Síndrome metabólica.

O presente estudo procurou pesquisar então, a presença do stress e da expressão da raiva (raiva para fora e para dentro) em mulheres com Síndrome Metabólica.

No decorrer da introdução teórica abordou-se primeiramente a síndrome metabólica (definição, principais fatores), para depois descrever outros aspectos como o stress, stress em mulheres e raiva, que também fazem parte do presente estudo. Para cada uma destas variáveis foram realizadas pesquisas bibliográficas, com intuito de identificar dados relevantes referentes ao tema e contextualizar o presente trabalho.

Após a contextualização teórica, é descrita a metodologia utilizada para este estudo, seguida dos resultados obtidos e posteriormente da discussão.

Na discussão visou-se explicar os resultados obtidos com base na literatura científica atualizada. Apresentam-se também as conclusões do estudo e por fim, as referências bibliográficas e os anexos dos materiais utilizados nesta pesquisa.

INTRODUÇÃO

Segundo Lopes (2007a), nos últimos tempos o ser humano vem se adaptando a uma sociedade que sofre modificações rápidas e profundas principalmente devido ao processo de industrialização e de modernização. Nesse sentido, estas modificações levaram a mudanças no que se refere aos aspectos: antropométrico, psicológico e metabólico do ser humano. O avanço tecnológico contribuiu para que a população desenvolvesse um estilo de vida sedentário, o que levou a um maior número de obesos com síndrome metabólica.

Outro aspecto a ser considerado diante dessa realidade está na grande mudança de hábitos alimentares do ser humano, que acabou por contribuir para que o indivíduo deixasse de gastar uma grande quantidade de energia e acumulasse gordura, o que ocorreu devido aos avanços da tecnologia, de acordo com as quais até as compras são realizadas pela Internet. Essa modificação vem acompanhada do stress psicossocial, que acaba surgindo devido ao fato de que o ser humano necessita se adaptar cada vez mais rápido.

Acompanhando estas mudanças, já no final dos anos 80 foram verificadas altas taxas de mortalidade na população feminina brasileira na faixa etária entre 45 a 64 anos. Este estudo constatou alta incidência de doença cerebrovascular e também a prevalência elevada de hipertensão (Lotufo 2007).

Além disso, constata-se que um dos fatores determinantes nas doenças cardiovasculares atualmente é a obesidade. A prevalência em

mulheres brasileiras tem apresentado valores mais elevados do que em comparações internacionais. Em dois estudos realizados no Brasil (Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) constatou-se um aumento da obesidade nas mulheres de 8,2% para 13,3% na faixa entre 25 a 64 anos. Este índice é mais elevado do que nos homens que apresentavam um índice de 3,1% e passaram para 5,9%.

As doenças cardiovasculares representam atualmente a principal causa de morte nas mulheres. Verificam-se que os fatores de risco nas mulheres apresentam algumas peculiaridades quando comparados aos homens, embora ambos se deparem com os mesmos riscos. Dentre eles estão: Dislipidemia, hipertensão, diabetes, tabagismo e história familiar. Observou-se que nos últimos 15 anos o risco de doença cardiovascular nas mulheres permaneceu inalterado, o que sugere que as estratégias para redução destes fatores não foram implementadas de forma adequada (Miname, Gebara & Santos 2007).

Miname, et al (2007) descrevem que o risco cardiovascular na mulher é maior com o fim do período reprodutivo, pois após a menopausa a mulher não tem mais a proteção hormonal, o que a torna suscetível a doenças cardíacas. No entanto, quanto maior for o número de fatores de riscos apresentados, maior a propensão para a mulher desencadear um problema cardiovascular.

Dentre as diferenças dos riscos entre homens e mulheres verificou-se em 21 estudos sobre a síndrome metabólica que a probabilidade do desenvolvimento de doenças cardiovasculares é maior em mulheres do que

em homens. Quando a síndrome metabólica foi associada ao diagnóstico de diabetes mellitus o risco foi 14 vezes maior para mulheres e 4 vezes maior para os homens. Os autores enfatizam que um aspecto para o agravamento do risco é a mulher na menopausa que apresenta um acúmulo maior de gordura abdominal.

O conjunto de todos estes aspectos tem contribuído, então, para o aparecimento da síndrome metabólica.

SÍNDROME METABÓLICA

A síndrome metabólica caracteriza-se então por um grupo de fatores de risco para doença cardiovascular, e dentre eles estão: a hipertensão arterial, a dislipidemia e obesidade abdominal ou central (Elias, Fernandes, Fontes & Cuman 2008).

Segundo Lopes (2007b), sabe-se que a síndrome metabólica está relacionada com fatores genéticos, ambientais e alterações metabólicas como o excesso de gordura abdominal (central). Porém sua definição tem sido alvo de grandes discussões no sentido de maior abrangência em termos populacionais no mundo todo. Por isso existem várias definições na literatura. Dentre as mais utilizadas estão a da Organização Mundial de Saúde (OMS), a da Internacional Diabetes Federation IDF) (2005) e a da *National Cholesterol Evaluation Program for Adult Treatment Panel de número III* (NCEP- ATP III) (2001).

A primeira definição proposta foi a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que definiu em 1998 como critério inicial para o diagnóstico

da Síndrome Metabólica, a avaliação da resistência à insulina ou o distúrbio do metabolismo da glicose, que consiste na inabilidade da insulina em reduzir efetivamente a glicose, o que de certa maneira tem dificultado sua utilização. Isso ocorre porque existem algumas dificuldades nesta avaliação pois, até hoje, não existe um exame específico para o diagnóstico definitivo. Atualmente, a melhor opção é a dosagem da glicemia e a insulina em jejum. A resistência a insulina (RI) se caracteriza pela resposta inapropriada da ação da insulina, principalmente nos tecidos periféricos. Este componente parecia ser o componente primário da síndrome metabólica, porém constatou-se que este é um fenômeno intermediário, principalmente nos indivíduos que apresentam uma predisposição genética que sofre influência do meio ambiente. Além desse aspecto, sabe-se a RI tem relação com a adiposidade, ou seja, tem relação com a obesidade central, que é um dos achados de maior prevalência no que se refere à síndrome metabólica (Lopes, 2005).

O IDF em 2005 propôs uma nova definição, na qual a presença da gordura visceral ou obesidade central torna-se o principal fator diagnóstico. (Teixeira & Rocha, 2007).

Por outro lado, a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM) de 2004 recomenda como definição as diretrizes do *National Cholesterol Evaluation Program for Adult Treatment Panel de número III* (NCEP- ATP III) (2001) que definem a síndrome metabólica (SM) como sendo a combinação de pelo menos três dos seguintes componentes: circunferência abdominal > 102 cm no homem e 88 na mulher; triglicérides > do que 150mg/dl; HDL – colesterol < do que 40

MG/dl em homens e < 50mg/dl em mulheres, LDL colesterol > 160mg/dl; hipertensão arterial > do que 130/80 mmhg; Glicemia em jejum superior a 110mg/dl, sendo que a presença de Diabetes Mellitus não exclui o diagnóstico da SM. Esta definição clínica não exige a comprovação de resistência à insulina como a definição anterior o que acaba facilitando a sua utilização por ser mais simples e prática (Lupatini Filho, Silva, Pomatti & Betinelli, 2008). Além da facilidade e da clareza desta classificação, esta tem sido a metodologia mais utilizada na grande maioria dos ensaios clínicos (Feldini, Coelho & chagas 2004). Pelos motivos descritos para o presente estudo pretende-se adotar a definição do NCEP- ATP III.

Com relação à prevalência da síndrome, não se verificou diferença por gênero. A prevalência aumenta de acordo com a faixa etária, segundo foi constatado em alguns estudos. Entre 20 a 29 anos verificou-se que a predominância é de 6,7%, mas este índice aumenta de acordo com a faixa etária, chegando entre 60 a 69 anos a 43,5% caindo para 42% acima dos 69 anos (Ford, Giles &Dietz, 2002 apud Lopes 2007a).

Em um estudo realizado no Hospital de São João (Porto), com o intuito de avaliar a prevalência da síndrome metabólica em mulheres em um grupo com obesidade severa, bem como a prevalência de cada um dos critérios de diagnóstico da síndrome, constatou-se que a prevalência da SM nesta amostra, segundo os critérios do NCEPATPIII, era de 66,4%. Fizeram parte deste estudo 128 mulheres entre 14 a 63 anos, com uma média de 38 anos. As participantes que preencheram aos critérios da NCEPATPIII eram mulheres mais velhas (Correia Póinhos, Pinhão, Maia, Carvalho & Medina, 2006).

Em outra pesquisa realizada sobre a prevalência de síndrome metabólica na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, verificou-se que após os 50 anos as mulheres apresentavam um perfil lipídico alterado, o que pode estar relacionado com alterações hormonais (Nakazone, Pinheiro, Braile, Pinhel, Sousa, Junior, Brandão, Toledo, Braile & Souza, 2007).

PRINCIPAIS FATORES PARA A SÍNDROME METABÓLICA

Glicemia de Jejum

A Associação Americana de Diabetes (ADA) publicou em 28 de outubro de 2003, no jornal *Diabetes Care*, a nova definição para glicemia de jejum alterada. Este seria um estágio conhecido pela população como “pré-diabetes”. Caso um paciente seja diagnosticado pré-diabetes ou intolerância à glicose, existe um maior risco deste desenvolver diabetes dentro dos próximos 10 anos. A glicemia é verificada depois de o indivíduo passar a noite em jejum e coletar o sangue pela manhã.

Segundo esta definição, o nível limite normal de glicose no sangue atualmente aceita como normal baixou de 110mg/dl para 100mg/dl, o que aumentou em 20% o diagnóstico de pré-diabetes. O Pré-diabetes, condição que na maioria das vezes precede o diabetes é algo muito sério, pois geralmente não causa sintomas. Mesmo assim, estudos recentes já têm evidenciado que mesmo antes do diabetes se manifestar por completo, já ocorrem lesões no sistema circulatório e no coração dos indivíduos pré-diabéticos (Swarowsky; Repetto & Mancini 2003). Porém, os critérios da

NCEP- ATP III considera os valores da glicemia em jejum superior a 110mg/dl. Este estudo se baseou nestes últimos critérios como já foi mencionado anteriormente.

Obesidade Abdominal ou Obesidade Central

A obesidade visceral ou central (abdominal) pode ser caracterizada como sendo a distribuição de gordura corporal do tipo andróide, conhecida como corpo formato maçã. Este acúmulo pode ser estimado pela medida da circunferência da cintura (Ferrari 2007).

Segundo Lopes (2005), a obesidade central é considerada um componente importante na síndrome metabólica, tendo relação direta com os mecanismos fisiopatogênicos. A obesidade parece ser desencadeada devido a um desequilíbrio hormonal, relacionado com o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e também com indivíduos que apresentam uma dieta hipercalórica. O índice mais representativo neste caso está relacionado com a medida da circunferência abdominal maior que 102 cm para homens e maior que 88 cm para mulheres, segundo os critérios da NCEP- ATP III, já descritos anteriormente.

Nos últimos tempos a obesidade tem atingindo proporções alarmantes nos países ocidentais, o que é motivo de grande preocupação no que se refere à questão da saúde (Orsi, Nahas, Gomes, Andrade, Veiga, Novo, & Ferreira 2008). Sabe-se que a causa do acúmulo de gordura corporal se deve ao fato do aumento no consumo energético relacionado com a diminuição de atividades físicas que exigem esforço (Rodrigues & Trindade, 2006). Além

disso, a obesidade abdominal em sido considerada como um dos mais graves fatores de risco cardiovascular (Bjorntorp,1997). Um dos resultados de um estudo realizado em Cotia entre 1990 e 1991, cujo objetivo foi de verificar a relação circunferência cintura/circunferência do quadril com fatores sociais, comportamentais e biológicos, determinantes da obesidade centralizada, foi de que o indicador obesidade centralizada está associado a fatores de risco sócio-econômicos, comportamentais e bioquímicos. Além disso, estes aspectos estão relacionados ao sexo, idade e grau de atividade física. Constatou-se também que o risco de obesidade centralizada aumenta com a idade e é maior em mulheres (Martins & Marinho 2003).

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é outro componente que caracteriza a síndrome metabólica que, segundo os critérios da NECP-ATP III, considera como critério diagnóstico, entre outros, a pressão igual ou maior que 130/85 mmHg. Atualmente a hipertensão arterial afeta de 25 a 35% da população adulta no Brasil, subindo para 60 a 70 % na população com cerca de 70 anos, ou seja, vem aumentando de acordo com a idade. (Luna, 2006 b). Segundo a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção em Doenças Cardiovasculares em Mulheres (I –DBPDCV) de 2008, na faixa etária de 55 a 74 anos o percentual de mulheres hipertensas é maior. Acima de 75 anos o predomínio é significativamente superior. Estima-se, ainda segundo a I –DBPDCV , que 80% das mulheres serão hipertensas na menopausa. Além

disso, este componente está associado com outros fatores de risco como: a obesidade e a dislipidemia, dentre outros (Luna, 2006 b). Devido a esse aumento, a hipertensão tem sido considerada como um dos maiores problemas de saúde pública (Sandrim & Santos, 2006). Além disso, segundo Zanella (2005), a hipertensão arterial tem sido apontada como sendo o maior fator de risco para o aparecimento de doença cardiovascular prematura.

Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2006, dentre os fatores de risco para hipertensão arterial estão a idade, sexo e etnia, fatores sócio-econômicos, consumo excessivo de sal, obesidade, etilismo e sedentarismo.

Dislipidemias

A dislipidemia é outro componente que também está associado à síndrome metabólica. Segundo Barreto Filho (2007), esta se caracteriza principalmente pela elevação moderada dos níveis dos triglicérides, diminuição do HDL- colesterol e níveis normais de LDL- colesterol, dentre outros aspectos. Segundo a I - DBPDCV de 2008, de acordo com os critérios da ATP III, são considerados níveis de triglicérides ≥ 150 mg/dl e HDL ≤ 50 MG/dl. Este fator vem apresentando maior impacto na incidência de doença cardiovascular em mulheres, especialmente aquelas que se encontram na fase da menopausa.

FATORES DE RISCO

Segundo Luna (2006 a), a idade também é um fator de risco que acaba modificando as metas de correção do colesterol. Para os homens, a idade de risco está nos 55 anos ou mais, enquanto que, para as mulheres, está nos 65 anos em diante. No caso da hipertensão constatou-se que a idade de maior risco é há de 60 anos. Isso ocorre talvez devido a um fator que está relacionado com a rigidez da aorta, que ocasiona o aumento da pressão sistólica e em consequência disso aumenta a pressão do pulso. Sendo assim, a idade acima dos 60 anos é um componente que deve ser considerado como um fator de risco.

Com relação ao sexo, observou-se que as mulheres até a menopausa se encontram de certa forma protegidas contra as doenças cardíacas. Porém, mulheres que fumam, que usam anticoncepcionais, que são hipertensas, obesas, ou apresentam colesterol elevado estão mais vulneráveis para desenvolver este tipo de doença (Luna , 2006a).

Outro aspecto que se deve levar em consideração é o histórico familiar prematuro de doença cardíaca. Nesses casos, deve-se intervir no colesterol, pois o histórico de doença é importante fator de risco. Principalmente em homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65 anos. O mesmo cuidado deve ser tomado no que se refere à idade em relação à hipertensão (Luna, 2006 a).

Outro fator de risco que também tem sido observado é o sedentarismo, um estilo de vida muito comum na população do mundo todo, principalmente após a urbanização e os avanços da tecnologia, o que acabou levando os

indivíduos à predisposição à obesidade, intolerância à glicose, à hipertensão arterial (Luna, 2006 a).

Atualmente a prática de atividade física tem sido recomendada para prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas. Alguns estudos epidemiológicos já demonstram uma relação direta entre inatividade física e a presença de fatores de risco da Síndrome metabólica. Além disso, verificou-se que a prática regular de exercício físico vem apresentando efeitos benéficos na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, da diabetes, da resistência a insulina, da dislipidemia e da obesidade (Ciolac & Guimarães, 2004). Segundo I DBPDV de 2008, a atividade física quando realizada de forma moderada durante 30 min, três vezes por semana pode auxiliar na redução do risco cardiovascular na ordem de 30 a 40%.

Segundo Elias et al,(2008) foi realizado um estudo a fim de verificar a influência da atividade física sobre a prevalência da síndrome metabólica na Unidade Básica de Saúde Parigot de Souza em Maringá, em maio de 2005. Constatou-se em mulheres acima de 45 anos, que cerca de 60% das participantes da pesquisa eram sedentárias, isto foi mais freqüente na faixa etária de 55 a 64 anos. Este estudo se baseou na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM) de 2004 que recomenda como definição as diretrizes *do National Cholesterol Evaluation Program for Adult Treatment Panel de número III* (NCEP- ATP III) (2001). Baseado nestes critérios foi constatado uma prevalência da SM em 59 % das participantes sendo que 43% eram sedentárias e somente 16% eram

fisicamente ativas. Estes resultados sugeriram que a falta de atividade física é um fator de risco para a SM.

O fumo constitui outro importante fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. O risco para o desenvolvimento de doença coronária é de duas ou quatro vezes maior e está relacionado com a quantidade de cigarros consumidos por dia. Nas mulheres, na pré-menopausa o risco é seis vezes maior do que homens, sendo que este risco pode ser aumentado com o uso simultâneo do anticoncepcional (Giannini 1998 apud Luna 2006a).

Além disso, o tabagismo promove o aumento da dislipidemia, dentre outros fatores, o que contribui ainda mais para a síndrome metabólica (Vacanti, Vieira, Lima, Calderaro & Caramelli, 2007). Outro dado importante, segundo a I DBPDC de 2008, o risco de morte pode ser aumentado em 31% entre mulheres que são expostas ao tabaco no trabalho ou no lar.

Segundo Luna (2006a), algumas evidências epidemiológicas demonstraram que a privação estrogênica que ocorre principalmente na menopausa também ocasiona um aumento do risco no que se refere ao surgimento de doença cardiovascular, sendo este considerado um fator de risco para as mulheres. Isso ocorre porque o estrogênio ajuda na manutenção do revestimento dos vasos, garantindo que este permaneça íntegro, servindo como uma proteção (Gebara & Santos 2009).

A Diabetes Mellitus outro fator de risco importante, é uma doença crônica, multifatorial, que pode surgir em qualquer idade, que demanda um controle metabólico, além de ter outras complicações crônicas. (Luna, 2006a). Segundo Gebara e Santos (2009), o diabetes tipo 2 numa fase inicial

se caracteriza por apresentar resistência à insulina, que ocorre quando o pâncreas não consegue dar conta da demanda de insulina para mandar para dentro da célula devido à grande ingestão de carboidratos como: doces, pães e massas, até que o pâncreas entre em falência.

Sabe-se que os fatores genéticos, são importantes e também acabam interferindo nestes mecanismos patogênicos. O diabetes é um fator de risco, porque compromete o metabolismo dos carboidratos, das proteínas, dos lipídeos, levando, a alterações nas paredes vasculares e, em consequência, ocasionando complicações em vários órgãos (Luna, 2006 a). Segundo I DBPDCV de 2008, nas mulheres com diabetes o risco do desenvolvimento de Doença Arterial Coronariana é de três a sete vezes maior do que em mulheres não diabéticas.

De acordo com a literatura, verifica-se que a síndrome metabólica é uma doença multifatorial, sendo de fundamental importância a orientação destes pacientes no que se refere a mudanças do estilo de vida (Lupatini Filho et al, 2008).

Diante de tantos fatores de risco, não se pode deixar de abordar o estudo dos fatores psicológicos que possam estar associados à síndrome metabólica, não só no sentido de possibilitar melhor compreensão desta patologia, como também das dificuldades de terapêutica, já que estes aspectos refletem tanto na morbidade, como na adesão e na manutenção dos resultados de tratamento (Perez, 2007). Dentre os vilões psicológicos está o stress.

FATORES DE RISCO PSICOLÓGICOS

STRESS

Existem historicamente diversas definições para o termo stress. Uma das primeiras observações da área médica veio com Hans Selye, que constatou em seus estudos que pacientes sofrendo de patologias diferenciadas, apresentavam um conjunto de reações não específicas semelhantes em situações que lhes haviam causado angústia e tristeza. Sendo assim, este considerou esta reação como sendo síndrome geral de adaptação (Lipp, 2003). Segundo Oliveira (2004), esta síndrome se caracteriza por uma ativação geral do organismo, através de reações não sistêmicas não específicas que ocorrem devido a uma exposição contínua.

Lipp (2003) define o “stress como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem sua gênese na necessidade do organismo fazer face a algo que ameace sua homeostase interna” (p. 18). Essa reação pode ocorrer frente situações negativas, como, por exemplo, algo que irrite, amedronte, cause dor, frio, fome, calor excessivo, como também em situações positivas como, por exemplo, algo que faça imensamente feliz.

Em 1956, Selye propôs um modelo de três fases para representar o quadro do stress: reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. O primeiro estágio consistia á resposta inicial diante de um estímulo estressor, no qual o organismo se prepara para luta ou fuga, tentando manter a preservação da vida. As reações mais comuns nesta fase incluem: aumento de frequência cardíaca e da pressão arterial, insônia, mudança de apetite,

tensão muscular, entusiasmo súbito e aumento repentino de motivação. Caso o estressor não seja eliminado, o organismo passa para a segunda fase, denominado de resistência incluindo as seguintes reações: diminuição da libido, queda na produtividade, cansaço e problemas com a memória. A homeostase é quebrada novamente e quanto maior é o esforço que o indivíduo faz para se adaptar e readaptar a harmonia interior, maior é o desgaste do organismo. Caso persistam os agentes causadores de tensão e a situação estressante seja mantida por um longo período, isto faz com se exceda a capacidade defensiva da fase anterior, iniciando então uma terceira fase, a da exaustão que se manifesta enfraquecendo o organismo e dando lugar as enfermidades. Os sintomas nesta fase apresentam uma magnitude maior do que a fase inicial de alerta.

Em 2000, durante a padronização do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), percebeu-se que a fase de resistência proposta por Selye necessitava de uma reflexão, uma vez que foi constatado que as pessoas não entram na fase de exaustão de forma súbita, com isso identificou-se uma nova fase entre a fase de resistência e fase de exaustão denominada pela autora de fase de quase-exaustão.

A fase de quase exaustão é caracterizada pelo enfraquecimento da pessoa que não é capaz de resistir ao stress e, dessa maneira, começam a surgir doenças, porém não de maneira tão grave quanto na última fase, na qual ocorre exaustão física na forma de doenças que começam a aparecer, podendo até ocasionar a morte dependendo da intensidade (Lipp, 2004).

Pensando no surgimento das doenças nas fases mais adiantadas do stress, Everly (1989), defende um modelo stress-doença, ou seja, as

respostas do stress se formam através dos eixos de ação neural, neuroendócrino e endócrino, sendo que um órgão alvo pode ser ativado, seja para aumentar seu funcionamento como também para inibi-lo. Este órgão alvo pode estar situado no sistema cardiovascular, gastrointestinal, pele, imunológico entre outros.

Lipp e Malagris (1995) adotaram a mesma posição de Everly, pois verificaram que o órgão-alvo quando ativado desenvolve sinais e sintomas clínicos que possibilitam a identificação do stress, sendo que a escolha do órgão alvo é resultado de uma estimulação excessivamente frequente, intensa e prolongada. Porém o órgão-alvo mais provável de vir adoecer vai depender de dois fatores biogênicos, dentre eles: o mecanismo de respostas estereotipadas (Sternbach, 1966) e a especificidade do órgão-alvo (Everly, 1989).

O primeiro descreve que quanto mais um órgão for ativado pela ação do stress, ou seja, pela ação neural, neuroendócrina ou endócrina, maior será a possibilidade da doença se manifestar naquele órgão. Enquanto que o segundo refere-se à vulnerabilidade genética ou adquirida do órgão-alvo para experimentar estimulação patogênica. Sendo assim, as doenças relacionadas ao stress do órgão-alvo pode ser resultado da ativação excessivamente freqüente, intensa e ou prolongada, ou seja, a super-estimulação. É esta concepção de Everly que será adotada para o presente estudo.

Sendo assim, pode-se dizer que o stress é um elemento natural da vida que depende da forma pela qual cada indivíduo reage, ou seja, está relacionado com a forma pela qual se lida com as situações do dia á dia e as

eventualidades. As conseqüências são diversas sobre o organismo como também para as relações interpessoais (Nobrega, Castro & Souza 2007).

Sabe-se que a maioria dos estudos tem procurado averiguar a contribuição do stress para o surgimento de doenças, com o intuito de buscar alternativas para o tratamento, bem como encontrar novas estratégias para que se possa reduzir o risco de uma série de doenças (Lipp,2004). Faz então necessário compreender a relação entre o stress e a síndrome metabólica.

STRESS E SÍNDROME METABÓLICA

O estilo de vida da sociedade pós-moderna ocasionou uma epidemia de obesidade, devido à ingestão de gordura e inatividade física e, como uma das conseqüências, verifica-se o aumento da síndrome metabólica. Sendo assim, constata-se que a síndrome metabólica está relacionada com aspectos orgânicos, sociais e também com aspectos psicológicos (Sharosvky, Ávila, Perez & Romano, 2005).

Segundo Sharosvky, 2005 et. al, dentre os aspectos emocionais envolvidos na síndrome metabólica, está à presença do stress psicológico crônico. A presença do estresse crônico contribui para a elevação dos níveis de cortisol, além de outras alterações no eixo-hipotalâmico-pituitário-adrenal (HHA).

Com relação ao mecanismo de elevação dos níveis de cortisol este ocorre inicialmente devido á uma reação do organismo frente à exposição crônica de estímulos estressores (Bjorntorp, Rosmond, 2000 apud Perez, 2007).

Em relação ao eixo hipotálamo – pituitária- adrenal é que ocorre às ações do sistema nervoso autônomo (SNA) e sistema endócrino, o hipotálamo, estrutura do sistema nervoso central, responsável pela regulação de funções básicas para a manutenção e sobrevivência do organismo, envia respostas orgânicas às alterações que ocorreram no meio ambiente externo e interno induzido por agentes estressores, fazendo com que o organismo procure se adaptar e manter a homeostasia (Almeida, 2003).

Dessa maneira, a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HHA) age induzindo as respostas fisiológicas adaptativas, bem como alterações físicas ou ambientais. Nesse sentido, os circuitos neurais do stress (excitatórios e inibitórios), são, portanto cruciais para o funcionamento fisiológico e psicológico estáveis do indivíduo, sendo que um controle inadequado na resposta ao stress está relacionado ao surgimento de doenças sistêmicas, dentre elas a síndrome metabólica.

Nesse sentido, os resultados de alguns estudos têm apontado uma relação entre síndrome metabólica e o stress. Foi realizado com 10.308 funcionários londrinos um estudo no qual se verificou que funcionários com stress crônico no trabalho tinham o dobro de probabilidade de desenvolver a síndrome do que aqueles sem stress (Chandola, Brunner, & Marmot 2006 apud Perez, 2007).

Além disso, outros estudos também têm apontado a relação do stress com alguns fatores da síndrome metabólica. Dentre eles, Bjorntorp (1997), propôs que hiperativação do eixo HHA pelo stress crônico poderia ocasionar acúmulo da gordura visceral.

Em relação à hipertensão arterial, experimentos demonstram a elevação transitória da pressão arterial em situações de stress, como o estresse mental. Em estudos mais recentes verifica-se o efeito do stress na reatividade cardiovascular e da pressão arterial. (Lipp, 2005 a).

Segundo Rios (2005, apud Perez, 2007), o stress é uma combinação de reações biológicas, cognitivas e comportamentais diante dos estímulos ambientais, a qual promove conseqüências inevitáveis, dentre as mais importantes estão: a resistência à insulina e alterações no metabolismo lipídico, que resultam na síndrome metabólica. Por isso devem ser considerados componentes importantes da síndrome metabólica fatores estressantes da vida afetiva, familiar, profissional e socioeconômica. Porém faz-se necessário compreender como atuam estes fatores estressantes na vida das mulheres.

STRESS E MULHERES

Devido às mudanças da sociedade, a mulher vem desempenhando um papel mais atuante, procurando administrar sua saúde, beleza e a família cumprindo, assim, uma série de papéis (Lipp, 2001).

No mundo moderno observa-se então, que cada vez mais a mulher tem se sobrecarregado, já que necessitam cuidar da casa, dos filhos, da vida profissional e da aparência ao mesmo tempo. Nesse sentido, hábitos importantes para a saúde cardíaca estão ficando em segundo plano, como por exemplo, dieta balanceada, tempo para atividade física, momentos de

descanso, o que contribui para o aparecimento do stress (Gebara & Santos, 2009).

Segundo Medeiros e Padial (2007), em um estudo realizado no ambulatório de Coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese com mulheres com Doença Arterial Coronariana, verificaram-se várias questões acerca dessas mudanças nos papéis da mulher na sociedade atual. Sobre a questão do trabalho, a grande maioria das mulheres desconsiderou as tarefas domésticas como sendo um trabalho. Sabe-se hoje que houve um aumento do número de mulheres casadas e com filhos no mercado de trabalho, o que acarretou um desgaste significativo na medida em que foi necessário acumular mais trabalho, o do lar e da família. Algumas entrevistadas continuaram desempenhando os dois papéis. Outro aspecto significativo nessa pesquisa foi de que as mulheres com dupla jornada não consideram o lazer como atividade, pois os fins de semana servem para “colocar a casa em ordem”. Dessa forma, as entrevistadas revelaram que não praticam atividades de lazer.

Várias pesquisas também vêm apontando para uma maior incidência de stress nas mulheres.

Segundo Lipp (2001), em uma pesquisa que foi realizada na cidade de São Paulo verificou-se que o número de mulheres estressadas era muito maior do que o dos homens.

Em 2000, Tanganelli ao avaliar o stress 104 mulheres chefes de família, mostrou que o stress é um fator presente na vida delas. A grande

maioria das participantes (66) encontrava-se na fase de resistência, com prevalência de sintomas psicológicos.

Um outro estudo (Calais, Andrade & Lipp, 2003) confirma que as mulheres apresentam mais stress sendo que uma das hipóteses para isso pode ser atribuído às expectativas da sociedade perante a mulher que exige o cumprimento de vários papéis ao mesmo tempo (ser humano competente, mãe, filha, esposa, mulher sensual etc). Estes papéis são aprendidos pelas mulheres desde meninas de forma bastante exigente. Sendo assim, percebe-se que muitas das fontes de stress feminino ainda são oriundas de um padrão ultrapassado de comportamento esperado para o sexo feminino.

Leitão (2009), que estudou a síndrome metabólica e o stress em usuários de duas Unidades Básicas de Saúde, também encontrou maior stress nas mulheres. Na unidade Jardim Comercial (população baixo nível sócio-econômico), o maior percentual de stress foi observado no sexo feminino, chegando a 69,4%. Dentre as mulheres estudadas a maioria se encontrava na fase de resistência (n=78), em quase-exaustão (n=21) e em exaustão (n=9). Já a Unidade Jardim Germânica (população de classe média e média baixa) também o maior percentual de stress foi constatado no sexo feminino, porém ainda maior chegando a 84,1%. Nas mulheres estudadas a maioria também se encontrava na fase de resistência (n=66), em quase exaustão (n=33) e em exaustão (n=4).

Dessa maneira, na contemporaneidade a prevalência do stress feminino tem se mostrado bastante elevado. Verifica-se com isso o quanto que o stress interfere na vida da mulher provocando inúmeras mudanças,

tanto no nível físico como no psicológico. Uma das possíveis consequências do stress excessivo ou prolongado é a hipersensibilidade emotiva, que muitas vezes leva a pessoa a reagir intensamente aos eventos, inclusive sentindo ou manifestando uma série de emoções como a raiva. Por isso, a raiva necessita também ser mencionada, a fim de se compreender as maneiras para lidar melhor com as tensões da vida moderna.

RAIVA

Segundo Spierberger (1992), raiva é, primeiramente, um mecanismo de proteção contra o poder real ou imaginário.

Lipp (2005 b) define a raiva como sendo um sentimento universal, que ocorre diante de situações que pareçam uma provocação, injustiça um insulto, uma maldade ou até mesmo diante de uma grande frustração ou algo que se opõe a um desejo ou uma idéia importante para o indivíduo.

A raiva está presente em várias situações em nossa sociedade e pode se constituir em fonte de stress. A raiva incontrolada está bastante presente no dia á dia (violência no trânsito, violência com crianças e idosos). Já a raiva que é útil, é aquela usada com limites aceitáveis na hora certa, que ocorre na defesa da justiça, na exigência de medidas preventivas (Lipp, 2005 b).

O desenvolvimento da raiva se dá em várias etapas quais sejam: evento desencadeador, interpretação do mesmo, stress emocional, reavaliação do evento sob perspectiva da raiva e o escalonamento da raiva. De acordo com Abordagem Cognitivo-Comportamental são as interpretações

não funcionais do evento que levam a conclusões errôneas e conseqüentemente a raiva. A tendência para se estressar e para sentir raiva está relacionada com um quadro que inclui distorções cognitivas, ou seja, uma maneira inadequada e muitas vezes ilógica de pensar e avaliar os eventos da vida, além das próprias vulnerabilidades pessoais e comportamentos que são desencadeados pelo próprio stress e pela raiva (Lipp,2009).

Segundo Spielberger (1992), existem dois modos de expressar a raiva: para dentro (como a mágoa) e para fora (verbal ou fisicamente). Ambas podem ser prejudiciais ao indivíduo ou porque expressam a raiva de modo explosivo ou porque inibem excessivamente a sua expressão. Quando a pessoa expressa a raiva de forma explosiva, isto leva ao afastamento das pessoas do seu convívio o que acaba prejudicando suas relações afetivas. Além disso, verificou-se que em situações estressantes as pessoas que expressam raiva de forma explosiva podem ter um aumento da pressão arterial.

Spielberger (1992) descreve que deixar de expressar a raiva pode acarretar um série de problemas de saúde como, por exemplo, a hipertensão. Nesse sentido, deve-se preocupar com a raiva porque esta é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças como hipertensão, doença coronariana, úlceras, morte prematura, depressão, obesidade etc (Lipp, 2005 b).

Segundo Lipp e Rocha (2007) em alguns estudos foi verificado que a raiva pode estar associada também a outros aspectos como depressão, obesidade, altos índices de divórcio, perda de emprego, dentre outros.

Segundo estes autores, em um estudo realizado com 150 adultos com aterosclerose constatou-se que pessoas que explodiam de raiva e tinham pouco apoio social apresentavam maior probabilidade de agravamento da arteriosclerose com o passar do tempo. Lipp e Rocha (2007) descrevem ainda uma outra pesquisa que foi realizada com 13 mil adultos que demonstrou que indivíduos com tendência a sentir raiva tinham três vezes maior probabilidade de vir a ter um infarto.

Em algumas pesquisas onde se utilizou o STAXI (Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço) verificou-se também uma correlação entre raiva e doenças diversas como hipertensão arterial, alterações no sistema cardiovascular e câncer (Spierberg, 1992).

Em outros estudos constatou-se que, quando a raiva se encontrava elevada, modificava o estado de alerta do organismo, pois envolvia uma alteração maior do sistema nervoso autônomo (Marino, 1975; Davidoff,1983; Spierberger,1992; Myers,1999; Swin,2001, Balone, 2002, apud Moreno,2007). Estes mesmos autores sugerem que a estimulação e excitação do sistema nervoso simpático alteram outras funções do organismo como o sistema cardiovascular, imunológico, os níveis de lipídeos, sistema endocrinológico e as taxas de colesterol, bem como a noradrenalina, adrenalina, testosterona e cortisol.

Segundo Lipp (2005 b), a origem biológica da raiva e do medo é a mesma (amígdala), porém o efeito é diferente porque enquanto o medo aumenta a atenção, a raiva a reduz levando o indivíduo a somente focalizar o seu sentimento de ofensa. Sendo assim, a raiva está ligada a uma série de mudanças hormonais. Segundo a autora, a nível cerebral, a amígdala recebe

uma mensagem de perigo, real ou imaginário, físico ou emocional, que ativa o hipotálamo e a glândula pituitária. Essa glândula libera no sangue o hormônio adrenocorticotrópico que atua nas glândulas supras-renais, que acabam produzindo adrenalina e nor-epinefrina e outros hormônios. Com isso o metabolismo se altera a ponto de fazer o indivíduo lutar ou fugir do agente provocador. O ritmo cardíaco se acelera com a finalidade de circular no corpo todos os hormônios produzidos pelo stress e da raiva, as pupilas dilatam, a pressão arterial aumenta, o sistema digestório é inibido. Devido ao aumento da energia é comum que haja risco da pessoa perder o controle ou tomar atitudes impensadas e agressivas.

Considerando a possibilidade da contribuição de fatores psicológicos, como stress e raiva, para o desenvolvimento de doenças coronarianas e da síndrome metabólica, o presente trabalho pretendeu estudar essa possível associação.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo é avaliar o nível de stress e a expressão da raiva (para fora ou para dentro) em um grupo de mulheres com síndrome metabólica.

Objetivos Específicos

- 1) Avaliar o nível de stress em mulheres com síndrome metabólica;
- 2) Avaliar a expressão de raiva, tanto para fora como para dentro, em mulheres com síndrome metabólica;
- 3) Estudar a associação entre stress e a expressão da raiva nas mulheres com síndrome metabólica.

MÉTODO

Participantes

Fizeram parte deste estudo 20 mulheres com síndrome metabólica na faixa etária de 50 a 65 anos. A média de idade foi de 57 anos, com DP=5,26. Foram avaliadas ao todo 35 mulheres, sendo 15 excluídas por não preencherem os critérios de inclusão estabelecidos. As participantes foram encaminhadas por cardiologistas e endocrinologistas de um hospital universitário do interior de São Paulo.

Critérios de Inclusão

Os seguintes critérios foram utilizados para a seleção das participantes:

- Ser do gênero feminino idade entre 50 a 65 anos;
- Possuir o diagnóstico de síndrome metabólica. Para este diagnóstico foi considerada a definição do Programa Nacional de Educação do Colesterol: Terceiro Painel de Tratamento do Adulto (NCEP-ATP III), que a define como a combinação de pelo menos três dos seguintes componentes: circunferência abdominal > 102 cm no homem e 88 cm na mulher; triglicérides > do que 150mg/dl; HDL – colesterol < do que 40 MG/dl em homens e < 50mg/dl em mulheres; LDL- colesterol > 160mg/dl; hipertensão arterial > do que 130/80 mmHg; Glicemia em jejum superior a 110mg/dl;
- Concordar em participar do estudo voluntariamente;

- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Critérios de Exclusão

- Apresentar transtorno psiquiátrico previamente diagnosticado;
- Ter diagnóstico de infarto ou doença coronariana.

Material

Além do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A)** que apresentava informações relativas à pesquisa e que foi elaborado de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Federal de Psicologia de dezembro de 2000 (Protocolo do Comitê de Ética nº197/09), foram usados os seguintes instrumentos:

- **Roteiro de Entrevista Psicológica Semi-Dirigida (Anexo B)**

O roteiro foi elaborado, especificamente para esta pesquisa com o objetivo de obter dados referentes a aspectos psicossociais e dados sobre a doença. Os itens que constituem esta ficha são: Dados de identificação, diagnóstico clínico e hábitos de vida (Anexo B).

- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL – (Lipp, 2000):**

Este instrumento foi elaborado por Lipp (2000). Compõe-se de 53 itens sendo 34 itens de origem física e 19 de natureza psicológica, divididos em

três quadros. O primeiro indica sintomas experimentados nas últimas 24 horas, sendo doze sintomas físicos e três psicológicos. O segundo indica sintomas experimentados na última semana, sendo dez sintomas físicos e cinco psicológicos. O terceiro quadro indica sintomas experimentados no último mês, sendo doze sintomas físicos e onze psicológicos. O instrumento tem três objetivos: (1) verificar se o indivíduo apresenta stress; (2) investigar a fase de stress em que a pessoa se encontra - alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão - e (3) indicar qual a área de maior manifestação dos sintomas - físicos e/ou psicológicos.

A avaliação das respostas é feita através do uso de tabelas que transformam os dados brutos em porcentagens para facilitar a análise dos dados obtidos.

Trata-se de um instrumento padronizado e normatizado, no qual foram utilizadas técnicas estatísticas apropriadas para calcular a confiabilidade. Foi utilizada neste estudo a estatística Alfa de Cronbach, medida que estima a confiabilidade desta escala, tendo se obtido o coeficiente Alfa de 0,9121, o que significa uma alta confiabilidade do instrumento.

- **Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (S. TA. X.I.)
Desenvolvido por Spielberger (1992) e traduzido por Ângela Biaggio:**

O Staxi permite avaliar a expressão da raiva (para fora ou para dentro). Consiste de 44 itens que formam seis escalas e duas subescalas. Dentre eles estão: Estado de raiva, traço de raiva, temperamento raivoso, reação de raiva, raiva para dentro, raiva para fora, controle da raiva e

expressão da raiva. Resumidamente podem-se definir cada uma delas da seguinte maneira, segundo Spielberger:

- *Estado de raiva*: consiste num estado transitório de raiva que ocorre no momento da aplicação do teste;
- *Traço de raiva*: mede o traço estável de raiva crônica;
- *Temperamento*: subescala da escala de Traço que indica a tendência crônica para sentir raiva;
- *Reação de raiva*: uma subescala de traço, mensura diferenças individuais nas reações de raiva relacionadas com situações que envolvam frustração, avaliações negativas, críticas ou tratamento injusto;

Existem outras quatro escalas que indicam a direção da raiva:

- *Raiva para fora*: frequência da raiva que o indivíduo expressa em relação a outras pessoas ou objetos do meio;
- *Raiva para dentro*: mede a frequência com que os sujeitos guardam ou reprimem os sentimentos de raiva;
- *Controle de raiva*: mede a frequência com que cada sujeito consegue controlar a expressão da raiva
- *Expressão da raiva*: medida global da raiva, levando em consideração as três escalas anteriores.

Verificou-se em algumas pesquisas com o STAXI que existiam correlações entre a raiva e doenças diversas como: hipertensão arterial, alteração no sistema cardiovascular, câncer (Spielberger, 1992).

Segundo Lipp (2005 b), observou-se que diante de situações de stress os indivíduos apresentavam dois estilos para expressar a raiva: Raiva para fora e raiva para dentro, sendo que as duas formas de expressar são prejudiciais, pois contribuem para o aumento da pressão arterial, seja através da explosão (raiva para fora), ou guardando este sentimento (raiva para dentro).

Sendo assim, para o presente trabalho enfocou-se principalmente os escores de raiva para dentro e para fora, com a finalidade de verificar se estas características se encontram presentes em mulheres com síndrome metabólica.

Local: As participantes foram avaliadas em uma sala cedida pelo setor de cardiologia e da endocrinologia de um hospital universitário do interior de São Paulo.

Pessoal: Além da pesquisadora, auxiliaram neste estudo o cardiologista Dr. Claudio Pinho, e as endocrinologistas Dra. Valéria Chueire e a Dra. Márcia Piva.

Procedimento

Inicialmente, foi solicitado à equipe de cardiologia e à equipe da endocrinologia do hospital universitário, o encaminhamento de pacientes do sexo feminino com o diagnóstico de síndrome metabólica para a realização desse estudo. A pesquisadora permanecia na sala designada no setor de

cardiologia em disponibilidade no período da tarde às sextas-feiras e nas terças-feiras ficava disponível no setor de endocrinologia. Estes eram os dias agendados por ambas as especialidades para fazerem os encaminhamentos. Coube assim, aos médicos, o diagnóstico da síndrome metabólica previamente ao encaminhamento.

As vinte pacientes que aceitaram participar deste estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram submetidas à avaliação psicológica constituída pela entrevista e pelos testes ISSL e STAXI. A entrevista foi realizada individualmente com cada participante e teve aproximadamente duração de 30 a 50 min dependendo da dificuldade apresentada por cada paciente.

Benefícios para as participantes

A pesquisadora se colocou à disposição para fornecer os resultados dos testes e fornecer orientações para todas as pacientes que participaram do estudo. Para todas as pacientes que foram avaliadas a devolutiva foi realizada sempre na semana seguinte a avaliação, exatamente nos mesmos dias da semana e horários descritos acima. Apesar da disponibilidade da pesquisadora em fornecer os resultados, a grande maioria não compareceu na semana seguinte para o retorno. Ao notar que isto estava acontecendo, algumas orientações foram passadas ao final da entrevista, com intuito de auxiliar as pacientes no tratamento, bem como nos seus hábitos de vida, aspectos estes que estavam prejudicando o que pode ser verificado na

medida em que a grande maioria das participantes apresentava mais do que o mínimo de fatores para o diagnóstico de Síndrome Metabólica.

RESULTADOS

MÉTODOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

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

Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher, na presença de valores esperados menores que 5. Para comparar as variáveis numéricas entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à sua ausência de distribuição Normal das variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Para a análise estatística foi utilizado o programa computacional SAS for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.02.

Os dados dos testes aplicados: ISSL e do Staxi foram computados com base nas tabelas de cada manual.

Dados Sócio-Demográficos

Nesta parte são descritos os dados referentes à idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, religião, e ocupação atual das 20 mulheres que participaram do estudo.

A distribuição da amostra em relação à faixa etária foi de 60% entre 50 a 59 anos e 40% entre 60 a 69 anos. A média da idade foi de 57 anos, sendo que a idade mínima foi de 50 anos e a máxima de 66 anos (com desvio – padrão de 5,26).

Quanto ao estado civil, de acordo com os dados da Tabela 1, observou-se que um predomínio da condição de casada 75% (15).

Com relação ao número de filhos da amostra a média ficou em 2 filhos (com desvio-padrão de 1,95). O mínimo ficou em não ter filhos e o máximo de filhos ficou em 7.

Tabela 1 – Distribuição das pacientes, quanto estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Solteira</i>	<i>1</i>	<i>5%</i>
<i>Casada</i>	<i>15</i>	<i>75%</i>
<i>Divorciada</i>	<i>1</i>	<i>5%</i>
<i>Viúva</i>	<i>2</i>	<i>10%</i>
<i>Amasiada</i>	<i>1</i>	<i>5%</i>

Tabela 2 – Distribuição das pacientes, quanto ao nível de Escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Analfabeto</i>	3	15%
<i>1º Grau Incompleto</i>	11	55%
<i>1º Grau Completo</i>	3	15%
<i>2ª Grau Completo</i>	2	10%
<i>3º Grau Incompleto</i>	1	5%

Quanto ao nível de escolaridade, descrito na Tabela 2, constatou-se que houve um predomínio das pacientes com 1º grau incompleto (55% do total). Somente 15% apresentaram 1º grau completo, seguidos 10% com 2º grau completo e uma minoria de 5% com 3º grau incompleto. Além disso, 15% eram analfabetas.

Já os dados da Tabela 3 descrevem as crenças religiosas das pacientes. Verificou-se o predomínio da religião católica (60% do total). Sendo que, quatro das pacientes eram evangélicas, uma era testemunha de Jeová, uma era adventista, uma disse “acreditar em Deus” e uma era budista.

Tabela 3 – Distribuição das pacientes quanto à religião ou crença religiosa

<i>Religião</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Católica</i>	12	60%
<i>Testemunha de Jeová</i>	1	5%
<i>Evangélica</i>	4	20%
<i>Adventista</i>	1	5%
<i>Acredita em Deus</i>	1	5%
<i>Budista</i>	1	5%

A Tabela 4 descreve os dados referentes à ocupação atual das pacientes. Observou-se que grande maioria apresentava uma tendência a cuidar do lar (80% do total), seguida da atividade de faxineira (5% do total), vendedora (5% do total e auxiliar de enfermagem (5% do total).

Tabela 4 – Distribuição das pacientes, quanto á ocupação atual

<i>Ocupação Atual</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	1	5%
<i>Costureira</i>	1	5%
<i>Do Lar</i>	16	80%
<i>Faxineira</i>	1	5%
<i>Vendedora</i>	1	5%

De acordo com a Tabela 5 verificam-se os fatores de risco para a síndrome metabólica apresentados pelas 20 pacientes, segundo os critérios da ATP III. Dentre os fatores apresentados o maior índice foi o de Dislipidemia com (90% do total), seguidos de hipertensão arterial com (80% do total), obesidade abdominal com (75% do total), glicemia/ Diabetes mellitus com (75% do total), sedentarismo com (45% do total) e o menor fator apresentado que foi o tabagismo com (20% do total).

O Anexo C, apresenta o perfil da amostra em detalhes.

Tabela 5 – Fatores de Risco para Síndrome metabólica

<i>Fatores de Risco</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Obesidade Abdominal</i>	15	75%
<i>Hipertensão Arterial</i>	16	80%
<i>Dislipidemia</i>	18	90%
<i>Glicemia de Jejum/ Diabete mellitus</i>	15	75%
<i>Sedentarismo</i>	9	45%
<i>Tabagismo</i>	4	20%

Segundo Critérios NCEP ATP III (2001).

Dados da avaliação Psicológica

Nesta parte são apresentados os dados da avaliação psicológica realizada na amostra. A análise dos dados psicológicos corresponde às variáveis: stress e raiva.

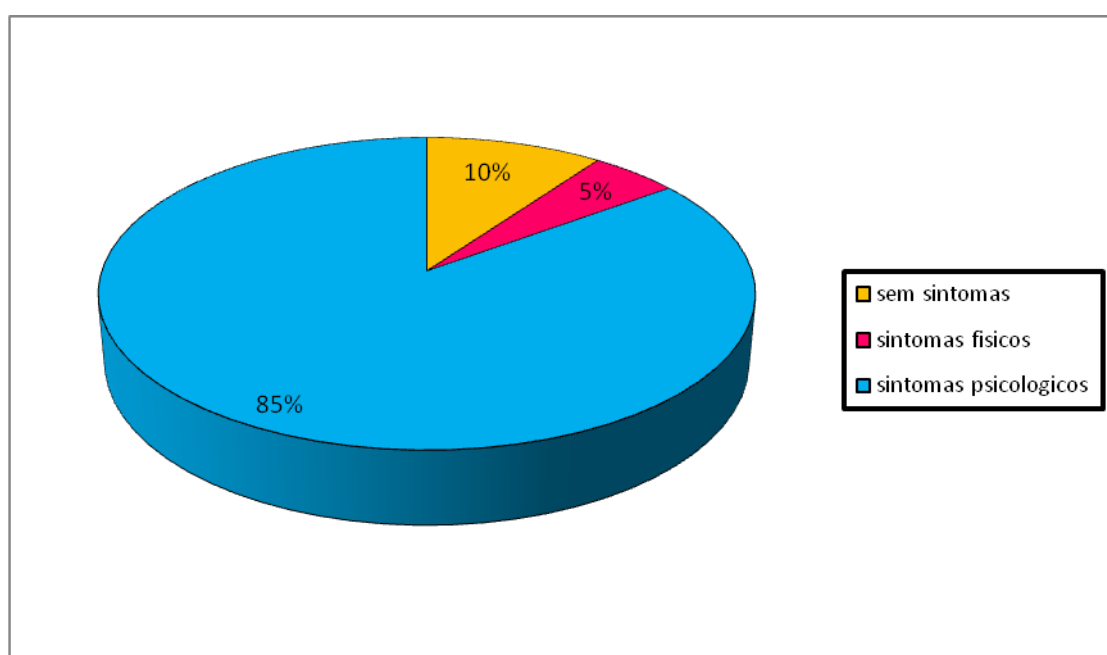
Resultados do ISSI

A Tabela 6 mostra a prevalência de stress da amostra, por fase, e a Figura 1 mostra a predominância dos tipos de sintomatologia de stress das participantes.

Tabela 6 – Distribuição das pacientes, quanto á variável: fase do Stress

Fase do Stress	Nº de Pacientes	Porcentagens
<i>Sem stress</i>	2	10%
<i>Alerta</i>	1	5%
<i>Resistência</i>	2	10%
<i>Quase – Exaustão</i>	0	0
<i>Exaustão</i>	15	75%
<i>Total</i>	20	100%

De acordo com os dados apresentados na Tabela 6, 75% da amostra estavam na fase de exaustão e 10% apenas não apresentaram stress.

**Figura 1 – Sintomatologia física e psicológica do stress**

A amostra apresentou uma prevalência de sintomas psicológicos do stress (85%) conforme demonstra a Figura 1. De acordo com as respostas dos pacientes ao ISSL, os sintomas psicológicos do stress mais apontados pelas pacientes na fase de exaustão foram: “cansaço excessivo” (15), “angústia e ansiedade diária” (15), “vontade de fugir de tudo”, “hipersensibilidade emotiva” (14), “apatia, depressão, raiva prolongada” (12) e “pesadelos” (11), conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 – Sintomas Psicológicos mais freqüentes

<i>Sintomas Psicológicos</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Cansaço Excessivo</i>	75%
<i>Angústia, Ansiedade Diária</i>	75%
<i>Vontade de Fugir de Tudo</i>	70%
<i>Hipersensibilidade Emotiva</i>	70%
<i>Apatia, Depressão, Raiva Prolongada</i>	60%
<i>Pesadelos</i>	55%

Em relação aos sintomas físicos mais mencionados pelas pacientes também na fase de exaustão foram: “Insônia” (15), “excessos de gases” (15) e mudança de apetite (12), conforme demonstra a Tabela 8.

Tabela 8 – Sintomas Físicos mais freqüentes

<i>Sintomas Físicos</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Insônia</i>	75%
<i>Excesso de Gases</i>	75%
<i>Mudança de Apetite</i>	60%

Resultados do STAXI**Tabela 9 - Distribuição das pacientes, quanto à Expressão da Raiva**

<i>Variáveis Raiva</i>	<i>Número de Pacientes com Percentil < 25</i>	<i>Porcentagens</i>	<i>Número de Pacientes com Percentil > 75</i>	<i>Porcentagens</i>
<i>Traço de Raiva</i>	11	55%	6	30%
<i>Reação de Raiva</i>	11	55%	6	30%
<i>Raiva para Dentro</i>	4	20%	11	55%
<i>Raiva para Fora</i>	18	90%	1	5%

O Inventário de Expressão de Raiva Traço-Estado de Spieberger (STAXI) forneceu medidas da amostra quanto à expressão da raiva, conforme mostra a Tabela 9. Os escores brutos obtidos por esse inventário são transformados em percentis que indicam como um determinado indivíduo se compara com outros que são semelhantes em idade e sexo. De acordo com a Tabela 9, 55% das pacientes, apresentaram um percentil maior ou igual a 75, referente ao comportamento de “colocar” a raiva para dentro; 90% das pacientes apresentaram um percentil menor ou igual a 25, demonstrando dificuldade de “colocar” a raiva para fora, 55% da amostra apresentaram um percentil menor ou igual a 25, revelando um baixo índice de traço. O mesmo índice foi apresentado no que se refere à reação de raiva. Estes dados indicaram que a amostra tem uma tendência maior em não demonstrar a raiva, ou seja, guardar ou reprimir os sentimentos de raiva. Embora os escores de traço de raiva e reação de raiva não tenham sido escolhidos

previamente para inclusão neste estudo estes, são mencionados devido aos seus resultados terem sido significativos.

Análise comparativa entre stress emocional e outras variáveis

Através do Teste Exato de Fisher, verificou-se uma diferença significativa na variável prática de exercício físico na comparação entre as mulheres que não apresentaram stress e nas que estavam em exaustão. Constatou-se que as mulheres em exaustão faziam atividade física com menor frequência do que as mulheres que não apresentavam stress, ou seja, as mulheres com stress são mais sedentárias do que as sem stress ($P=0.038$), conforme demonstra a Figura 2.

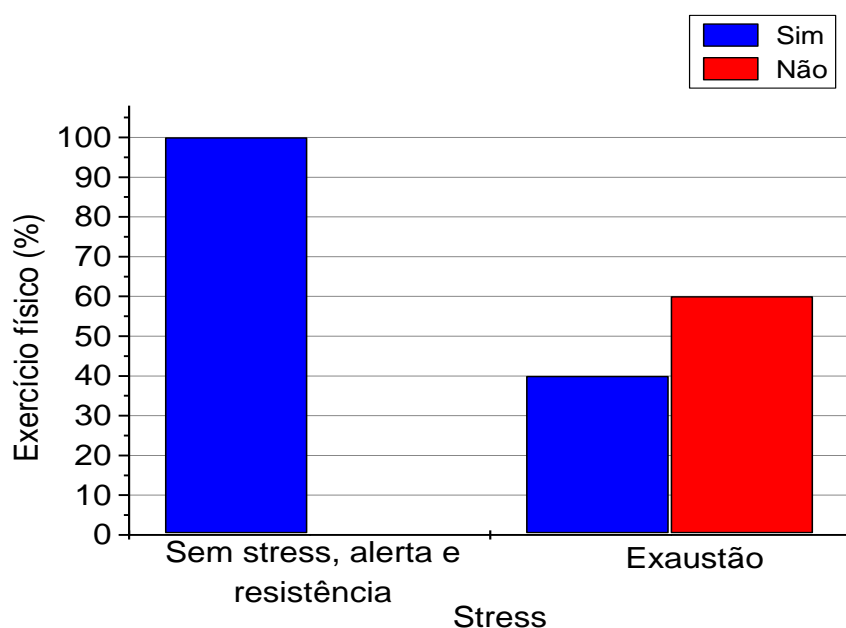


Figura 2- Relação Stress e Exercício Físico

Stress emocional e sua relação com a Raiva

Através do Teste de Mann-Whitney verificou-se correlação significativa entre ter stress e os escores do STAXI para traço de raiva. A média do grupo (n=15) foi de 52,54 com a mínima de 33,60 e a máxima de 73,30 com um DP=16,25 e p=0.032. Outro escore significativo foi do stress e reação de raiva, as mulheres com stress apresentaram também maiores valores. A média do grupo (n=15) foi de 48,83 com a mínima de 33,60 e a máxima de 73,30 com um DP= 13,12 e p=0.030. Isto significa que tanto nos escores de traço de Raiva como nos escores de reação de raiva as mulheres em exaustão apresentaram valores maiores do que as que não tinham stress, conforme a figura 3 e 4.

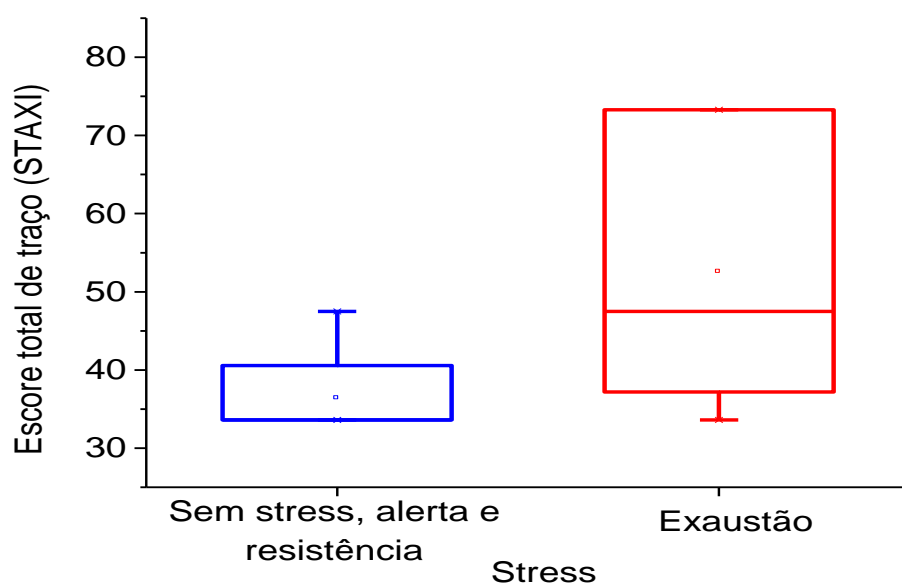


Figura 3- Relação Stress e Traço de Raiva

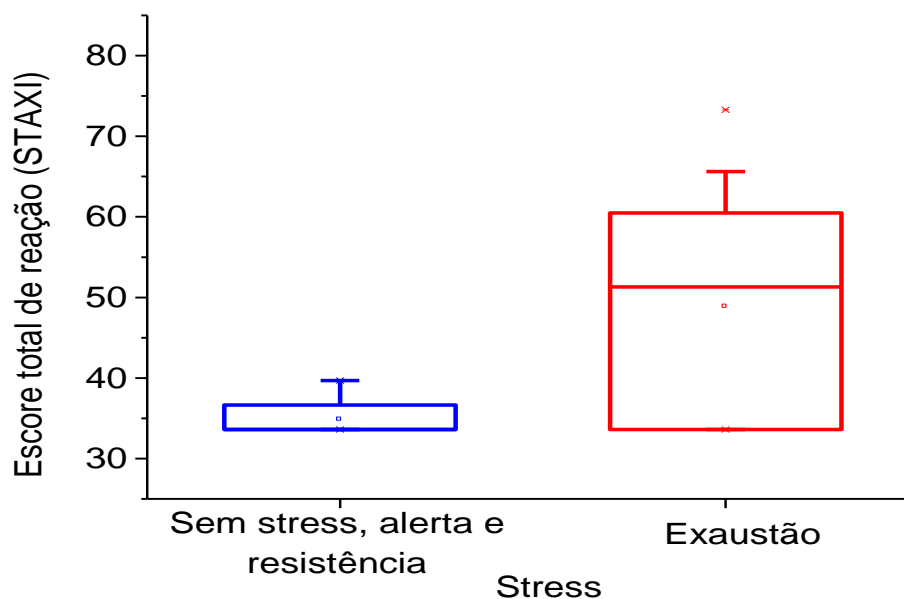


Figura 4- Relação Stress e Reação de Raiva

Tabela 10 - Raiva acima da média

Fases do Stress	Dentro	Fora	Traço	Reação	Total
<i>Sem Stress</i>	-	-	-	-	-
<i>Alerta</i>	1	-	-	-	1
<i>Resistência</i>	2	-	-	-	
<i>Exaustão</i>	8	1	6	6	21
Total	11	1	6	6	22

Na Tabela 10 pode-se verificar que, quanto maior o nível de stress apresentado pelas mulheres, maior o nível de raiva. As mulheres sem stress não apresentaram nenhum escore de raiva; as mulheres em alerta (1) apresentavam raiva acima da média em raiva para dentro; já as em resistência (2) também apresentaram alto escore em raiva para dentro, enquanto as em exaustão, a grande maioria que fez parte deste estudo (8)

apresentou escore maior em raiva para dentro,(1) em raiva para fora, (6) em traço de raiva e (6) em reação de raiva. Isto significa que quanto maior o nível de stress maior foi o escore de raiva. Essas associações são ilustradas nas Figuras 5, 6, 7 e 8. Primeiramente a Figura 5 demonstra que quanto maior o número de sintomas do stress, maiores foram os escores de traço de raiva

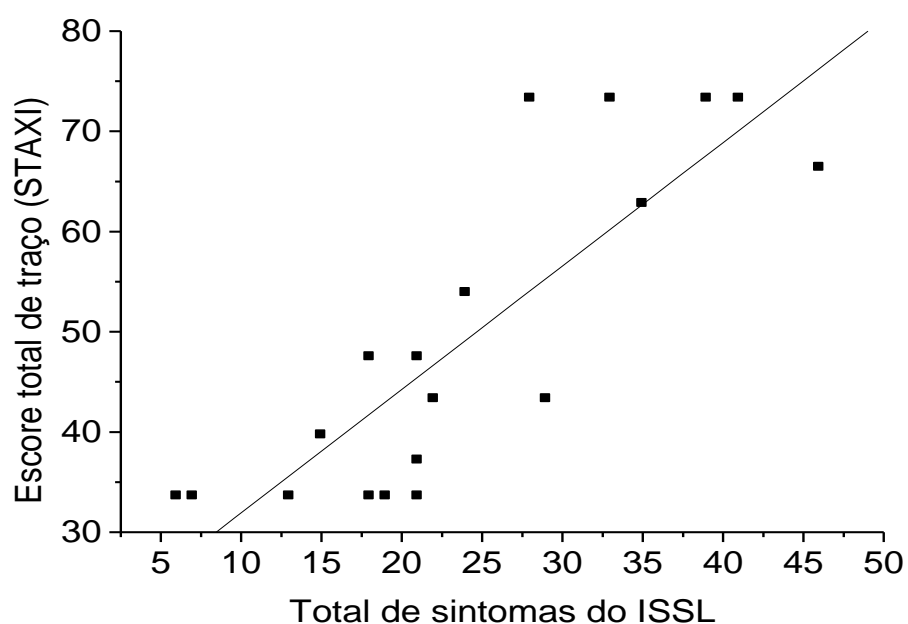


Figura 5 Relação Entre Traço de Raiva e Total de Sintomas de Stress

De acordo com demonstração realizada na Figura 6, conclui-se que quanto maior a porcentagem de stress maior foi o escore de reação de raiva.

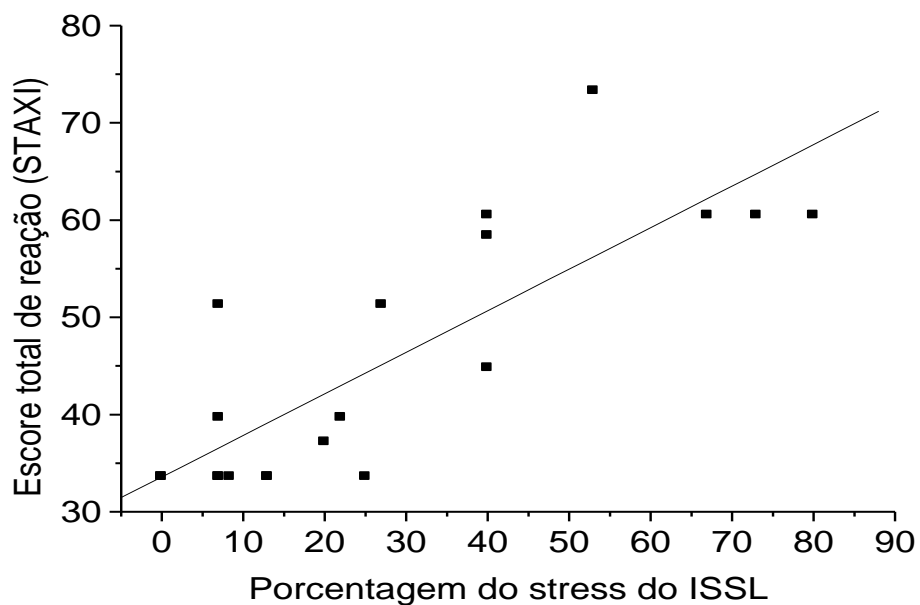


Figura 6 – Relação entre Reação de Raiva e Total de Sintomas de Stress

A Figura 7 ilustra a associação entre os escores de raiva para dentro e total de sintomas de stress: quanto maiores os escores de raiva para dentro, maiores foram o número de sintomas de stress

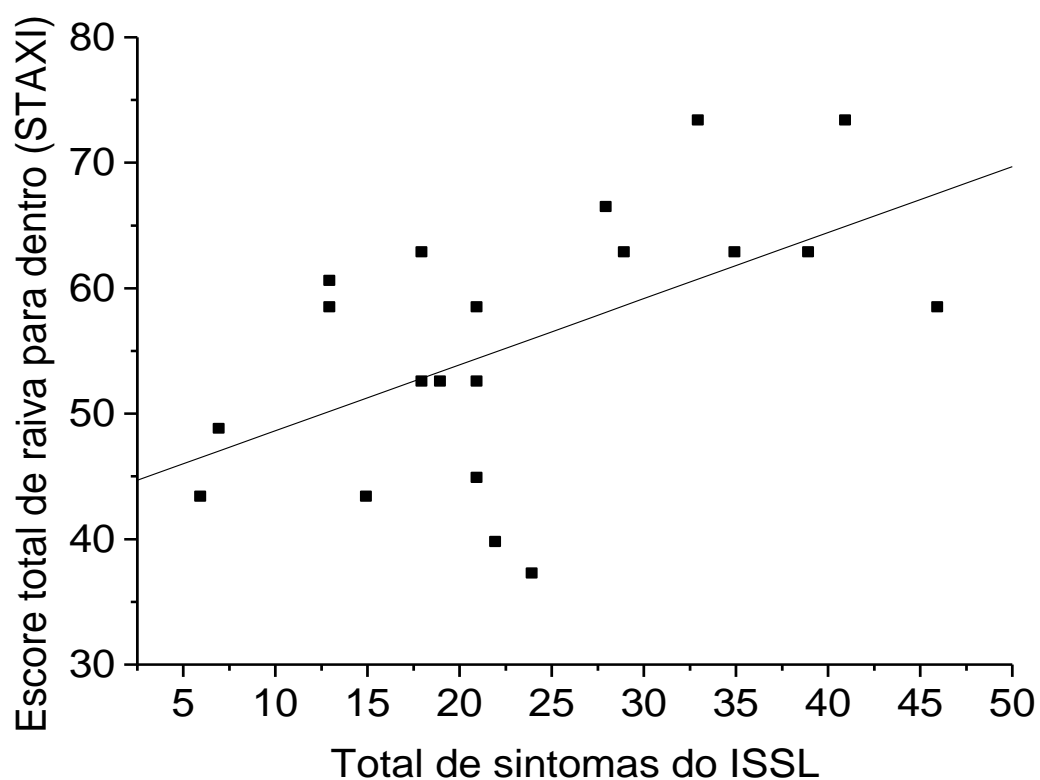


Figura 7- Relação Entre Raiva Para Dentro e Total de Sintomas de Stress

A Figura 8 ilustra a associação entre os escores de raiva para fora e total de sintomas de stress, quanto maior o número de sintomas de stress maiores foram os escores de raiva para fora.

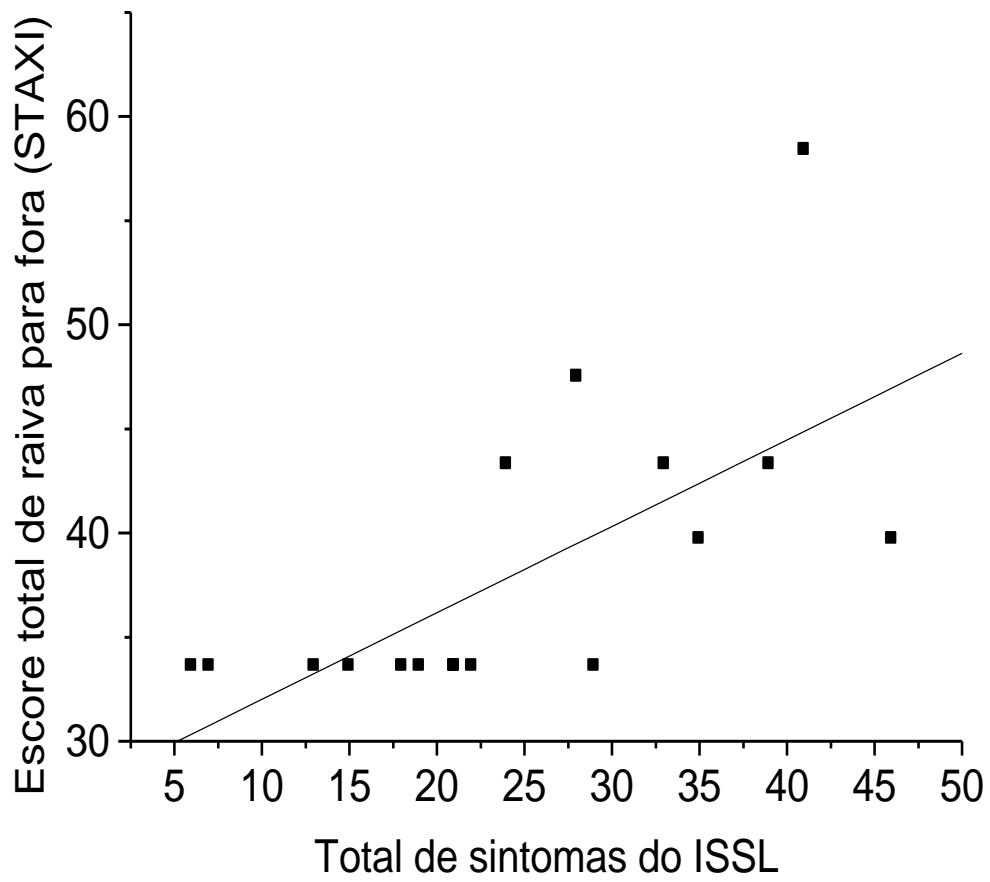


Figura 8 - Relação Entre Raiva Para fora e Total de Sintomas de Stress

Outras Variáveis e sua relação com a Raiva

No que tange as correlações entre as variáveis numéricas e os escores de raiva do STAXI, houve correlação significativa nos escores do traço de raiva, ou seja, quanto maior a idade, menores são os escores de raiva, isto está representado na Figura 9.

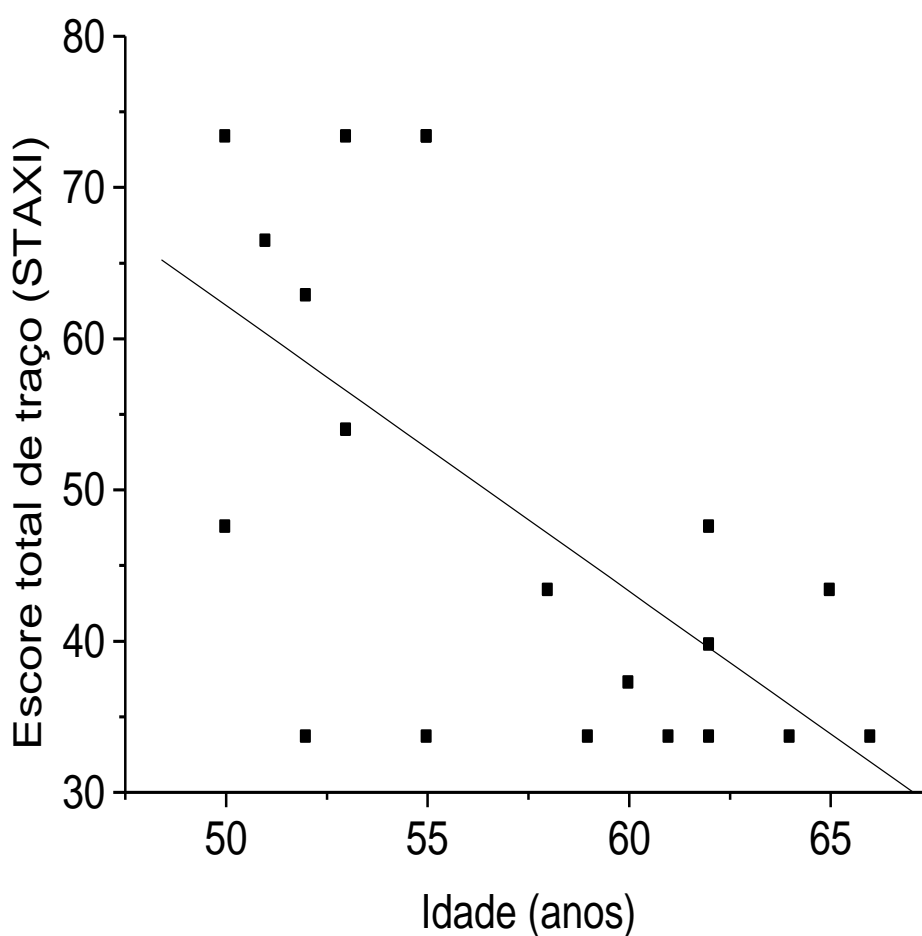


Figura 9 – Relação Entre Traço de Raiva e Idade

Observações clínicas

Com o objetivo de enriquecer os resultados da presente pesquisa, bem como possibilitar melhor discussão dos mesmos, optou-se em descrever alguns dados importantes sobre as participantes e sobre a coleta de dados que ocorreu tanto no ambulatório de cardiologia, como no da endocrinologia.

Como descrito anteriormente, foram avaliadas ao todo para a presente pesquisa 35 mulheres, sendo 15 excluídas por não apresentarem os requisitos mínimos dos critérios de inclusão. Além destas excluídas, muitas outras nem chegaram a ser avaliadas pois, já no início da entrevista, foi percebida a impossibilidade de participação, devido a outros problemas como depressão, transtorno de pânico dentre outras comorbidades. Sendo assim, além do diagnóstico de síndrome metabólica, uma grande maioria apresentava outros problemas de saúde, o que demonstra o quanto estão prejudicadas, tanto física como emocionalmente. Isto é importante relatar, pois as várias comorbidades apresentadas pelas pacientes dificultaram bastante a coleta de dados, já que muitas não puderam participar e outras tiveram que ser excluídas posteriormente. Mesmo algumas mulheres avaliadas que não estavam na faixa etária descrita (50 a 69 anos), ou seja, eram mais novas (37 a 49 anos) apresentavam também algumas comorbidades. Embora as avaliadas nesta última faixa etária seja um número pequeno, a pesquisadora considerou importante mencionar este aspecto, pois se verifica que mesmo antes da menopausa a mulher já vem apresentando problemas de saúde, além da síndrome metabólica, o que é um fator preocupante.

Além disso, foi possível observar que a grande maioria das participantes mostrava-se durante a entrevista extremamente irritadiça. Muitas também demonstraram estar ansiosas, o que provavelmente dificulta a perda de peso. Quando questionadas sobre eventos da vida que poderiam interferir no quadro clínico atual descreveram que várias situações de vida que acreditavam ter interferido, e dentre as mais mencionadas estão: a perda de um filho, morte de um ente querido, falta de ou problemas no trabalho.

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu avaliar a possível influência do stress e da raiva na síndrome metabólica de mulheres.

A amostra foi composta por 20 mulheres na faixa etária de 50 a 65 anos dos ambulatórios de cardiologia e de endocrinologia de um hospital do interior do estado de São Paulo.

Analisando a amostra participante da pesquisa de acordo com a faixa etária, verifica-se que a grande maioria da amostra se concentrou no segmento entre 50 a 59 anos, o que vai de encontro com um estudo realizado na cidade de Vitória, no Espírito Santo.

Segundo Salaroli, Barbosa, Mill e Molina (2007), a prevalência na faixa etária entre 55 a 64 anos alcançou um aumento da síndrome metabólica em cerca de 48,3% em relação a outras faixas etárias. Foi observado, principalmente nas mulheres um aumento progressivo da SM, segundo os critérios da NCEP ATP III, que serviram de base para o presente estudo.

Porém chamou a atenção neste estudo de Salaroli, et al a prevalência elevada da síndrome metabólica na faixa etária mais baixa, o que corrobora as observações feitas pela pesquisadora, que encontrou no presente estudo em pacientes mais novas um número significativo de fatores de risco em mulheres, as quais foram excluídas por não apresentarem os critérios mínimos de inclusão para esta pesquisa. Este dado é importante na medida em que quanto mais cedo as mulheres apresentarem estes fatores mais as chances de desenvolverem problemas cardíacos numa fase mais adiantada. Oliveira, Assis, Silva, Santana, Santos, Pinheiro, Barreto e Souza (2009)

constataram em mulheres com média de idade de 36 anos a presença da SM. Dentre os critérios observados cerca de 41,4 % apresentaram excesso de peso. O índice mais prevalente neste estudo foi o de dislipidemia (48,9%), seguidos da gordura abdominal (35,7%). O maior problema de saúde relatado pelas mulheres foi a dislipidemias (19,4%) e Hipertensão arterial (22,2%).

Embora isto tenha sido observado, em outro estudo também se constatou a influência do avanço da idade sobre a prevalência de síndrome metabólica nas mulheres acima de 45 anos, o que pode estar associado com a proximidade da menopausa (Oliveira, Souza & Lima, 2006). Segundo Lotufo (2007), já no final dos anos 80 era possível detectar altas taxas de mortalidade na população feminina brasileira na faixa etária entre 45 a 64 anos, devido a problemas cardiovasculares.

No que se refere à escolaridade da amostra estudada constatou-se que a grande maioria apresentou pouca instrução, sendo três participantes analfabetos e onze apenas alfabetizadas, ou seja, com escolaridade entre primeira série e quartas séries do ensino fundamental. O baixo nível de escolaridade prejudicou de certa maneira as entrevistas psicológicas, devido à dificuldade de entendimento de algumas participantes, embora isto não tenha interferido nos dados coletados. O baixo nível de escolaridade era, na verdade, esperado nesta amostra, pois as mulheres encaminhadas são atendidas pelo SUS, apresentando condições sócio-econômicas mais baixas.

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra é formada por mulheres formalmente casadas ou amasiadas há vários anos. E quanto à religião, a maioria das participantes afirmou ser católica.

Quanto à ocupação atual da amostra estudada, a quase totalidade das participantes cuida do lar. Em seu estudo, Moreno (2007) também verificou que a maioria das mulheres eram donas de casa. Uma hipótese levantada por ela sobre este aspecto é de que talvez a rotina do dia a dia sem trocas exteriores possa elevar a ansiedade e o stress das mulheres. Além disso, constatou que estas poderiam carecer de reforços que uma atividade profissional poderia trazer, ou mesmo que a dependência financeira poderia ser um fator estressante.

Ainda dentre os dados de caracterização da amostra, segundo os critérios diagnósticos da NCEP ATP III, verifica-se que a grande maioria da amostra apresentou mais do que três fatores de risco que compõem a síndrome metabólica. Dentre os mais presentes estão: a dislipidemia hipertensão arterial, obesidade abdominal, glicemia/diabetes mellitus, sedentarismo e, por último, tabagismo.

Com relação à alta porcentagem encontrada no que se refere à dislipidemia na amostra, segundo a literatura atual não há um consenso sobre as causas de elevados índices nesta faixa etária. Constatou-se apenas, em estudos com mulheres na pós-menopausa, que as medidas antropométricas foram consideradas fatores de risco para o desenvolvimento da dislipidemia (Oliveira, Sampaio, Carvalho & Lima, 2008).

Por outro lado, Krause, Hallage, Micullis, Gama e Silva (2008). destacam que a dislipidemia encontra-se mais presente em idade avançada. Porém constataram, num estudo realizado com mulheres na faixa de 60 anos, que indicaram uma alta prevalência de mulheres com perfil lipídico desfavorável, principalmente nos níveis de HDL, que ficaram abaixo do

recomendado em um terço das mulheres avaliadas. Sabe-se que o HDL é de grande importância para as mulheres na pré-menopausa, pois representa um fator de proteção para o desenvolvimento de problemas cardíacos.

Com relação à hipertensão, também se verificou uma alta porcentagem nas mulheres estudadas, como foi encontrado em outros estudos (Luna, 2006 b) que constataram um aumento de acordo com a idade. Também segundo I DBPDCV de 2008, tem-se observado um grande percentual de mulheres hipertensas na faixa etária de 55 a 74 anos. Atualmente estima-se, segundo esta diretriz, que cerca de 80 % das mulheres serão hipertensas na menopausa. Além disso, dentre os fatores de risco para hipertensão arterial estão à idade, sexo e etnia, fatores sócio-econômicos, consumo excessivo de sal, obesidade, etilismo e sedentarismo, segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial de 2006.

Rezende, Rosado, Ribeiro, Vidigal, Vasques, Bonard e Carvalho (2006) constataram freqüências elevadas de sobrepeso e obesidade em mulheres, na faixa etária de 28 a 71 anos. Cerca de 74% das mulheres apresentaram obesidade abdominal, sendo que um índice elevado também pode ser verificado nas mulheres avaliadas chegando a 75 %, revelando que a maioria das participantes apresentava sobrepeso.

Krause, Hallage, Micullis, Januário, Gama e Silva (2009). verificaram também uma prevalência de obesidade abdominal, hipertensão arterial e diabetes mellitus em um estudo com mulheres acima de 60 anos. Nesse sentido, pode-se levantar a hipótese de que acordo com a idade os riscos destes fatores de risco vão aumentando, além do que a presença de um fator pode determinar a existência de outro, já que todos se inter-relacionam entre

si, o que é de extremo prejuízo para a saúde e para a qualidade de vida destas mulheres. Talvez por esses motivos o índice de glicemia/ Diabetes também tenha atingido um nível elevado com 75%. Porém, McLellani, Barbalho, Cattalini e Lerario (2007), consideram a incidência do Diabetes Mellitus, como sendo resultado da interação entre predisposição genética, além de fatores de risco ambientais e comportamentais. Dentre os fatores de risco modificáveis que parecem ser determinantes nessa enfermidade estão a obesidade e o sedentarismo.

Em relação ao tabagismo, constatou-se que a porcentagem de mulheres que fumam foi pequena em relação aos outros fatores encontrados. Talvez este resultado tenha sido encontrado por se tratar de uma pequena amostra. Na literatura atual, não se encontrou nenhum estudo que tenha verificado este aspecto. Mesmo assim, Aldrighi, Alegrin, Oliveira e Shinomata (2005), destacam a importância do impacto do tabagismo sobre a idade de instalação da menopausa. Nesse estudo verificaram que as mulheres tabagistas apresentaram a idade da menopausa antecipada em oito meses, dependendo do número de cigarros fumados por dia. Quanto ao sedentarismo, embora os índices encontrados não tenham sido elevados nessa amostra, constatou-se uma associação significativa em relação o stress.

A análise estatística revelou diferença significativa apenas quanto à variável exercício físico, isto significa que as mulheres sem stress praticam exercício físico com mais frequência, enquanto as com stress são mais sedentárias. Esses dados corroboram com a literatura, já que vários estudos vêm apontando que o sedentarismo tem ocasionado o aparecimento de

fatores de risco como à obesidade, intolerância à glicose, hipertensão arterial (Ciolac & Guimarães,2004).

Elias,et al (2008), constataram em um estudo que 60 % das mulheres eram sedentárias na faixa etária de 55 a 64 anos. Estes resultados sugerem que a falta de atividade física é um fator de risco para a SM. Sendo assim, a prática regular de exercício físico vem apresentando efeitos benéficos na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, da diabetes, da resistência à insulina, da dislipidemia e da obesidade (Ciolac & Guimaraes 2004).

Em relação stress e exercício físico, os resultados encontrados corroboram os de Salmon (2001), que constatou que a prática regular de exercícios físicos aeróbicos pode ajudar o indivíduo, produzindo efeitos antidepressivos e ansiolíticos, além de proteger o organismo dos efeitos prejudiciais do stress tanto na saúde física como mental. Talvez esse aspecto explique o resultado encontrado, que as mulheres mais ativas não apresentam stress, e as que não praticam nenhuma atividade física se encontram em exaustão.

Além disso, segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde de 2009, a inatividade física representa o quarto fator de risco de mortalidade no mundo, sendo cada vez mais importante considerar este aspecto.

Em relação os outros dados como idade, escolaridade, estado civil, ocupação atual, religião, obesidade abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia, diabete/glicemia e tabagismo não terem sido significativos no que se refere à comparação entre as mulheres sem stress e com stress, o

que pode ter contribuído para esse resultado é o número pequeno de participantes nesta pesquisa.

No que diz respeito aos dados sobre stress das participantes que foram obtidos através do ISSL, percebe-se que a grande maioria da amostra apresentou um elevado nível de stress, em exaustão (15). Somente duas participantes não apresentaram stress: uma em alerta, duas em resistência e nenhuma em quase-exaustão. Chama a atenção que a maioria da amostra apresente um stress tão elevado. Nesse sentido, a prevalência de stress torna-se preocupante nessa amostra quando comparada com outras pesquisas, que apontam que 35% da população em geral apresentam stress em algum nível e apenas 1% apresenta na fase de exaustão (Lipp, 2005 c). Verifica-se também presença de um stress elevado nas mulheres, como em outros estudos (Lipp (2001); Tanganelli (2000); Calais, Andrade e Lipp (2003) e Leitão (2009). Os dados indicam que, na contemporaneidade a prevalência do stress feminino tem se mostrado bastante elevado.

Quanto à predominância dos sintomas de stress encontrados, a maior parte das participantes apresentou predominância de sintomas psicológicos 85% e somente 10% delas tinham sintomas físicos.

Entre os sintomas psicológicos mais citados na fase de exaustão estava cansaço excessivo (cansaço mental), o que se explica pelo nível tão elevado de stress que elas apresentaram. Outros sintomas psicológicos bastante citados foram angústia e ansiedade diárias, demonstrando grande preocupação com a vida. A ansiedade era facilmente observada durante a entrevista. A ansiedade talvez prejudique a redução do peso e na melhora do quadro, já que todos os fatores de risco estão interligados. Além destes

sintomas outros também bastante mencionados foram: Vontade de fugir de tudo, hipersensibilidade emotiva, apatia, depressão, raiva prolongada e pesadelos. Todos estes sintomas psicológicos demonstram o grau de dificuldade com a qual as participantes estavam se confrontando no que se refere aos aspectos emocionais.

Dentre os sintomas físicos mais citados foram: Insônia, excesso de gases e mudança de apetite. A insônia contribuiu talvez para maior irritabilidade apresentada pelas pacientes, principalmente durante a realização da entrevista psicológica, o que de forma acaba interferindo no bem estar físico e psicológico destas mulheres. Muitas vezes a insônia pode estar sendo motivada por preocupações e pensamentos do dia a dia que ocorrem na hora de dormir.

Os resultados do ISSL podem indicar a necessidade de um treinamento de controle do stress para as pacientes que apresentaram algum nível de stress e, principalmente, para a grande maioria das 75% que se encontrava em exaustão.

Verificou-se que a raiva também foi um traço muito marcante na amostra estudada. Cerca de 55% das pacientes apresentaram um percentil maior ou igual a 75% referente ao comportamento de “colocar” raiva para dentro, a maior parte da amostra apresenta uma tendência maior em não demonstrar raiva, ou seja, guardar ou reprimir estes sentimentos. Para Spielberger (1992), pessoas com alto escores em raiva para dentro, tendem a reprimir tais sentimentos ao invés de expressá-los tanto no comportamento físico como verbal. Verificou-se em algumas pesquisas com o STAXI que

existiam correlações entre a raiva e doenças diversas como: hipertensão arterial, alteração no sistema cardiovascular e câncer (Spielberger, 1992).

Os escores de traço também se apresentaram altos, principalmente nas mulheres que se encontravam em exaustão. Isto denota que estas, com frequência, tinham sentimentos de raiva e, em seguida, se sentiam injustiçadas pelos outros Spielberger (1992). O mesmo ocorreu com os escores de reação de raiva, o que demonstra o quanto estas mulheres avaliadas são altamente sensíveis a críticas, afrontas e avaliações negativas e com isso acabam vivenciando sentimentos de raiva intensos quando se encontram nestas situações.

Além disso, constatou-se uma correlação significativa entre ter stress e traço de raiva e reação de raiva. O mesmo ocorreu com escores de raiva acima da média nas mulheres em exaustão, demonstrando uma relação entre stress e raiva.

Quando se procurou relacionar outras variáveis e sua relação com a raiva constatou-se que quanto maior a idade, menor foram os escores de raiva. Na literatura atual, não foi encontrado nenhum estudo que tenha constatado esta relação. Os dados obtidos permitem levantar a hipótese que quanto menor o stress menor o nível de raiva. Outra possibilidade seria que quanto maior a faixa de idade, mais adaptado se encontra o indivíduo às situações cotidianas, o que contribuiria para não se ter stress ou raiva. Seriam necessários estudos que pudessem compreender melhor esta relação.

Considerando a alta prevalência de fatores de risco identificados na amostra e os sinais de comprometimento já encontrados nas mulheres mais

novas que não foram incluídas no estudo por não preencherem o critério de idade , recomenda-se realizar estudos de mulheres com faixa etária menor, a fim de prevenir o aparecimento, ou minimizar a intensidade de fatores de risco, além de possibilitar formas de enfrentamento no que se refere ao stress e a raiva.

CONCLUSÃO

O presente estudo procurou trazer contribuições para o campo da Psicologia, bem como da Cardiologia, ao estudar a influência do stress e da raiva em mulheres com síndrome metabólica.

Os resultados da presente pesquisa revelaram que a maioria das mulheres na faixa etária de 50 a 65 anos apresentou um elevado nível de stress, na fase de exaustão, o que é bastante preocupante, pois a grande maioria destas apresenta inúmeros fatores de risco que podem acarretar doença coronariana. No que se refere à sintomatologia, a mais predominante foi da área psicológica, o que demonstra que o manejo inadequado dos aspectos emocionais tem interferido ainda mais do que os aspectos físicos, no que se refere ao stress. Era mais esperado que os aspectos físicos fossem maiores, já que a grande parte apresentou inúmeros fatores de risco para a síndrome metabólica.

Quanto aos fatores de risco para a síndrome metabólica, verifica-se que a grande maioria da amostra apresentou mais do que 3 fatores de risco, o que demonstra o quanto estas mulheres se apresentam prejudicadas, sendo importante estudar ainda mais estes aspectos, a fim de promover uma melhor qualidade de vida. Acredita-se que sejam necessários estudos mais específicos destes fatores nas mulheres após a menopausa, pois é um período no qual há maior aparecimento de problemas cardíacos, como relata toda a literatura estudada. Mesmo assim, se fazem necessários estudos também numa faixa etária anterior, para que se possam averiguar condições precursoras da SM a fim de trabalhar de forma preventiva, já que

há evidências de que estes fatores podem estar presentes em mulheres mais novas.

Verifica-se que o exercício físico deva ser estimulado, procurando aumentar a prática de esportes, procurando evitar o sedentarismo (diminuir tempo de uso na televisão, computador, jogos eletrônicos), a todas as pessoas saudáveis mas, principalmente, as mulheres com mais de três fatores de risco, no sentido de promover adaptações fisiológicas favoráveis, além de estimular hábitos alimentares mais saudáveis, provocando uma melhoria na qualidade de vida.

Quanto à expressão de raiva nota-se que as mulheres desta pesquisa reprimem a sua raiva, ao invés de expressá-la, o que, segundo, a literatura consultada contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde, como é caso da hipertensão. Pensando que estas mulheres apresentam várias doenças crônicas, faz-se necessário intervir a fim de tentar minimizar os efeitos para saúde física e mental.

Observou-se também a relação inversamente proporcional entre a raiva e o fator idade, ou seja, quanto maior a idade menores foram os escores de raiva. Seriam necessários estudos que pudessem compreender melhor esta relação, já que não se encontraram dados na literatura sobre esta questão.

Considerando que este tem sido um tema atual e que existem poucos trabalhos desenvolvidos sobre os aspectos psicológicos envolvidos na síndrome metabólica, torna-se fundamental dar continuidade a novas pesquisas nesta área.

Finalmente, conclui-se que a presença de stress em um percentual significativo e num nível elevado e acima da média de raiva para dentro nas mulheres estudadas, é de vital importância o desenvolvimento de programas para redução do stress e da raiva, e de outros estudos que possam envolver o tratamento, de forma que as mulheres possam encontrar formas de enfrentamento mais adequadas frente a estes aspectos psicológicos, com a finalidade de diminuir a intensidade dos fatores de risco, a fim de prevenir que estas desenvolvam problemas cardiovasculares, o que tem sido o maior índice de mortalidade encontrado em mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldrighi, J.M., Alegrin, I. N., Oliveira, P.R. & Shinomata, H. O. (2005). Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Revista Associação Medicina Brasileira*. 51(1) 51-53.

Almeida, O.M.M.S (2003). A Resposta Neurofisiológica ao Stress In M.E.N. Lipp (Org), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.25-30). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Arquivos Brasileiros Cardiologia (2008). *I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH)*. 91(1 supl.1), 1-23.

Barreto Filho, J.A.S. (2007). Tratamento farmacológico e cirúrgico. In H.F Lopes (Ed.), *Síndrome metabólica: Uma Abordagem multidisciplinar* (pp. 184-196). São Paulo: Atheneu.

Bjorntorp, P. (1997). *Body fat distribution, insulin resistance and metabolic diseases*. *Nutrition*; 13 (9): 795-803.

Calais, S.L., Andrade, L.M.B, & Lipp, M.E.N (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão & Crítica*.16(2), 257-263.

Chandola, T., Brunner, E. & Marmot, M. (2006). Fisiopatologia In H.N. Lopes (Ed), *Síndrome Metabólica: uma abordagem multidisciplinar* (pp.12-30). São Paulo: Atheneu.

Ciolac, E.G. & Guimarães, G.V. (2004). Exercício Físico e Síndrome Metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(4), 319-324.

Correia,F., Poínhos, R., Pinhão, S., Maia, A., Carvalho, D. & Medina,J.L. (2006). Prevalência da Síndrome Metabólica – Comparação entre os Critérios ATPIII e IDF numa População Feminina com Obesidade Severa. *Acta Med Port*,19, 286 – 294.

Elias, R.G.M. Fernandes, C.A.M., Fontes, C.E.R. & Cuman, R.K.N. (2008). Influência da atividade Física sobre a Prevalência de Síndrome metabólica, Bem mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Revista Ciência Cuidados Saúde*, Sup1, 88-93.

Everly, G.S (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

Feldini, R.C., Coelho, O.R. & Chagas, A.C.P. (2004). *Síndrome Metabólica: O que há de novo. Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Módulo 1, Fascículo 8, Ano 3, 22-34.

Ferrari, C.K.B. (2007). Atualização: Fisiopatologia e Clínica da Síndrome Metabólica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (7), 90-95.

Gebara, O.C.E. & Santos, R.D. (2009). *Coração de Mulher*. São Paulo: Editora Abril.

Krause, M.P.; Hallage, T.; Micullis, C.P; Gama, M.P.R. & Silva, S.G. (2008). Análise do Perfil lipídico de Mulheres Idosas em Curitiba – Paraná. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 90(5), 327-332.

Krause, M.P.; Hallage, T.; Micullis, C.P; Januário, R.S.B., Gama, M.P.R & Silva, S.G. (2009). Prevalência de Obesidade, Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2 em mulheres Idosas. *Revista da Educação Física (UEM)*. 20 (1) 69-76.

Leitão, M.P. (2009). *Síndrome Metabólica e stress em usuários de Unidades Básicas de Saúde da zona sul de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Instituto Nutrição em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lipp, M.E.N. & Malagris, L.N. (1995). Manejo do estresse. In B. Rangé (Ed), *Psicoterapia Comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas* (pp. 279-292). Campinas: Psy.

Lipp, M.E.N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2001). *O Stress e a Beleza da Mulher*. São Paulo: Connection Books.

Lipp, M.E.N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2004). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas*. Campinas, SP: Papirus.

Lipp, M.E.N. (2005 a). Blood pressure reactivity to social stress in experimental situation. *Revista Ciências Médicas*.14 (4), 317-326.

Lipp, M.E.N. (2005 b). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2005 c). Stress no trabalho: implicações para a pessoa e para a família. In F. Nunes Sobrinho (Org.) *Pedagogia Institucional* (pp. 214 – 236). Rio de Janeiro: Zit Editora.

Lipp, M.E.N. & Rocha, J.C.(2007). *Pressão alta e Stress: o que fazer agora?: Um guia de vida para o hipertenso*. Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N. (2009). *Sentimentos que causam stress: como lidar com eles*. Campinas,SP. Papirus.

Lopes, H.F (2005). Hipertensão, Obesidade, resistência à insulina e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 12(3), 153 – 158.

Lopes, H.F. (2007a). Aspectos Históricos da Síndrome Metabólica In H.F. Lopes (Ed) *Síndrome metabólica: Uma Abordagem multidisciplinar*. pp.1- 4. São Paulo: Atheneu.

Lopes,H.F.(2007b).*Definição, Prevalência, Morbidade e Mortalidade*. In: H.F.Lopes (Ed), *Síndrome metabólica: uma Abordagem multidisciplinar* (pp..5-12). São Paulo: Atheneu..

Lotufo, P.A. (2007). Doenças cardiovasculares no Brasil: Porque altas de mortalidade entre mulheres? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 17(4), 294 - 297.

Luna, R.L. (2006a). Fatores de Risco. In R.L Luna (Org) *Síndrome metabólica: conceitos atuais* (pp.15 – 31). Rio de Janeiro: Revinter.

Luna, R.L. (2006b).Tratamento da Hipertensão Arterial na Síndrome metabólica. In R.L Luna (Org) *Síndrome metabólica: conceitos atuais* (pp.107 – 114). Rio de Janeiro: Revinter..

Lupatini Filho, J.O., Silva, J.C., Pomatti, D.M. & Betinelli, L.A. (2008). Síndrome Metabólica e Estilo de vida. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS). 29(1). 113 -120.

Marino, J.R. (1975). M.T.N Moreno. *Raiva uma das emoções ligadas à gastrite e à esofagite*. São Paulo. Vetor.

Martins, I.S. & Marinho, S.P. (2003). O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 760-767.

Mclellan, K.C.P.; Barbalho, S.M., Cattalini, M. & Lerario, A.C. (2007). Diabetes Mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista Nutrição*, 20(5) 515-524.

Medeiros, S.M. & Padial, R.(2007). Doença Arterial Coronária no Climatério e Exclusão social. *Revista Saúde e Sociedade*, 16 (1): 45-56.

Miname, M.H., Gebara, O.C.E. & Santos, R. D. (2007). Estratificação de Risco de Doença Coronária em Mulheres. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 17(4), 299 - 301.

Moreno, M.T.N. (2007). *Raiva uma das emoções ligadas à gastrite e à esofagite*. São Paulo: Vetor.

Nakazone, M.A, Pinheiro, A., Braile, M.C.V.B., Pinhel, M.A.S., Sousa, G.F., S.P., Brandão, A.C.; Toledo, J.C.Y, Braile, D.M. & Souza, D.R.S. (2007).
Prevalência de Síndrome Metabólica em Indivíduos Brasileiros pelos Critérios

de NCEP-ATPIII e IDF. *Revista Associação Medicina Brasileira*. 53(5): 407-413.

Nobrega, A.C.L., Castro, R.R.T. & Souza, A.C.(2007). Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de hipertensão*, 14(2): 94-97.

Oliveira, J.B. (2004). *Fontes e sintomas de Stress em juízes servidores públicos: diferenças entre homens e mulheres*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP.

Oliveira,E.P., Souza, M.L.A. & Lima, M.D.A. (2006). Prevalência de Síndrome Metabólica em uma área rural do Semi-árido baiano. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 50(3) 456-465.

Oliveira, L.P.M.; Assis, A.M.O.; Silva, M.C.M.; Santana, M.L.P.; Santos, N.S. Pinheiro, S.M.C.; Barreto, M.L. & Souza, C.O. (2009). Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de saúde Pública*, 25(3) 570-582.

Oliveira, T.R., Sampaio, H.A.C., Carvalho, F.H.C.C & Lima, J.W.O. (2008). Fatores associados à dislipidemia na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 30(12), 594-601.

Orsi, J.V.A., Nahas, F.X., Gomes, H.C., Andrade, C.H.V., Veiga, D.F., Novo, N.F.& Ferreira, L.M. (2008). Impacto da obesidade na capacidade Funcional das Mulheres. *Revista Associação Médica Brasileira*, 54(2): 106 -109.

Perez, G.H. (2007). Fisiopatologia In H.F.Lopes (Ed) *Síndrome metabólica: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 12-30), São Paulo: Atheneu..

Rezende, F.A.C, Rosado, L.E.F.P.L., Ribeiro, R.C.L., Vidigal, F.C., Vasques, A.C.J.; Bonard,I.S. & Carvalho,C.R. (2006). Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*; 87(6),.728 – 734.

Rios, M.S. (2005) Fisiopatologia. In: H.F.Lopes (Ed) *Síndrome metabólica: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 12-30). São Paulo: Atheneu.

Rodrigues, A.S. & Trindade, E.B.S.M (2006). Mecanismos Neuroendócrinos no desenvolvimento da síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Nutrição clínica*; 21(4): 320-325.

Salaroli, L.B.; Barbosa, G.S., Mill, J.G. & Molina, M.C.B. (2007). Prevalência de Síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 51(7),1143-1152.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress a unifying Theory. *Clin Psychol Review*. 21 (1), 33-61.

Sandrim, V. C. & Santos, J.E.T (2006). Farmacogenômica em Hipertensão: Aspectos Fisiológicos. *Revista Hipertensão*, 9(1), p4-8.

Selye, H.(1956). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Company, inc.

Sharovsky, L.L, Ávila A.L.E, Perez, G.H & Romano,B.W. (2005). Tratamento não-farmacológico da Síndrome metabólica: visão do psicólogo e do nutricionista.*Revista Brasileira de Hipertensão*,12(3),182-185.

Smano, P. (2007). Cardiopatia na mulher: Diagnóstico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 17(4), 304 - 316.

Sociedade Brasileira de Hipertensão - *I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica* (2004). 7 (4) 130-131.

Sociedade Brasileira de Hipertensão - *V Diretrizes Brasileira de Hipertensão* (2006). 9(4) 126-127.

Spielberger, C. D.(1992). *Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço*. (trad. A. M.B. Biaggio). São Paulo: Vetor.

Sternbach,R. (1966). *Principles of psychophysiology*. New York: Academic Press.

Swarowsky, A.M., Repetto G. & Mancini, M. (2003). *Redefinindo critérios de glicemia de jejum*. Recuperado em 5 de Dezembro de 2009. (site da Internet). Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/criteriosglicemia-jejum>.

Tanganelli, M.S.L. (2000). *Mulher chefe de família – perfil, estudo e tratamento do stress*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP.

Teixeira, P.J. & Rocha, F.L (2007). Associação entre Síndrome Metabólica e Transtornos mentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 28-38.

Vacanti, L.J., Vieira, N.W, Lima, E.M.O.L., Calderaro,D. & Caramelli, B. (2007). Síndrome Metabólica Secundária In H.F. Lopes (Ed.) *Síndrome metabólica: Uma Abordagem multidisciplinar* (pp.75-92), São Paulo: Atheneu.

World Health Organization (2009). *Global Health Risks – Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Recuperado em 5 de Dezembro de 2010. (site da Internet). Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html

Zanella, M.T. (2005). Hipertensão e Síndrome Metabólica. In A.F.G. Matos (Ed.), *Síndrome Metabólica* (pp.65-73), São Paulo: Atheneu.

ANEXOS

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Stress e Raiva em Mulheres com Síndrome Metabólica

- a) O objetivo deste estudo é avaliar o nível de stress e a expressão da raiva em um grupo de mulheres com síndrome metabólica.
- b) Sua participação consiste em responder a dois instrumentos que visam coletar dados a respeito de stress, raiva em mulheres com e sem síndrome metabólica, além de um roteiro de entrevista contendo questões relevantes para a pesquisa, não envolvendo risco previsível para as pacientes porque serão utilizados instrumentos de avaliação psicológica padronizados para a população brasileira e testados em pesquisas com outras enfermidades, sendo aplicados por psicóloga clínica experiente na área.
- c) Quanto aos benefícios, tanto para as que tiverem sintomas de stress e raiva quanto para as que não os apresentarem, a pesquisadora se colocará à disposição para fornecer os resultados dos testes e fazer orientações que será realizada na primeira sexta feira após a avaliação de cada uma. Essas orientações podem servir para a prevenção de estados de stress e raiva para as participantes que não apresentarem sintomas destas condições.
- d) Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a psicóloga Ana Carolina Cipriano Castelli aluna de mestrado do programa de pós graduação da Pontífica Universidade Católica de Campinas e que pode ser encontrada no telefone: (019) 9210-1349. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC–Campinas–Fone: (019) 3343-6777.
- e) É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem qualquer prejuízo ao participante.
- f) As informações reveladas serão mantidas em absoluto sigilo quanto ao seu nome e demais dados pessoais.

g) As informações relacionadas ao estudo serão divulgadas em publicações e apresentações, mas seu nome nunca será revelado, sendo de seu direito ter acesso a esses resultados a qualquer momento.

h) Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

i) A pesquisadora compromete-se a seguir todos os critérios éticos necessários que regem sua atuação profissional e de pesquisa, de acordo com a Resolução CNS 196/96. Este termo está sendo assinado em duas vias, uma das quais permanecerá em posse do voluntário.

j) Eu, _____, RG nº _____, discuti com a psicóloga Ana Carolina Cipriano Castelli sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou ganho financeiro. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou qualquer prejuízo, inclusive para o meu tratamento médico.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

Anexo B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA**I - IDENTIFICAÇÃO:**

Iniciais do Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Religião: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Ocupação Atual: _____

Possui Filhos? _____ Quantos? _____

II-Diagnóstico Clínico:

Sintomas Atuais:

1- Você apresenta problemas de pressão? Como está sua pressão atualmente?

2- Como está o seu colesterol? Você fez exames recentemente, se recorda como estão os níveis?

3- Como está o seu peso? Tem engordado ou perdido muito peso nos últimos tempos? Verificou alguma mudança nesse sentido?

4- Quanto tempo faz que você apresenta este tipo de problema?

5- Você faz tratamento? Há quanto tempo?

6- Toma medicações? Quais?

7- Alguém da sua família também apresenta o mesmo problema de saúde? Qual? Apresenta outro tipo de doença? Qual?

8- Você apresenta algum outro tipo de problema de saúde? Qual? Fale-me um pouco sobre isso.

III- HÁBITOS DE VIDA

9- Você tem hábito de fumar? Quanto você fuma? Quanto tempo faz que você começou a fumar?

11- Você faz atividade física com que frequência? Que tipo de atividade você faz?

11- Como se sente frente aos sintomas da doença?

12- Acontecimentos significativos (positivos e negativos) identificados pelo paciente, no último ano, antes do surgimento da doença:

13- Acontecimentos significativos (positivos e negativos) identificados pelo paciente, nos tempos atuais:

14- Outros aspectos significativos observados durante a entrevista:

DATA: ____ / ____ / ____

ANEXO C - PERFIL DA AMOSTRA ESTUDADA

SUJ	ID.	FATORES DE RISCO DA SINDROME METABÓLICA						TESTES PSICOLÓGICOS		
		OBES. ABD.	HIPERT. ARTERIAL	DISLIP.	SEDENT.	GLICEMIA /DIABETES	TABAG.	FASE DO STRESS	RAIVA P/DENTRO	RAIVA P/ FORA
1	53a	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Exaustão	99%	25%
2	55a	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sem stress	45%	5%
3	55a	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Exaustão	95%	40%
4	50a	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Exaustão	90%	25%
5	64a	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Resistência	80%	5%
6	66a	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Resistência	85%	5%
7	58a	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Exaustão	15%	5%
8	55a	sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Exaustão	99%	80%
9	65a	sim	sim	sim	Não	sim	não	Exaustão	90%	5%
10	52a	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	sim	Exaustão	90%	15%
11	62a	não	sim	Sim	Não	Sim	não	Exaustão	80%	5%
12	61a	sim	Sim	Sim	Não	Sim	não	Sem stress	25%	5%
13	62a	sim	sim	sim	sim	Não	Não	Exaustão	60%	5%
14	50a	Sim	Sim	Sim	não	Não	Não	Alerta	90%	5%
15	52a	Sim	Não	Sim	sim	Sim	sim	Exaustão	60%	5%
16	59a	Não	Sim	Sim	sim	Sim	sim	Exaustão	60%	5%
17	51a	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Exaustão	80%	15%
18	60a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Exaustão	30%	5%
19	62a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Exaustão	25%	5%
20	53a	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	sim	Exaustão	10%	25%

Fonte: Dados Brutos da Pesquisa

LEGENDA

SUJ – Todos os sujeitos que participaram da pesquisa

ID- Idade das Participantes

Obes. Abd. – Obesidade Abdominal

Hipert. Arterial- Hipertensão Arterial

Dislip. Dislipidemia

Sedent- Sedentarismo

Tabag- Tabagismo