Fatores de Risco da Doença Arterial Coronária em Mulheres: um Visão

**Psicossomática** 

Glória Heloise Perez\*

(Capítulo publicado no livro livro:"Mulher e Coração: Aspectos Ligados às Cardiopatias"

org: Ana Lúcia Ribeiro Alves e Denise de Paula Rosa

Ed. Papirus, 2004)

Doença Arterial Coronária e seus fatores de risco

A Doença Arterial Coronária (DAC) é uma patologia obstrutiva das artérias

coronárias, que são as responsáveis pela irrigação do miocárdio. Entre suas

manifestações sintomáticas estão a angina e o infarto agudo do miocárdio. É uma

doença multifatorial, cuja prevenção depende do controle dos fatores de risco

(Braunwald, 1996).

Fator de risco é um conceito epidemiológico. Diz respeito a uma característica ou

traço individual ou populacional ,que estando presente cedo na vida , está

associado a um aumento do risco de desenvolver uma determinada doença no

futuro.(Braunwald,1996)

Os fatores de risco convencionais para a DAC incluem tabagismo, dislipidemia,

diabetes, hipertensão, obesidade, sedentarismo e história familiar positiva. No

entanto, estudos estão sendo realizados para a identificação de outros fatores de

risco à medida em que muitos pacientes que apresentam doença coronariana, não

possuem os já identificados. São considerados fatores de risco emergentes:

outros fatores lipídicos, (entre eles a hipertrigliceridemia), outros fatores

hemostáticos (fatores de coagulação e agregação plaquetária, a

hiperviscosidade), fatores metabólicos (a síndrome de resistência à insulina,

hiperuricemia, consumo de álcool), fatores infecciosos e inflamatórios, fatores hormonais (deficiência endógena de estrógeno na pós-menopausa), fatores antropométricos( índice cintura-quadril elevado), fatores sócio-econômicos (classe sócio-econômica baixa em países desenvolvidos), fatores psicossociais (depressão, estresse, agressividade/hostilidade), fatores genéticos (Sousa et al, 2000).

# A Epidemiologia dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronária em mulheres

A DAC é de 2 a 5 vezes mais frequente em homens do que mulheres, variando esta razão entre as várias populações. Os estudos epidemiológicos apontam que existem diferenças entre os sexos em termos da prevalência e o impacto dos fatores de risco para o desenvolvimento da DAC, embora os estudos sobre mulheres sejam menos frequentes (Castelli ,1984;Jackson et al, 1997).

Em ambos os sexos, o risco aumenta acentuadamente com a idade ( Jackson et al, 1997). No geral, entre os mais jovens, o nível dos fatores de risco é mais favorável para as mulheres, mas com o avançar da idade esta diferença tende a diminuir marcadamente (Jousilahti et al, 1999). As mulheres tendem a desenvolver a doença de 7 a 10 anos mais tarde do que os homens (Lerner et al, 1998). A diminuição na produção de estrógeno depois da menopausa, muda o metabolismo lipídico das mulheres para uma forma mais aterogênica, ocorrendo diminuição do nível do colesterol HDL (bom colesterol) e aumento do nível do colesterol LDL (mau colesterol), triglicérides e nível de lipoproteínas (Mathews et al, 1989; Bonithon-Kopp et al, 1990). Além do efeito lipídico, o estrógeno pode ter um efeito

<sup>\*</sup> Psicóloga chefe do Ambulatório e Emergência do Instituto do Coração (InCor)-HCFMUSP

cardioprotetor no metabolismo da glicose (Shahar et al,1996). Em função da proteção do estrógeno, a DAC é rara na pré menopausa, mas sua incidência aumenta levemente (por um intervalo de quase 15 anos) depois da menopausa, e exponencialmente na septuagésima década de vida da mulher.(Kannel et al, 1976).

Em muitas populações, o colesterol total aumenta com o avanço da idade. Entre os homens, este aumento cessa por volta dos 45 a 50 anos, enquanto entre as mulheres, o aumento continua acentuado até a idade de 60 a 65 anos.( Jousilahti et al,1996).

Assim como o colesterol, a pressão arterial também tende a aumentar com a idade e mais proeminentemente na mulher do que no homem. (National High Blood Pressure Education Program Working Group Report, 1993). As mulheres também tendem a apresentar maiores complicações dela decorrentes do que os homens por isso, existe uma forte associação entre hipertensão e DAC para as mulheres (Hsia, 1998). Provavelmente, essa diferença deve-se à obesidade, que é mais frequente entre as mulheres (Jousilahti et al,1996: NHBPEP, 1993). No Brasil, a prevalência de obesidade avaliada em 1989, aponta 13,3% entre as mulheres e 5,9% entre os homens (Braguinsky, 2002).

Jousilahti e cols (1999) realizaram um estudo com 14786 finlandeses para verificar as diferenças entre homens e mulheres com relação aos fatores de risco, concluindo que o nível de HDL colesterol e o tabagismo explicam uma substancial parte da diferença entre os sexos no risco da DAC. Aumento do colesterol total, da pressão arterial, do peso corporal e a prevalência de diabetes estavam associadas com o aumento da incidência e mortalidade pela DAC relacionada à

idade, em ambos os sexos, mas numa extensão maior para as mulheres. Chrysohoou e cols. (2003) comparando 848 pacientes hospitalizados (por apresentarem um primeiro episódio de síndrome coronária aguda) com 1078 controles, observa que a doença foi de forma significante mais frequente em homens, mas as mulheres apresentavam idade média maior. Os dados revelaram que história familiar de DAC prematura e hipercolesterolemia estavam associadas a um maior risco entre os homens. Hipertensão, no entanto, teve um efeito significantemente maior para as mulheres. Níveis mais altos de escolaridade e adoção de uma dieta mediterrânea tinha um maior efeito protetor para as mulheres do que para os homens. Também foi detectada evidência de uma maior associação entre depressão e o risco coronário para as mulheres. Tabagismo, diabetes, Índice de Massa Corpórea , atividade física, consumo de álcool e condição sócio-econômica não apresentaram diferenças.

Conthe Gutierrez (2003) detecta que as mulheres têm um perfil diferente de risco cardiovascular, apresentando mais frequentemente diabetes e menos frequentemente o hábito de fumar.

Um estudo brasileiro (Mansur et al, 2001) realizado com objetivo de avaliar o perfil de fatores de risco aponta que as mulheres tinham a mesma idade média e um número maior de fatores de risco (hipertensão, diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, história familiar) do que os homens ( tabagismo e infarto prévio). Os pesquisadores chamam a atenção para o fato de que esta multiplicidade de fatores de risco presente nas mulheres, pode minimizar a proteção do estrógeno, favorecendo o aparecimento da DAC mais precocemente. Corroborando esses dados, o estudo de Tavani e cols.(2002) sobre a força da

interação da diabetes com outros fatores de risco aponta que o risco combinado da diabetes com hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, obesidade e alto consumo de café é mais forte entre as mulheres do que entre os homens.

Estes dados coadunam-se com o que obtivemos analisando um grupo de 345 pacientes internados no Incor HCFMUSP com eventos agudos de DAC (infarto agudo do miocárdio ou angina instável) (Perez et al, 2002a). Comparando-se homens e mulheres, não havia diferença em termos de idade média, presença de hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia. No entanto, as mulheres de forma significante, mais frequentemente apresentaram obesidade, hipertensão, diabetes, depressão, classe social baixa e falta de escolaridade. Os homens diferenciavam-se das mulheres por serem mais frequentemente fumantes.

O Stockholm Female Coronary Risk Study, estudo de caso-controle de base populacional, também aponta que o risco de DAC é duas vezes maior entre as mulheres com somente 9 anos de escolaridade comparadas àquelas com nível universitário (Wamala et al, 1999). Comparadas às executivas, a classe de trabalhadoras de baixa qualificação têm 4 vezes mais risco de desenvolver uma DAC. Mas, diferente dos homens em que o baixo nível de controle no trabalho é um componente central de estresse, no caso das mulheres, este aumento do risco não se justifica pela falta de controle e autonomia ou pela carga de trabalho que pode estar envolvida numa atividade menos qualificada.

As evidências científicas sugerem que existem diferenças na relação entre estresse e morbidade coronária para homens e mulheres (Balog et al,2003). Comparada ao homem, a mulher é mais sensível ao estresse familiar do que o estresse laboral. Geralmente relata índices maiores de estresse relacionado a

conflitos e problemas familiares, reagindo com maior nível de tensão emocional (Brown et al, 1992,1998;Smith et al,1998,1999). Os homens, por sua vez, experienciam estresse primariamente no trabalho e raramente na situação familiar (Orth-Gomer, 1979).

Constatam-se evidências crescentes que problemas conjugais estão consistentemente relacionados com a saúde mental e física da mulher. (Kiecolt-Glaser et al, 2001; Phelanet al, 1991; Wamala et al, 2000). Dificuldades conjugais parecem ter um impacto psicológico e fisiológico maior nas esposas do que nos maridos. Vários pesquisadores (Brown et al, 1992,1998; Smith et al, 1998, 1999) detectaram que desavenças conjugais eliciam maior reatividade cardiovascular entre as esposas mas não entre os esposos, enquanto estressores causados pela subsistência econômica eliciam reatividade cardiovascular entre os esposos, mas não entre as esposas. O FemCorRisk aponta que problemas crônicos e dificuldades na relação conjugal aumenta o risco da recorrência de um evento cardíaco no período de 5 anos em 3 vezes, enquanto estresse laboral, definido como a combinação de alta demanda com pouco controle sobre o trabalho, não pioram o prognóstico. Para os homens o estresse laboral está associado a um aumento do risco de depressão e de DAC. (Phelan et al, 1991; Wamala et al, 2000)

Os estressores conjugais mais frequentemente reportados foram infidelidade, abuso de álcool, doença orgânica ou psiquiátrica do marido, que podem ser considerados concretos e crônicos em sua essência.

A depressão foi 2 vezes mais frequente entre mulheres com DAC do que em mulheres saudáveis (Balog et al, 2003). Balog e cols. procuraram ir além dos já

bastante estudados correlatos biológicos que definem os efeitos da depressão na patologia coronária, explorando as fontes sociais e emocionais da reação depressiva. Para a mulher, estresse conjugal está de forma significante e independente de outros fatores de risco, associado a sintomas depressivos, enquanto estresse laboral não está associado a sintomas depressivos.(Balog et al, 2003; Davila et al, 1997). As mulheres com DAC reagem de forma semelhante às mulheres saudáveis ao estresse conjugal, mas com níveis mais altos de depressão o que pode explicar sua condição de saúde mais pobre. Há evidências de que a depressão pode mediar os efeitos do estresse conjugal na patologia coronária.

A depressão na população geral ocorre na proporção de 2:1 quando se compara mulheres e homens(Fráguas Jr, 2000) . Poucos estudos comparam a prevalência de homens e mulheres com DAC, mas estudo realizado pelo Serviço de Psicologia do Incor aponta que Mulheres com infarto ou angina instável apresentam Depressão Maior mais frequentemente e em níveis mais graves do que os homens (Perez et al,2002b)

A depressão também está associada a outros fatores de risco importantes para a população feminina, tais como a obesidade(Neves et al, 2000) e .diabetes(Gavard et al., 1993). Pacientes diabéticos com depressão têm mais chance de desenvolver DAC (Kinder et al, 2002),

Concluindo, temos que os dados epidemiológicos nos fazem ver que para a mulher a tendência é a hipertensão, a obesidade, a diabetes, a depressão, o estresse gerado na relação conjugal e familiar, a baixa escolaridade e a condição econômica menos favorecida serem os fatores que representam maior risco para

a DAC. Uma outra característica apontada pelas pesquisas é que a mulher tende a apresentar estes fatores de risco associados e que a sua interação terá um peso importante na determinação da DAC. Por outro lado, salienta-se também, que apesar do grande número de fatores de risco nas mulheres, eles são tratáveis, modificáveis e principalmente previníveis.

#### O equilíbrio psicossomático

A análise dos aspectos psicológicos dos fatores de risco se dará a partir do conceito teórico de equilíbrio psicossomático.

Partindo do princípio básico da Teoria Psicossomática de Pierre Marty (1965) temos que a reorganização, diante do desequilíbrio gerado pela vivência de uma situação traumática, através da descarga do aumento da excitação pulsional decorrente, pode ocorrer no plano psíquico, comportamental ou somático. Assim sendo, o trauma (afluxo excessivo de excitações, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações¹) atinge, em primeiro lugar, as estruturas mais evoluídas, as mais recentemente adquiridas durante o desenvolvimento (Marty, 1965), portanto o aparelho psíquico, que deverá através da elaboração psíquica, neutralizar o efeito traumático. Quando não houver um aparelho psíquico em condições de assimilar o traumatismo, o excesso de excitação pulsional, pode descarregar-se no plano dos comportamentos (através da ação, por ex. comendo compulsivamente, fumando, agredindo fisicamente) ou poderá haver uma sobrecarga sobre o soma, que resultará numa somatização.(Vieira, 1997)

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Laplanche J, Pontalis JB- Vocabulário da Psicanálise 7<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes ed; 1983, p. 678

O elemento que definirá a capacidade do aparelho psíquico em assimilar o traumatismo é a qualidade da vida representativa. Uma vida representativa rica permitirá a simbolização, o processo de elaboração psíquica, a identificação e nomeação dos afetos, a associação de idéias, a organização das defesas... Numa vida representativa pobre, os conteúdos conscientes e pré-conscientes são muito próximos da pura percepção, concretos, "pouco aptos a operar com situações emocionais mais complexas, as representações mentais são insuficientes e inadequadas para correlacionar, comparar, ponderar e distribuir as cargas afetivas". (Vieira, 1997, p.18). Nesse caso, o processo de reorganização poderá ter de servi-se das ações para efetivar-se, e se assim também não for suficiente, podem ocorrer as somatizações.

# Equilíbrio Psicossomático e os Fatores de Risco da Doença Arterial Coronária

O conceito teórico de equilíbrio psicossomático permite-nos compreender as relações entre os vários fatores de risco e o desenvolvimento da DAC.

a- Equilíbrio psicossomático e obesidade, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabagismo

Obesidade, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia são patologias que costumam estar associados e estão ligados a hábitos alimentares.

O transtorno da compulsão alimentar é muito frequente entre obesos. Apontam os estudos epidemiológicos que esta prevalência é da ordem de 40%, sendo ainda maior entre as mulheres( DSM IV, 1995 ).

A compulsão alimentar periódica é definida no DSM-IV por "ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior

do que a maioria das pessoas consumiria num período similar, sob circunstâncias similares, com sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio". (DSM IV, 1995, p.688)

A compreensão dos mecanismos da compulsão alimentar no referencial da psicossomática psicanalítica é um distúrbio da ordem das adicções.

A adicção caracteriza-se pela ação impulsiva e irrefreável frente um determinado objeto (Gurfinkel, 2001).

Joyce McDougall (1987) define adicção como uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo, procurando desta foma reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto, tendo uma função de descarga.

Gurfinkel (2001) explorando o tema da adicção a partir do conceito de objeto transicional de Winnicott, compreende as adicções como parte da psicopatologia manifestada na área da transicionalidade. A transicionalidade é a matriz da simbolização pois tem a ver com a simbolização da ausência/presença da mãe. Representa a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela, como algo externo e separado dela.(Gurfinkel,1992) Na adicção o objeto transicional adquire a função de um objeto-fetiche (Gurfinkel, 1992, 1996, 2001) Na compulsão alimentar, o objeto-fetiche é o alimento.

A relação com o objeto-fetiche alimento seria uma relação estabelecida sobre o modo primitivo de uma fantasia de fusão, com fracasso na passagem de um estádio de dependência absoluta para a dependência relativa(Gurfinkel,1992).

O uso patológico do objeto transicional pode instalar-se a partir de falhas da mãe (por ex. no caso de uma mãe que se separa do bebê mais do que ele pode suportar) que trazem a perda do sentido do objeto transicional. No entanto, antes disso, pode passar a haver o exagero do uso do objeto transicional, como parte da negação de que haja ameaça dele se tornar sem sentido . Passa a haver um uso pervertido do objeto (Gurfinkel, 1992). Dessa maneira, a função do objeto é modificada de elemento de comunicação, para negação da separação (Gurfinkel, 2001, 1996). Ao invés de um objeto confortador - ou seja aquele que compensa a ausência da mãe - ele se transforma num objeto acalmador, onde o objeto é a mãe pois não atinge a condição de representante da mãe).

Resumindo, esse processo significa que encontramos uma falha simbólica que marca o funcionamento psíquico do sujeito porque a transicionalidade está intimamente ligada ao desenvolvimento do sentido do ser, à subjetividade, à capacidade de independência, à inserção no mundo simbólico (Lapastini, 2001).

A busca da fusão temida e desejada revela-se claramente na adicção ao alimento. O impulso para comer é reflexo de uma necessidade psíquica do indivíduo de fusão total com a mãe, numa desesperada tentativa de resolver assim a tensão e a depressão daí advindas. A dependência do objeto alimento que procura substituir a mãe ausente, para aplacar o vazio, vazio de não ser, resulta em fracasso (Gurfinkel, 1992).

A meta dos comportamentos aditivos é obscurecer e manter afastados da consciência experiências psíquicas impensáveis. Funcionam no registro da necessidade e não do desejo (Gurfinkel, 1992).

Pode-se concluir que as adicções estão intimamente ligadas a uma vida representativa pobre, que podem cumprir uma função importante no equilíbrio psicossomático. No entanto, esse equilíbrio é mantido precariamente, com uma grande vulnerabilidade à somatização, o que poderia explicar a nível psicossomático, sua característica de fator de risco para a DAC.

Cabe salientar também, que para um grupo expressivo de fumantes, o cigarro tem função de auxiliar a enfrentar e reduzir afetos negativos. Ou seja, busca-se escapar de uma experiência insuportável de tensão com uma experiência prazerosa, comportamento que está na base da dependência do cigarro. Nesse caso, trata-se de uma relação de adicção nos mesmos moldes da compulsão alimentar.

## b- Equilíbrio Psicossomático, hipertensão e estresse

Os dados epidemiológicos indicam que a hipertensão e o estresse conjugal são 2 fatores de risco importantes para a DAC em mulheres. Hipertensão e estresse estão intimamente relacionados. O aumento da pressão arterial é uma reação natural ao fator estressor. Várias pesquisas (Lipp, 1995) apontam que a demonstração de afeto negativo ou positivo é estressante para o hipertenso, ocorrendo aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca.

Alexander(1989), através da sua teoria dos perfis psicossomáticos, caracteriza o hipertenso como tendo um conflito ante os seus desejos de passividade e de dependência e o controle, o domínio e a autonomia. Impulsos agressivos cronicamente inibidos e mantidos sob controle, não podem expressar-se livremente, escapam ocasionalmente em explosões de raiva. Para manter a agressividade sob controle aparecem a necessidade de agradar os outros, a

supercondescendência, a polidez e atitudes submissas. Essa dinâmica gera sentimentos de inferioridade, que estimulam impulsos agressivos, instalando-se um verdadeiro círculo vicioso. Opõe-se um desejo de agradar e ser aprovado pelas figuras de autoridade e uma postura rebelde de "pronto para a briga" (organismo permanece inibido como se estivesse constantemente em preparação para uma luta que nunca acontece). Esses traços se derivariam de experiências infantis de dependência sem possibilidade de expressão de raiva e hostilidade por medo da perda do amor parental.

Lynch (1985) salienta que os hipertensos têm tamanha necessidade de controlar a demonstração de seus sentimentos, que chegam a ter dificuldade de detectar com precisão o que sentem, permanecendo distanciados de si próprios.

Apesar das críticas ao modelo teórico dos Perfis Psicossomáticos de Alexander, pois este não considera fatores sócio-culturais e nem sempre se aplica. As características e a dinâmica psicológica apontadas nesta teoria e nos vários estudos de hipertensos mostram que a hipertensão pode ser a expressão de uma tensão, que não podendo ser simbolizada, é vivida no corpo

### c- Equilíbrio psicossomático e depressão

A depressão na DAC, diferente dos casos psiquiátricos, caracteriza-se pela ausência de auto-imagem depreciada e de sentimentos de culpa (Telles e cols, 2000) e pela marcada presença de irritabilidade e cansaço, de hiperfagia, hipersonia. Alguns autores denominaram este estado como exaustão vital e não diagnosticavam como depressão. Estudos também apontam associação entre alexitimia e depressão em pacientes com DAC (Valkamo e cols, 2001), ou seja,

inabilidade para reconhecer e verbalizar sentimentos, pobreza de vida de fantasia, dificuldade de comunicar-se com o outro, vazio de sentimentos.

Estes dados indicam que a depressão que será fator de risco para a DAC caracteriza-se pela ausência de sintomas de maior colorido neurótico e pela presença de alguns que traduzem vida representaitva pobre, assim como a irritabilidade (uma angústia difusa, sem nome), cansaço (localiza a angústia no corpo), hiperfagia (complusão alimentar), hipersonia (fuga da realidade, inclusive psíquica porque têm vida onírica pobre).

A condição social da mulher no Brasil como fator de risco para a Doença Arterial Coronária : de amélias a solitárias operárias chefes de família

A literatura em geral aponta e estudos no meio brasileiro (Perez et al, 2002a) confirmam, que condição sócio-cultural baixa está associada com maior incidência de DAC, entre as mulheres.

O ingresso acentuado da mulher no mercado de trabalho brasileiro, desde a década de 70, ocorreu em função de alguns fatores como a necessidade econômica, elevação da expectaiva de consumo.... Entre as necessidades econômicas que levaram a mulher ao trabalho , destacam-se não só as dificuldades profissionais enfrentadas pelos seus cônjuges, mas também o fato de ter aumentado em 50% o índice de mulheres que têm a função de chefe de família.

As funções profissionais mais frequentemente desempenhadas por mulheres têm baixa remuneração, e mesmo quando no exercício de profissões mais tipicamente masculinas, recebem menor remuneração do que os homens. Esse estado de

coisas gera o que pode-se chamar de feminização da probreza (Goldenberg,2000).

Mulheres com ocupações menos qualificadas encaram e muitas vezes interagem com outras fontes de estresse, além do trabalho, que são mediadas por fatores comportamentais e biológicos que aumentam o risco da DAC (Wamala e cols, 2000).

Estes dados denotam, que de alguma forma, a entrada da mulher de baixo nível sócio-econômico no mercado de trabalho brasileiro está associada a estresse. Nossa experiência clínica indica que este estresse está determinado não só por elementos do real, mas também por sua estrutura de funcionamento psíquico. Percebe-se que a busca da mulher de baixo nível sócio-econômico por um trabalho remunerado está muito ligada a um fracasso familiar. Como apontam as pesquisas é o marido alcoólatra, o violento, o infiel, o que abandona a família, ou seja o homem que de alguma forma falha, e não propriamente a realização profissional ou os desejos de indepedência econômica, que obrigam esta mulher a buscar um trabalho. No entanto, a vivência desta situação, muito determinada pela escolha deste parceiro, pode estar permeada de elementos imaturos presentes no funcionamento psíquico desta mulher. Sentimento frágil de identidade, self fragilmente estruturado, falta de domínio sobre o próprio corpo, indiferenciação eu-outro, busca do cuidado materno na relação conjugal e não um companheiro, dificuldade de adiar a satisfação, intolerância à frustração poderiam estar determinando uma escolha inadequada do cônjuge, uma gravidez indesejada, a dificuldade de lidar com uma separação, a dificuldade de assumir uma postura ativa frente as adversidades da vida.

#### Para concluir....

A mulher que tem mais chance de contrair DAC caracteriza-se por ter uma condição cultural e econômica desfavorável. Insatisfeita com sua vida afetiva e sobrecarregada com uma problemática familiar complexa, deprime-se. Com poucos recursos psíquicos para lidar com esta situação busca refúgio das tensões ,através do prazer da ingestão alimentar compulsiva e por vezes no cigarro. O excesso de tensão que não se escoa completamente na esfera dos comportamentos, transborda pelo plano somático através da hipertensão e até que um dia, pelo infarto

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas
Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito, nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos, só têm presságios
O seu homem, mares, naufrágios
Lindas sirenas
Morenas

Chico Buarque

### Referências Bibliográficas

- Alexander F. Medicina Psicossomática: princípios e aplicações. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989
- Balog P, Janszky I, Leineweber C, Blom M, Wamala SP, Orth-Gomér K. Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stokholm Female Coronary Risk Study. Journal of Psychosomatic Research 2003;54:113-19
- Bonithon-Kopp C, Scarabin P-Y, Darne B, Malmejak A, Guize L. Menopause-related changes in lipoproteins and some other cardiovascular risk factors. Int J Epidemiol. 1990;19:42-48

- 4. Braguinsky J. Prevalencia de obesidad em América Latina . Anales Sis San Navarra 2002; 25(1):109-15
- 5. Braunwald E- Tratado de Medicina Cardiovascular 4ªed, 1996. Ed Roca, São Paulo
- Castelli WP, Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham Study. Am J Med. 1984; 76:4-12
- 7. Brown PC, Smith TW. Social influence, marriage and the heart cardiovascular consequences of interpersonal control in husbands and wives. Health Psycol 1992;11(2):88-96
- 8. Brown PC, Smith TW., Benjamin LS. Perceptions of spouse dominance predict blood pressure reactivity during marital interactions. Ann Behav Med 1998;20(4):286-93
- Conthe Gutierrez P, Bejarano JML, Juanatey JRG, Nunez AG, Fernandez FJP, Sarda NA. Different aprroach in high cardiovascular-risk women, compared to men: a multidisciplinary study-Spain. Med Clin (Barc) 2003;120(12):451-5
- 10. Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Kokkinos P, Marinakis N, Stefanadis C e cols. Gender differences on the risk evaluation of acute coronary syndromes: the CARDIO 2000 study. Prev Cardiol. 2003;6(2):71-7
- 11. Davila J, Bradbury TN, Cohan CL, Tochluk S. Marital functioning and depressive symptons; evidence for a stress generation model. J Pers Soc Psychol. 1997;73(4):849-61
- 12. DSM-IV –Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. trad Dayse Batista, 4ªed. 1995: Ed Artes Médicas; Porto Alegre.
- 13. Gavard JÅ, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes: na epidemiologic evaluation. Diabetes Care 1993;16:1167-78
- 14. Goldenberg M(org). Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros. 2000: Ed Record; Rio de Janeiro
- Gurfinkel D. A Teoria das Pulsões em Freud e a questão da Toxicomania. São Paulo,
   1992 [Dissertação de Mestrado] Instituto de Psicologia da USP
- Gurfinkel D. A pulsão e seu objeto droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania.
   Petrópolis: Ed Vozes; 1996
- 17. Gurfinkel D. Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001
- 18. Lapastini MAB. Transicionalidade. In: Outeiral J, Hisada S, Gabríades R. Winnicott-Seminários Paulistas. São Paulo:Casa do Psicólogo; 2001

- 19. Halm MA, Denker J. Primary prevention programs to reduce heart disease risk in women. Clin Nurse Spec. 2003;17(2):101-109
- 20. Hsia AJ Cardiovascular Disease in women. Med Clin North Am. 1998, 82(1):1-19
- 21. Fráguas Jr R Cirurgia de Revascularização do Miocárdio in Fráguas Jr R, Figueiró JAB Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas 2000, Ed Atheneu, SP
- 22. Jackson R, Chambless L, Higgins M, Kuulasmaa K, Wijnberg L, Williams D Sex difference in ischaemic heart disease mortlity and risk factors in 46 communities: na ecologic analysis. Cardiovas Risk Factors. 1997;7: 43-54
- 23. Jousilahti P, Vartiainem E, Tuomilehto J, Puska P. Twenty-year dynamics of serum cholesterol in middle-aged population of eastern Finland. Ann Intern Med. 1996;125:713-722
- 24. Jousilahti P, Vartiainem E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, Age, Cardiovascular Risk Factors and Coronary Heart Disease. Circulation;1999;99:1165-1172
- 25. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and the risk of cardiovascular disease: the Framingham study. Ann Intern Med 1976;85:447-52
- 26. Kannel WB .Metabolic risk factors for coronary heart disease in women perspective from the Framingan study. Am Heart J 1987, 114(2):413-19
- 27. Kinder LS, Kamrck TW, Baum A, Orchard TJ. Depressive symptomatology and coronary hear disease in Type I diabetes mellitus: a study of possible mechanisms. Health Psychol. 2002;21(6):542-52
- 28. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. Psychol Bull 2001;127(4):472-503
- 29. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. Am Heart J 1998;111:383-90
- 30. Lipp M N. Estresse e hipertensão arterial essencial. In; Oliveira MF Ismael SMC (orgs). Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia. Papairus; 1995.p 175-84
- 31. Lynch JJ. The language of the heart . NY, Basic Books Inc., 1985
- 32. Mansur AP, Gomes EPSG, Avakian SD, Favarato D, César LAM, Aldrighi JM, Ramires JAF. Clustering of traditional risk factors and precocity of coronary disease in women. International Jpurnal of Cardiology. 2001; 81:205-09
- 33. Marty P. Los movimientos individuales de vida y muerte. Barcelona: Toray; 1965

- 34. Mathews KA, Meilahn E, Kuller LH, Kelsey SF, Caggiula AW, Wing RR. Menopause and risk factors for coronary heart disease. N Engl J Med. 1989;321:641-646
- 35. McDougall J. Em defesa de uma certa anormalidade; teoria e clínica psicanalítica. 2ªed,1987,ed Artes Médicas, Porto Alegre
- 36. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. Arch Intern Med. 1993;153:186-208
- 37. Neves JEP, Cordás T Transtornos Alimentares in Fráguas Jr R, Figueiró JAB Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas 2000, Ed Atheneu, SP
- 38. Orth-Gomer K. Ischemic heart disease and psychological stress in Stockholm and New York. J Psychosom Res 1979;23:165-73
- 39. Perez, GH, Laranjeira R, Nicolau JC, Romano BW. Fatores associados ao tabagismo: Estudo de pacientes com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis. Rev Soc Cardiol do Estado de São Paulo. 2002;2(2):supIB: 28
- 40. Perez, GH, Laranjeira R, Nicolau JC, Romano BW. Explorando as relações entre depressão e Doença Arterial Coronária: Estudo de pacientes com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2002;2(2):suplB: 12
- 41. Phelan J, Schwartz JE, Bromet EJ, Dew Ma, Parkinson DK, Schulberg HC et al. Work stress, family stress and depression in professional managerial employees .Psychol Med 1991;21 :999-1012
- 42. Shahar E, Folsom AR, Salomaa VV, Stinson VL, Mcgovern PG, Shimakawa T et al. Relations of hormone-replacement therapy to measures of plasma fibrinolytic activity. Circulation. 1996;93:1970-75
- 43. Smith TW, Gallo LC,Goble L,Nigu LQ, Stark KA. Agency, communication and cardiovascular reactivity during marital interaction. Health Psychol 1998;17(6):537-45
- 44. Smith TW, Gallo LC. Hostility and cardiovascular reactivity during marital interaction. Psychossom Med 1999;11(2):88-96
- 45. Sousa AGMR, Piegas LS, Sousa JEMR(editores) Fatores de Risco Emergentes para Doença Coronária Série monografias Dante Pazzanese. vol III. 2000 Ed Revinter, SP
- 46. Tavani A, Bertuzzi M, Gallus S, Negri E, La Vecchia C. Diabetes Mellitus as a contributor to the risk of acute myocardial infarction .Journal of Clinical Epidemiology .2002; 55: 1082-87

- 47. Telles RMS, Rays J, Ramires JAF, Wajngarten M, Scalco M, Neri <sup>a</sup> Coronariopatia e Insuficiência Cardíaca in Fráguas Jr R, Figueiró JAB Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas 2000, Ed Atheneu, SP
- 48. Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H. Alexithymia in patients with coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Research 2001; 50: 125-30
- 49. Vieira WC A psicossomática de Pierre Marty in Psicossoma- Psicossomática Psicanalítica 1997, Casa do Psicólogo, SP
- 50. Wamala SP, Mittleman AM, Schenk-Gustafsson, K&Orth-Gomér K. Potential explanations of the educational gradient in women: A population based case-control study of Swedish women. American Journal of Public Health, 1999;89(3):315-21
- 51. Wamala SP, Mittleman AM, Schenk-Gustafsson, K&Orth-Gomér K. Job stress and the occupational gradient incoronary heart disease risk in women- The Stockholm Female Coronary Risk Study. Social Science & Med 2000;51:481-89