

• **Transtorno de Adaptação**
Adjustment Disorder

Marilda Emmanuel Novaes Lipp¹
Laboratório de Estudos Profissionais do Stress
PUC/Campinas

Resumo: Este trabalho apresenta dados sobre o transtorno de adaptação, comumente conhecido como *stress* emocional, discorre sobre sua conceituação atual, as várias modalidades de classificação utilizadas e fornece informações sobre a sua epidemiologia no Brasil. Discorre também sobre suas conseqüências não só para o indivíduo, mas também para a sociedade, no geral.

Palavras-chaves: transtorno de adaptação, transtorno de ajustamento, *stress*, conseqüências

Abstract: This work presents data about the adjustment disorder often referred to as emotional stress, it presents the modern concepts about stress, discusses the classifications most used, and offers information on its epidemiology in Brazil. It also discusses the consequences of stress not only to the individual, but to society, as well.

Keywords: adjustment disorder, stress, consequences.

Transtorno de adaptação ou *stress* emocional pode ser definido como um estado de desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico que ocorre quando o organismo necessita utilizar seus recursos psicobiológicos para lidar com eventos que exijam uma ação defensiva. O transtorno de adaptação é desencadeado pela necessidade da pessoa de lidar com algo que ameaça sua homeostase ou equilíbrio interno. Quando os recursos do momento são insuficientes devido à vulnerabilidade pessoal ou à ausência de estratégia de enfrentamento ou, ainda, pela gravidade ou intensidade do estressor presente, o organismo pode ser afetado em sua plenitude com conseqüências graves para sua saúde física ou mental (Lipp, & Rocha, 1996; Magalhães, 2003; Steiner, & Perfeito, 2004; Andrade, & Lotufo Neto; 2004; Savoia, 2003; Yehuda, & McEwen, 2004; Steptoe, 2005).

Devido ao fato de que a terminologia “transtorno de adaptação” ou “transtorno de ajustamento” é, em geral, mais usada com o objetivo de formular um diagnóstico clínico, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com a classificação F43.xx ou no DSM² com a classificação 309.xxx e, considerando que o termo “stress emocional” aparece com maior freqüência na literatura, o presente trabalho utiliza ambas as terminologias, mas prioriza a palavra *stress*. Ele é um processo complexo, com componentes

¹ Contato - E-mail: mlipp@estresse.com.br

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

psicobioquímicos já geneticamente programados no ser humano desde o seu nascimento, a fim de ajudá-lo a preservar sua vida. Foi o *stress*, através de sua ação adrenérgica, que capacitou o Homem a permanecer vivo e adaptar-se às mudanças pelas quais tem passado. É ele que permite a luta contra os estressores de cada época. O *stress* sempre existiu. Em doses moderadas, a adrenalina produzida aumenta a motivação, fornece energia, vigor e pode resultar em alta produtividade. Em doses excessivas, ela tem a capacidade de destruir e desequilibrar (Ebrecht, Hextall, Kirtley, Taylor, Dyson, & Weinman, 2004).

Além da saúde, existe evidência de que a qualidade de vida e a sensação de bem-estar e de plenitude também podem ser afetadas pelo *stress* excessivo (Levi, Sauter, & Shiomitsu, 2000). O ser humano estressado mostra irritação, impaciência, dificuldade de concentrar-se e de pensar de modo racional e lógico. Irritado, sem paciência e sem concentração ele não se relaciona bem com as outras pessoas, fica mais agressivo e menos interessado em assuntos que não o afetam diretamente. Estando em condições emocionais tão precárias, sua qualidade de vida deixa de atingir o nível ideal. Muitas vezes podem ser as conseqüências do *stress* crônico que se manifestam nas áreas física, psicológica e social, do ser humano.

Quando prolongado, em geral o *stress* afeta o sistema imunológico, reduzindo a resistência da pessoa e tornando-a vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas. Ao mesmo tempo que o organismo acha-se enfraquecido, doenças que permaneciam latentes podem ser desencadeadas. Úlceras, hipertensão arterial, diabetes, problemas dermatológicos, alergias, impotência sexual e obesidade podem surgir (Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004).

Também na área psicológica encontram-se as conseqüências do *stress* excessivo. O ser humano, cronicamente estressado, apresenta cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Sua produtividade sofre quedas e a criatividade fica prejudicada. Auto-dúvidas começam a surgir devido à percepção do desempenho insatisfatório. Crises de ansiedade e humor depressivo seguem-se. A libido fica reduzida e os problemas de ordem física fazem-se presentes. Nessas condições, a qualidade de vida sofre um dano bastante pronunciado e o ser humano se questiona se algum dia será de novo feliz.

É possível, adicionalmente, verificar-se os efeitos do *stress* na área social. Uma sociedade saudável e desenvolvida requer a somatória das habilidades dos seus cidadãos. Se o nível de *stress* está muito alto no país ou na comunidade, os adultos podem-se tornar frágeis, sem resistência aos embates e dificuldades da vida. A pessoa estressada lida mal com as mudanças porque sua habilidade de adaptação está envolvida inteiramente no combate ao *stress*. Em um país

em desenvolvimento como o nosso, onde as mudanças ocorrem em todas as áreas com uma rapidez surpreendente, aqueles que estiverem incapacitados para lidar com elas, certamente não poderão fazer uma contribuição para o sucesso do país e o bem-estar de sua população. Adultos resistentes, capazes de pronta adaptação, que possam pensar de modo lógico e não estressante nos momentos mais difíceis de modificações sociais, econômicas, éticas, políticas e filosóficas são de importância ímpar no âmbito da sociedade no geral. Devido às conseqüências sociais, a importância que o combate ao *stress* assume é de grande relevância em nível de campanhas educativas e preventivas no âmbito nacional.

A reação do *stress* é muitas vezes classificada de acordo com a causa que lhe deu origem, pois pode ter sua ontogênese em uma série de estímulos, eventos ou situações de natureza muito diferenciada, designadas de estressores. Um modo de classificar os estressores é o de externos e internos. Os primeiros são eventos ou condições externas que afetam o organismo. Eles independem, muitas vezes, das características ou comportamento da pessoa, como, por exemplo, mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa. Já os estressores internos são determinados completamente pelo próprio indivíduo. Eles constituem-se do modo de ser da pessoa, se ela é ansiosa, se ela é tímida ou depressiva ou se tem distúrbios psicológicos. Outros exemplos de estressores internos são: crenças irracionais (Ellis, 1973), Padrão Tipo A de Comportamento (Hilton, & Rotheiler, 1991), falta de assertividade e dificuldade de expressar sentimentos (Lipp, & Rocha, 1996). Assim, a reação do *stress* pode ocorrer frente aos estressores inerentemente negativos, como no caso de dor, fome, frio ou calor excessivo ou devido à interpretação que se dá ao evento desafiador. Desse modo, o mesmo evento pode desencadear ou não uma reação de *stress* em pessoas diferentes, dependendo da interpretação que cada uma dá ao evento, como vem sendo postulado por Lazarus desde 1966. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), as atividades cognitivas usadas pelo indivíduo para interpretar eventos ambientais são fundamentais no processo do *stress*.

Dependendo do que o gera, ele adquire nomenclatura específica, por exemplo, a tensão excessiva ligada à atividade profissional de uma pessoa é designada de "*stress* ocupacional", enquanto que a reação de *stress* eliciada pelos contatos com outras pessoas é chamada de "*stress* interpessoal" e o ligado a aspectos da infância é conhecido como "*stress* infantil". Considerando que cada uma dessas áreas tem suas demandas e seus estímulos particulares, pode-se supor que a forma com que o indivíduo reage frente aos desafios é o resultado da somatória das múltiplas fontes de *stress* presentes em sua vida,

mediadas pelas estratégias de enfrentamento existentes em seu repertório comportamental e pelos recursos oriundos de sua resistência biológica.

Várias profissões já foram pesquisadas e foi identificado que diferentes ocupações geram níveis de *stress* diferenciados, chegando até a 70% de pessoas estressadas em amostras, por exemplo, de juizes do trabalho (Lipp, & Tanganelli, 2002). Verificou-se também que o índice de *stress* entre pessoas que ocupam cargo de chefia em São Paulo subiu de 40%, em 1996, para 49%, em 2004, dentre os 95 indivíduos que foram avaliados (69 homens e 26 mulheres). Analisando por gênero, verificou-se que 32% dos homens e 46% das mulheres da amostra possuíam sintomas de *stress*. No que se refere a estudantes, na época do vestibular o índice de *stress* chega a 45% entre mulheres e 38% nos homens (Calais, Andrade, & Lipp, 2003 e Lipp, Arantes, Buriti, & Witzig, 2003) verificaram que dentre 255 escolares avaliados, com idades variando de 7 a 14 anos, 23% das crianças da primeira série apresentavam sintomas graves de *stress*. Com relação a professores, Rossa (2004) relata que em uma amostra de 62 professores, 58% apresentavam *stress*. Uma pesquisa com 13 modelos profissionais (Lipp, & Allegretti, 2004) revelou que 85% delas tinham sintomas da fase intermediária do *stress*. Várias outras pesquisas tem sido publicadas sobre *stress* ocupacional, mostrando a preocupação atual com a influência das contingências de trabalho na saúde e bem-estar das pessoas.

Além de se levar em consideração o tipo do estressor, outros critérios necessitam ser considerados no diagnóstico do *stress*, como, por exemplo, se ele é agudo, pós-traumático, crônico ou recorrente.

A terminologia *stress* agudo refere-se à reação com sintomas específicos, que ocorre logo após um evento traumático, por um período limitado de tempo. Evento traumático é definido como aquele que seria considerado altamente perturbador pela maioria das pessoas. É necessário levar em consideração o modo específico de cada pessoa interpretar cada evento, pois as cognições baseadas em experiências passadas, em muito determinam a classificação dos acontecimentos como traumáticos ou não. Além, disto eventos de valor positivo para a maioria das pessoas podem, pela sua carga emocional, atuar no desencadeamento do estresse agudo, como o choque de uma festa surpresa, discussão acalorada ou um jogo de futebol (Carrol, et al. 2002).

O Transtorno de *Stress* Agudo (TEA) está relacionado a sintomas físicos e psicológicos que podem surgir devido à intensidade do evento crítico experienciado que leva a alterações disfuncionais nos sistemas neurológico, endócrino e imunológico. O estressor, nestes casos, quebra a ordem do mundo presumido, rompe com as crenças de controlabilidade, invulnerabilidade e imortalidade que em geral o ser humano mantém a fim de viver o seu dia a dia com tranquilidade (Greggio, 2005).

Quanto às possíveis conseqüências do *stress* agudo, elas podem ser desencadeadas tanto no âmbito psicológico/psiquiátrico, como no físico. Loures, Sant'Anna e Balduino (2002) apontam a associação entre *stress* mental e o aparecimento e curso de muitas doenças, desde simples infecções virais até úlceras gástricas e neoplasias. Por exemplo, no *stress* agudo, os hormônios podem atuar sobre os tecidos do coração e impedir a contração natural. Arritmias graves podem ocorrer com conseqüente morte súbita. O *stress* agudo também pode desencadear a ruptura de placas de gordura nas artérias e levar ao enfarte e a outros problemas cardíacos (Strike, & Steptoe, 2005).

O aspecto do transtorno de *stress* agudo mais discutido na literatura refere-se à busca de uma relação entre ele e o transtorno de *stress* pós-traumático. Inúmeros trabalhos mostram que na ausência de tratamento, o TEA é um preditor de subseqüente do Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TEPT) e estudos epidemiológicos sugerem que de 15 a 24% das pessoas que passam por experiências traumáticas, desenvolvem o TEPT (Breslau, 2001). Malagris (2003) menciona um estudo de Gálea *et al.* (2002) com 988 pessoas que residiam em Manhattan no bombardeio de 11 de setembro de 2001, o qual detectou a presença de pelo menos um sintoma de TEPT em 57,8% dos entrevistados.

O *stress* pós-traumático pode gerar conseqüências graves para o ser humano, tanto física como psicologicamente. Kessler (2000), em um estudo epidemiológico, relata que 88,3% dos homens e 79% das mulheres desenvolvem alguma comorbidade psiquiátrica juntamente com o desenvolvimento do TEPT.

O DSM-IV (1994) acrescentou o diagnóstico de Transtorno do Estresse Agudo, na secção de ansiedade, conceituando-o como uma forma aguda de *stress* pós-traumático. Há de se enfatizar que existem diferenças conceituais e diagnósticas entre os dois transtornos. Por exemplo, no TEA a ênfase é colocada nos sintomas dissociativos, em que pelo menos três sintomas de dissociação devem estar presentes a fim de que o TEA possa ser diagnosticado. Já no transtorno de *stress* pós-traumático, revisto por Caminha (2005), não há tanta ênfase em sintomas de dissociação. Além disto, se os sintomas persistirem mais de um mês, então, o diagnóstico seria de *stress* pós-traumático.

Existe ainda uma distinção importante entre *stress* crônico e *stress* recorrente, sendo que o crônico refere-se a um estado de tensão prolongado que pode levar ao desenvolvimento de varias doenças e prejuízos para a qualidade de vida do ser humano. Em geral, o *stress* crônico evolui para fases mais graves do processo do *stress* (Lipp, 2005). Ele pode ocorrer devido à permanência de um estressor na história de vida da pessoa, devido ao acúmulo de estressores ou ainda devido ao *stress* recorrente. Este diferencia-se das crises de *stress* que podem ocorrer em qualquer pessoa devido a diferentes tipos de estressores, pois ele ocorre no contexto de repetições de ocorrências semelhantes, como se

fossem temas de vida (Lipp, 2006). Temas esses que se repetem inúmeras vezes na vida dessas pessoas, sempre gerando um nível de *stress* excessivo e contribuindo para uma sensação crônica de fragilidade frente ao mundo.

O Stress no Brasil:

O Brasil, como todo país em desenvolvimento, está no centro de um processo de mudanças intensas: mudanças de valores, de princípios, de hábitos, de tecnologia, do pensar e do fazer. Esse processo, necessário e benéfico em longo prazo, é também a fonte mais importante de *stress* para o Homem que, de repente, precisa aprender uma nova maneira de pensar, sentir e agir! E tudo isso, dentro de um tempo muito limitado. Os estudos sobre o *stress* emocional no Brasil têm-se multiplicado com grande rapidez. Dentre eles encontram-se principalmente:

- a) pesquisas realizadas nas instituições de ensino, como as oriundas do Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* (LEPS) da PUC-Campinas, as teses, dissertações e a produção intelectual de docentes dos programas de pós-graduação e, até certo ponto, da graduação;
- b) pesquisas implementadas por organizações não universitárias;
- c) ações empresariais que envolvem levantamento do índice de *stress* entre funcionários;
- d) pesquisas de populações não-clínicas;
- e) pesquisas com populações clínicas; e
- f) atendimentos clínicos do Centro Psicológico de Controle do *Stress* e de outras clínicas especializadas.

Essas fontes principais de informações podem ser acessadas através de publicações em anais de congresso, artigos publicados em revistas científicas, livros, comunicações em congressos e trabalhos de meta-análise como os publicados por Witter (2003); Cusatis Neto e Andrade (2004) e Benzoni, Carneiro, Ribeiro, Peres, Marchi e Milaré (2004).

Além das 55 dissertações e teses sobre *stress* produzidas na PUC-Campinas, várias outras universidades têm dado origem a trabalhos de Mestrado e Doutorado, como os de: Schmidt (1990) intitulado *Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário*, orientado no IPUSP por Juan Pérez-Ramos; Figueredo (2000) da Universidade Gama Filho sobre os efeitos do *stress* e da ansiedade na qualidade de vida; Leal (2001), de João Pessoa, sobre o *stress* do adolescente; Souza (2002), da USP-SP sobre fibromialgia; Almeida (2002), da Universidade São Francisco sobre *stress* na puberdade; Magalhães Neto (2002), da Universidade Católica de Brasília, sobre *stress* mental em estudantes do ensino médio; Cardoso (2002), da USP-SP, sobre *stress* no tratamento odontopediátrico; Camelo (2002), da USP-Ribeirão Preto, com trabalhadores de

núcleos de saúde da família; Páfaro (2002), da Unicamp, com enfermeiros com dupla jornada de trabalho e Pereira (2004), da PUC-SP, com professores disfônicos, dentre várias outras. Esses e outros trabalhos têm possibilitado entender de modo mais profundo as conseqüências do *stress* emocional no povo brasileiro.

O índice de *stress* em São Paulo era, em 1996, de 32% conforme demonstrado em uma pesquisa com 1818 pessoas que transitavam pelo aeroporto de Cumbica e no Conjunto Nacional, e que se prontificaram a responder ao Inventário de Sintomas informatizado (Lipp, Pereira, Floksztrumpf, Muniz & Ismael, 1996). Da amostra com *stress* encontrada (32% dos entrevistados), 13% eram homens e 19 % mulheres. Essa pesquisa foi a primeira em nosso meio a indicar que mulheres apresentam mais *stress* do que homens. Este índice foi encontrado posteriormente, no mesmo ano, no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraíba e Campo Grande.

Em 2001, pesquisas também não-clínicas com 619 pessoas, na cidade de São Paulo, demonstram um índice de 21% de *stress* entre os homens e 41% dentre as mulheres, mais uma vez mostrando maior índice para o sexo feminino. Este índice de *stress* sofreu um acréscimo comparado com os índices dos anos anteriores conforme mostrou uma pesquisa realizada pelo Centro Psicológico de Controle do *Stress*, em janeiro de 2004, com 915 adultos (601 homens e 314 mulheres), funcionários de escritório de várias empresas da cidade de São Paulo, que não ocupavam cargos de chefia e que aceitaram passar por uma avaliação. Verificou-se que 40% do total dos entrevistados apresentaram sintomas de *stress*, sendo 228 homens e 145 mulheres.

A área em que o *stress* emocional tem sido mais estudado no Brasil é a que tenta averiguar sua influência no adoecer, buscando alternativas para o tratamento e prevenção do *stress* excessivo como uma estratégia para redução do risco envolvido em uma série de doenças (Lipp,2004). Novaes Malagris (2004), a hipertensão, verificou que ao introduzir o fator *stress* em seu estudo, produziu-se uma redução no transporte de *L-arginina* através dos sistemas y^+ e y^+L em pacientes hipertensas estressadas quando comparadas com normotensas estressadas. Esses achados sugerem que a associação de *stress* com hipertensão afeta mecanismos celulares e abre novos rumos para os estudos do *stress* emocional.

Os efeitos do TCS nas manifestações clínicas do *stress* e das doenças, no contexto das quais foi testado, já eram bastante encorajadores até o presente, mas o estudo de Novaes Malagris (2004) deu nova dimensão a esta área de pesquisa. No contexto de sua tese de doutorado, verificou-se que quando o TCS foi testado em pacientes hipertensas, não só houve uma redução do *stress* em 71,4% da amostra após o TCS, mas observou-se também que a diminuição

do *stress*, pelo treinamento do seu controle em pacientes hipertensas estressadas, restaurou os níveis de transporte de *L-arginina* através do sistema y^+ a níveis observados em pacientes hipertensas não-estressadas. Assim, o estudo mostrou que o transporte de *L-arginina* é alterado tanto pela hipertensão como pelo *stress*. Como a *L-arginina* é um aminoácido precursor do óxido nítrico, é possível que a redução do *stress* aumente a produção do óxido nítrico, trazendo benefícios para o hipertenso devido aos seus efeitos vasodilatadores.

Considerações Finais

O interesse pela área do *stress* emocional não se restringe somente ao âmbito da pesquisa ou da clínica. Há um grande interesse atualmente com a prevenção e medidas educativas que possam contribuir para a existência de um ser humano menos estressado, e, conseqüentemente, uma sociedade mais ajustada e com melhor qualidade de vida. Embora o estudo do *stress* esteja recebendo em nosso meio uma atenção marcante, ainda há muito que se estudar e pesquisar para compreender-se exatamente o mecanismo de ação e de tratamento do *stress* emocional. A sociedade atual está cada vez mais estressante. Assaltos, mudanças de valores, tecnologia avançada, aumento de desestruturação familiar, excesso de competição e muitos outros fatores externos e internos contribuem para que o ser humano viva constantemente em um alto nível de *stress*. A teoria da evolução mostra que, em momentos de grandes mudanças, só sobrevivem os melhores, os mais equipados para lidarem com o que é novo, aqueles que desenvolvem mecanismos de enfrentamento, aqueles que aprendem a viver com a mudança e adaptam-se. Os que não conseguem uma adaptação ao que está ocorrendo ao seu redor não sobrevivem no mundo em mutação constante. Por isso é que se torna tão importante estudar e descobrir métodos de prevenção do transtorno de adaptação.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. G. A. (2002) *Avaliação do Stress na Puberdade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade São Francisco.
- Andrade, A. C. F., & Lotufo Neto, F. (2004) Stress e transtorno bipolar. In M. E. N. Lipp (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 155-165.
- Benzoni, P. E., Carneiro, B. V., Ribeiro, D. P. A., Peres, M. R., Marchi, R., & Milaré, S. A. (2004) Tipologia das pesquisas sobre stress no Brasil. In M. E. N. Lipp (Ed.). *O Stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas: Papirus:205-214.

- Breslau, N. (2001). The Epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extend of the problem? *J Clin Psychiatry*, 62(Suppl 17):16-22.
- Calais S., Andrade, L. B. & Lipp, M E. N. (2003) Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stress em Adultos Jovens. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 2, 257-263.
- Camelo, S. H. H. (2002) *Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto. Universidade São Paulo.
- Cardoso, C. L. (2002) *Tratamento Odonto Pediátrico no Contexto de uma Clínica Escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno*. Tese de Doutorado em Filologia e Língua Portuguesa. Universidade de São Paulo.
- Carrol, D., Borahim, S., Tilling, K., Macleod, J., Davey, G. (2002). Admissions for myocardial infarction and World Cup football: database survey. *BMJ*, 325, 1439-1442.
- Cusatis Neto, R., & Andrade, V. C. G. (2004) Análise da produção científica de stress da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. In M. E. N. Lipp (Ed.). *O Stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas: Papyrus: 197-204
- Ebrecht, M., Hextall, J., Kirtley, L. G., Taylor T, Dyson, D., & Weinman, B. (2004). Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults. *Psychoneuroendocrinology*. 29(6):798-809.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychology: the rational-emotive approach*. Nova York: Julian.
- Figueredo, P. M. V. (2000) *O Efeito do Estresse e da Ansiedade na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Gama Filho.
- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J. & Vlahov, D. (2002) Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *J. Urban Health*, 79(3): 340-353.
- Gregio, C. A (2005) *Antes e depois do trauma: Vivência traumática e o mundo presumido*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC-SP.
- Hilton, J.W., & Rotheiler, E. (1991) Type A components, stress response and enforced time wasting. In C.D. Spielberger et al. (eds.). *Stress and Emotion*. vol, 14. Nova York: Hemisphere Publishing Co.: 265-279
- Kessler, R. C. (2000) Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Supl.5) 4-12.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, Apraisal and Coping*. NY: Springer.

- Leal, E. Q. (2001) *Stress em adolescentes: avaliação dos principais sintomas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano. Universidade Federal da Paraíba.
- Levi L., Sauter S. T., & Shiomitsu T. (2000) Work-Related Stress – Its Time to Act. *Journal of Occupational Health Psychology* 4:394-396.
- Lipp, M. E. N (2006) Teoria de temas de vida do stress recorrente e crônico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, set-dez, v. XXVI, 3(6), 82-93.
- Lipp, M. E. N. (2005) *O Stress e a Beleza da Mulher*. São Paulo: Connection Books.
- Lipp, M. E. N (2004) O stress no Brasil de hoje. In M.E.N.Lipp (Ed.). *O Stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas:Papirus: 215-223
- Lipp, M. E. N., & Alegretti, J. (2004) Stress e imagem corporal. *Anais do II Congresso Brasileiro de Stress*. São Paulo: Centro Psicológico de Controle do Stress.
- Lipp, M. E. N; Arantes, J. P. ; Buriti, M. S. ; Witzig, T. (2003) Stress em Escolares. *Acta Científica Ciências Humanas*, v. 1, n. 4, 16-23.
- Lipp, M. E. N.; Pereira, I. C.; Floksztrumpf, C.; Muniz, F. & Ismael, S. C. (1996) Diferenças em nível de stress entre homens e mulheres na Cidade de São Paulo. *Anais do I Simpósio sobre Stress e suas Implicações*. PUC-Campinas, 122.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (1996) *Stress, qualidade de vida e hipertensão arterial: um guia para o hipertenso*. Campinas: Papirus
- Lipp, M. E. N & Tanganelli, M. S. (2002) Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 3, p. 537-548.
- Loures, D. L.; Sant'Anna, I.; Baldotto, C. S. R. et al. (2002) *Estresse Mental e Sistema Cardiovascular*. *Arq. Bras. Cardiol.*, May, 78(5), 123-129.
- Magalhães, K. (2003) O treino de controle do stress aplicado à retocolite ulcerativa inespecífica. Em M.E.N.Lipp (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo: 193-198
- Magalhães Neto, A. M. (2002) *Efeitos de um programa de Exercícios Resistidos sobre o Estresse mental em Estudantes do Ensino Médio*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Católica de Brasília.
- Malagris, L. E. N. (2003) Transtornos de stress agudo e pós-traumático. In M. E. N. Lipp (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo: 171-174.
- Novaes Malagris, L. E. (2004) *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Páfaro, R. C. (2002) *Estudos do Estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas.
- Pereira, L. P. (2004) *Voz e Stress no Cotidiano de Professores Disfônicos*. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Rossa, E. G. O. (2004) *Relação entre o stress e o Burnout em professores do ensino fundamental e médio*. In M. E. N. Lipp (Ed.) *O Stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas: Papirus: 131-138.
- Savoia, M. G. (2003) A relação entre estresse e transtorno do pânico. In M. E. N. Lipp (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo: 166-168.
- Schmidt, I. T. (1990) *Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário. Tese de doutorado em Psicologia*. São Paulo: Instituto de Psicologia - USP.
- Souza, L. P. M. A. (2002) *Utilização de Técnicas de Relaxamento no Tratamento de Pacientes com Diagnóstico de Fibromialgia*. Dissertação de Mestrado em Ciências (Fisiopatologia Experimental). Universidade de São Paulo.
- Steiner, D., & Perfeito, F. L. (2004) A relação entre stress e doenças dermatológicas. In M. E. N. Lipp (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 111-114.
- Steptoe, A. (2005) Remediable or preventable psychological factors in the aetiology and prognosis of medical disorders. In White, P.D. (Ed.). *The Biopsychosocial Approach to Illness*, Oxford University Press, Oxford, pp 59-75.
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004) Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology* 29(5), 593-611.
- Strike, P. C., & Steptoe, A. (2005) Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique. *Psychosomatic Medicine* 67:179-186.
- Yehuda, R. & McEwen, B. S. (2004) Protective and damaging effects of the biobehavioral stress response: cognitive, systemic and clinical aspects: ISPNE XXXIV meeting summary. *Psychoneuroendocrinology*, 2 (9), 1212-1222.
- Witter, G. P. (2003) Produção Científica e estresse do professor, In M. E. N. Lipp (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 127-134.