

ESTRESSE, ANSIEDADE E COPING: UMA REVISÃO DOS CONCEITOS, MEDIDAS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO VOLTADAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.

STRESS, ANXIETY AND COPING: A REVIEW OF CONCEPTS, INSTRUMENTS OF MEASURING AND STRATEGIES OF INTERVENTIONS FOR NURSING PRACTICE

ESTRÉS, ANSIEDAD Y COPING: UNA REVISIÓN DE CONCEPTOS, INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y INTERVENCIÓNES PARA ENFERMEROS.

MARIA MÁRCIA BACHION*
ALESSANDRA DE SOUZA PERES**
VERA LÚCIA BELISÁRIO***
EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO****

Resumo

Descreve a experiência de ensino sustentada na concepção pedagógica problematizadora. Apresenta os aspectos históricos da implantação do Curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Informa sobre os antecedentes e o modelo curricular do curso, enfatizando o propósito de ampliar a cobertura do programa e facilitar o acesso de enfermeiros dos serviços básicos de saúde. Destaca a modalidade de descentralização do curso e as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas. Apresenta os resultados quantitativos dos egressos no período de 1988 a 1998. Conclui reafirmando a importância do curso enquanto uma estratégia de capacitação de enfermeiros para atuarem na Rede de Serviços Básicos de Saúde.

Palavras-chaves: Estresse psicológico, Ansiedade

O bjetivamos revisar: a) conceitos relacionados ao estresse; b) instrumentos de avaliação de ansiedade, estresse e coping; c) intervenções de enfermagem para ajuda ao paciente no manejo do estresse. Procedemos busca nos anos de 1995-96. Apresentamos definições dos termos propostos e identificamos escalas para detectar ansiedade: "Hospital anxiety and depression", "State-trait anxiety Inventory" e "Self-rating anxiety scale". Para estresse encontramos "Inventário Scope-Stress"; "Lista de Síndrome do Stress"; "Escala de acontecimentos vitais en poblacion española"; "Inventário de estrés cotidiano" e "Parent perception Inventory". Para coping temos "Escala de Modos de Enfrentamento". Para aliviar estresse aparecem: exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento, exercícios físicos, falar sobre o assunto, nutrição adequada.

É unânime a afirmação de que o processo de adoecer tem como fenômeno inerente a causação de estresse. Apesar do reconhecimento de que este fato ocorre, a enfermagem não tem agido sistematicamente na avaliação do mesmo e nem na intervenção para ajudar o paciente a manejá-lo.

Esta deficiência alcança maior vulto se considerarmos que o estresse, ou melhor, o distresse torna a pessoa susceptível à doenças⁽¹⁾. Chega-se a estimar esta ligação em 50 a 80% de todas as doenças e menciona-se algumas especificamente, como a Hipertensão Arterial, Câncer, o Infarto do Miocárdio, Asma Brônquica, Úlcera Péptica, Cefaléia, Dislipidemias,

Alcoolismo, Angina Pectoris, Hipertireoidismo, Colite Ulcerosa, Lupus Eritematoso e Insônia^(1,2,3,4).

Dada a magnitude da presença do estresse, tanto no sentido de predispor à patologias como ser exacerbado pela presença das mesmas, acreditamos ser necessária a instrumentalização dos enfermeiros, no sentido de compreender como tais processos ocorrem, a terminologia corrente nesta área, formas de avaliar o grau de intensidade de sua presença, bem como desenvolver habilidades no sentido de ajudar o paciente a enfrentar o estresse.

Buscando contribuir no alcance desta meta, elaboramos este estudo, que tem por objetivos:

- 1 - rever conceitos de estresse, ansiedade e medo, relacionando-os entre si.
- 2 - buscar na literatura instrumentos de avaliação de estresse, ansiedade e coping.
- 3 - rever a literatura acerca das intervenções de enfermagem na área de ajuda ao paciente para manejo do estresse.

Metodologia

Trata-se de um artigo de revisão no qual utilizamos os "Sumários de Periódicos de Enfermagem" publicados pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nos anos de 1995 e 1996.

** Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Goiás (UFG).

** Aluno da Faculdade de Enfermagem da UFG.

*** Aluno da Faculdade de Enfermagem da UFG. Bolsista do Pibic-CNPq

**** Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Endereço para correspondência:
Rua R 1 nº 72, apto. 702, Ed. Serra de Caldas. Setor Oeste.
74125-020 - Goiânia - GO

Resultados

Os dados serão apresentados inicialmente buscando apresentar os conceitos estudados; a seguir instrumentos de avaliação de estresse, ansiedade e coping serão descritos e, finalmente, estratégias de intervenção serão arroladas.

Conceitos

Existem várias vertentes para conceituação de estresse⁽⁵⁾. A visão mais comum é que estresse é um estado manifestado por uma síndrome específica, produzida num sistema biológico, frente a qualquer demanda. Trata-se de uma reação que o indivíduo experimenta, resultante de seu esforço para lidar com determinada dificuldade^(6,7).

Tais dificuldades podem ser entendidas como situações gerais ou específicas do ser humano, como eventos da vida cotidiana, transtornos agudos e crônicos, vivências singulares ou situações a que um grupo específico está submetido, seja por um único momento, seja por um período restrito de tempo ou ainda por tempo indeterminado^(4,8,9).

O evento, situação ou agente causador de estresse é denominado estressor. Sua natureza pode ser física (extremos de temperatura, radiação), química (falta de oxigênio, uso de crack, intoxicação por metano), biológica (hemorragia, intervenção cirúrgica), psicológica (ser chefe de seção, executivo, separação de casais, andar de montanha russa, morte na família), social (ganhar na loteria, ser sorteado com um carro zero, falta de finanças para suprir as necessidades da família) e pode ser tanto de origem intrínseca quanto extrínseca do sujeito que sofre estresse.

A definição do que é ou não estressor passa por uma avaliação subjetiva do indivíduo, mediada pela esfera cognitiva⁽¹⁰⁾ e social⁽¹¹⁾.

Os termos eutresse/distresse são empregados diferentemente. Eutresse pode ser usado para designar o estresse decorrente de situações agradáveis ou de curta duração e distresse, em contrapartida, o estresse decorrente de situações ameaçadoras ou de longa duração^(6,12). Nesse caso, o estresse de grande magnitude, porém, de certa duração, não seria suficiente para causar reações adversas ou de efeito deletério. Podemos ainda atrelar o termo eutresse às situações onde a quantidade de estímulos que suscitam respostas adaptativas são em número suficiente apenas para motivar o indivíduo para o desenvolvimento. Por outro lado, o termo distresse estaria vinculado à ausência ou excesso de estímulos (pressões). No primeiro caso o indivíduo cairia na desmotivação e tédio, no segundo, experimentaria opressão e exaustão, o que seria contraproducente.

A reação de estresse ou Síndrome Geral de Adaptação tem três fases^(6,12):

Reação de alarme - corresponde ao momento inicial da resposta ao estressor, isto é, ao início da mobilização das forças orgânicas de defesa contra um determinado agente e seleção de resposta de luta ou fuga. Envolve reações de natureza biológica

e psicossocial: taquicardia, cefaléia, aumento ou queda de pressão arterial, sudorese, sensação de esgotamento, irritabilidade, insônia, fadiga, zumbido nos ouvidos, pressão no peito, distúrbios gastrointestinais, mãos e pés frios, tensão muscular, pesadelos, etc.

Se o estresse cessar nesta fase, os parâmetros biológicos mobilizados retornarão à homeostase. Permanecendo a exposição ao agente estressor, inicia-se a fase seguinte, onde já podemos dizer que começa o distresse propriamente dito.

a) Fase de resistência - o organismo dá seguimento ao processo anterior, de maneira quantitativa e qualitativamente diferente. Nesse caso, redimensiona seus índices normais de atividades e assim permanece até que o estressor desapareça ou até que o organismo entre próxima fase: a exaustão. Nessa fase ainda, ocorrem reações de natureza predominantemente psicossocial: sensação de medo, nervosismo, apetite oscilante, bruxismo, alopecia, ansiedade, roer as unhas, isolamento social, impotência sexual, etc.

b) Exaustão - o redimensionamento das atividades iniciado na fase anterior, após algum tempo, resultará em sobrecarga num ou mais órgãos específicos. Em termos de manifestações orgânicas, assemelha-se à fase de alarme, além dos sintomas específicos dos órgãos afetados e da patologia que nele se instalar.

A sintomatologia manifestada nessas três fases surge como resultado da resposta orgânica ao estressor, isto é, funções metabólicas específicas são alteradas por processo característico do estresse, que envolve basicamente dois eixos mediadores: o eixo hipotálamo-hipófise-córtex adrenal e o eixo hipotálamo-simpático-medula adrenal.

Embora o estresse envolva alterações na síntese e liberação de todos os hormônios envolvidos com as estruturas hipotálamo-hipofisárias, atuando diretamente nas funções tireoideanas, renais, sexuais e reprodutivas, o eixo hipofisário-córtex-adrenal é o que tem maior importância nesse processo⁽¹³⁾.

Mediado por este eixo, haverá aumento na produção de aldosterona e de cortisol. Isto resultará em desequilíbrio que terá manifestações do tipo: alteração do peso corpóreo, osteoporose, distúrbios de comportamento, inclusive alterações no padrão de sono, dificuldade de cicatrizações, aumento da susceptibilidade à infecções, alcalose com hipopotassemia, hipertensão arterial, alterações gastrointestinais, incluindo sintomas de hiperacidez gástrica, alterações no ciclo menstrual e tromboembolismo⁽¹³⁾.

Mediado pelo eixo hipotálamo simpático-medula adrenal, haverá liberação de grandes quantidades de adrenalina é nora-drenalina (80% geralmente corresponde à fração de adrenalina) para a corrente sanguínea. As catecolaminas então produzem os seguintes efeitos: dilatação da pupila, aumento da sudorese, aumento da frequência cardíaca e da força de contração do músculo cardíaco, dilatação coronariana, bronco-dilatação, diminuição do peristaltismo, aumento do tônus esfíncteriano (anal e vesical), liberação de glicose hepática, diminuição do débito urinário, vaso constricção no abdome e na pele, vasodilatação muscular, aumento da coagulabilidade sanguínea, do

metabolismo basal, da atividade mental e músculo-esquelética⁽¹⁴⁾

Como pode se ver, muitas das ações das cotecolamina assemelham-se às ações dos glicocorticóides. Assim, a manifestação orgânica resultante da influência de um será potencializada pelo outro⁽⁶⁾.

A liberação dos diferentes hormônios que participam do estresse é mediada, em vários momentos, por centros corticais e supracorticais relacionadas com funções cognitivas, emocionais e comportamentais, diminuindo ou intensificando as alterações decorrentes do estresse⁽¹⁰⁾.

A "avaliação cognitiva" postula que a conduta humana é influenciada psicologicamente através do modo pelo qual o indivíduo antecipa os eventos, isto é, dependendo do significado do evento para a pessoa, ela experimentará emoção correspondente, o que canalizará sua resposta comportamental⁽¹⁰⁾. Segundo esta abordagem, na vigência de um stressor ocorrem 3 avaliações seqüenciais :

a) *Primary appraisal* - ocorre ao nível do sistema límbico, tálamo e hipotálamo e resulta categorização "perigo" ou "desafio". Nessa avaliação, a experiência vivida será balizada como "ameaça" ou "prazer". É a partir daí então que o estímulo desencadeará todo o processo biológico e psicológico compatível com o produto dessa avaliação.

No caso do sujeito julgar a situação ou evento pouco ameaçador ou ainda, se ele sentir-se capaz de algum grau de controle, o estresse diminuirá ou desaparecerá.

Por outro lado, caso o sujeito avalie o estressor como muito ameaçador ou se não se reconhece com capacidade para controlá-lo, o estressor aumentará consideravelmente.

b) *Secondary appraisal* - esta fase se processa nos centros cognitivos de avaliação e preparo de reação, concentrando-se na procura de possibilidades e estratégias para reagir ao estressor (coping). Se o indivíduo conseguir lançar mão de estratégias capazes de fazê-lo sentir que mantém o domínio da situação, o estresse diminui ou desaparece. Caso contrário o estresse pode aumentar.

c) *Reappraisal* - após efetuado o ato de tentativa de controle do estímulo estressante, baseando-se no sucesso ou insucesso alcançado, os sistemas cerebrais e a consciência avaliam a estratégia aplicada. É nessa última avaliação que ocorre a interpretação final do estressor no caso de ter havido seu domínio e da situação que o cercava, ele perde o caráter ameaçador. A reação do indivíduo, na próxima vez, não será mais de estresse.

Caso contrário, se houver insucesso no controle do estressor, da próxima vez que o indivíduo defrontar-se com a mesma situação, o estresse será maior que na primeira vez.

Pelo exposto, concebe-se que os efeitos da percepção individual, mais do que a situação ou evento em si, determinam o estresse^(9,15).

Nesse sentido, um estressor, inserido numa situação específica, terá um significado singular para o indivíduo e segundo sua avaliação cognitiva ele mobilizará recursos para superá-lo⁽⁷⁾

Outros fatores devem ser acrescentados aos estudos sobre estresse, tais como as circunstâncias, características da socie-

dade, da cultura a que o indivíduo está submetido. A abordagem "interacionista" sobre o estresse, advoga que o estresse e reações de ansiedade são modificados pelas expectativas a respeito das conseqüências de condições estressoras. É o chamado estresse antecipatório ou por antecipação⁽¹¹⁾.

Outro determinante na avaliação dos sujeitos acerca dos eventos que vivenciam é o "*locus de controle*", ou seja, suas crenças pessoais de dominarem ou estarem sujeitas ao ambiente que as rodeia. Trata-se do grau de poder que o indivíduo acredita ter de controlar eventos. Quando as expectativas são de possibilidade de domínio dos acontecimentos através da capacidade, potencialidade e esforço da própria pessoa, diz-se que o indivíduo tem "*locus*" de controle interno e quando o julgamento tende a compreender que o domínio da situação é externa a ele, diz-se que o indivíduo tem "*locus*" de controle externo⁽¹⁶⁾.

Como se pode notar, estudar estresse significa estudar reações neuroendócrinas, crenças, valores, cultura, estado emocional e alterações de humor. Cabe destacar suas relações com ansiedade, medo e coping.

Ansiedade e medo estão estreitamente vinculados ao estresse e são termos amplamente utilizados na enfermagem, porém de modo confuso.

A ansiedade, como vimos, pode ser situada como uma resposta ao estresse, onde o agente estressor está obscurecido (num processo inconsciente). No cotidiano, os seres humanos experimentam algum grau de ansiedade, ou seja, um sentimento vago da iminência de um acontecimento ameaçador, que o indivíduo não sabe identificar. Pode ser entendida como um estado de nervosismo sem causa. Tem como manifestação taquicardia, boca seca. Enquanto processo adaptativo, a ansiedade reduz o nível de tensão, porém torna-se improdutiva quando se cronifica, porque impede que o sujeito lide diretamente com o objeto que a originou. A ansiedade ocorre em graus variados, desde leve, que serve para tornar a pessoa mais alerta, física e mentalmente - até alta - que torna o indivíduo incapaz de reagir ou levando-a a reações aparentemente irracionais⁽¹⁷⁾.

Acredita-se que a ansiedade ocorra mais freqüentemente na população como uma "*adaptação a uma ameaça à integridade biológica, um conflito simbólico inconsciente ou uma ameaça ao conceito sobre si mesmo*"⁽¹⁷⁾.

Foram definidos dois conceitos distintos de ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço^(18,19).

A ansiedade-estado é uma condição transitória de tensão frente a uma circunstância percebida como ameaçadora, sem identificar-se o objeto de perigo, ou seja, simbólica, inespecífica e antecipadamente. Pode variar de intensidade e flutuar no tempo, em função do estímulo estressor com o qual o organismo depara.

A ansiedade-traço se refere às diferenças individuais relativamente estáveis, de propensão para a ansiedade. É uma pré disposição ou tendência do indivíduo para vivenciar a ansiedade.

As manifestações do estado de ansiedade incluem alteração dos batimentos cardíacos, na respiração e na pressão arterial, inquietação, estremecimento, tremores e aumento da sudorese, além de apreensão. A intensidade e duração destes indicadores é determinada pela persistência da interpretação individual da situação como ameaçadora e por respostas advindas do auto-conhecimento.

O ser humano pode aliviar a ansiedade de várias formas, lançando mão dos mecanismos mentais de defesa (abordagem Freudiana), operações de segurança (escola de Sullivan) ou mecanismos de *coping*.

Bastante confundido com a ansiedade, o medo surge, por sua vez, como resposta a um estressor conhecido pela pessoa que o vivencia. Trata-se portanto de uma sensação de temor frente a uma situação conscientemente percebida como problemática. O medo também pode ser aliviado através de mecanismos de *coping*.

Se, por outro lado, o estresse é usado muitas vezes na enfermagem com o mesmo significado do senso comum, ansiedade e medo são confundidos, "*coping*" é um termo ainda pouco conhecido. Alguns estudos evidenciam a preocupação com o entendimento da relação do estresse, formas de enfrentamento e situações de doença^(20,21) ou situações de trabalho⁽⁸⁾.

Acreditamos ser necessário a compreensão deste processo, para uma atuação de melhor qualidade

"*Coping*" é o modo usual do indivíduo lidar com problemas ou situações incomuns. É o conjunto de processos ou mecanismos através dos quais é restabelecido o equilíbrio psicológico e fisiológico. Algumas vezes, o *coping* é referido como esforços cognitivos e comportamentais para dominar, tolerar ou reduzir as demandas do estresse⁽¹⁰⁾. De qualquer forma, estes esforços envolvem processos conscientes e inconscientes. Por razões pragmáticas, a avaliação clínica do *coping* se volta mais para as estratégias comportamentais.

Cada pessoa desenvolve um padrão de resposta individual para situações problemáticas, dependendo do sucesso ou insucesso em experiências passadas e na situação presente. Analisando diferentes situações, estudiosos classificaram várias formas dos sujeitos lidarem com as situações estressantes⁽²²⁾.

A nosso ver, podemos considerar duas grandes classes de estratégias de *coping*: evitamento e confronto direto ou indireto. Operacionalmente, podemos estabelecer os seguintes exemplos de estratégias de evitamento:

- Adiar o confronto: posterga a data dos exames, da entrega dos trabalhos escolares, adia cirurgia, deixa a consulta para depois, deixa a conversa para semana que vem - basicamente envolve o "deixar para depois" ou o "preciso de mais tempo".
- Tentar esquecer, tirar da mente: busca lazer, distrações, desviar a atenção, ir ao clube, beber, comer, ouvir música, dormir, fazer compras, usar drogas, etc.
- Minimizar o evento ou situações, subestimando-o : faz tratamento dialítico e acha que pode comer feijoada; já

teve dois infartos e continua trabalhando como operador na bolsa de valores.

- Bloquear/represar emoções ou sentimentos: "remoer" introspectivamente a situação ou sentimento sem dar vazão.
- Adotar comportamentos de fases anteriores do desenvolvimento: chorar no ombro, precisar de alguém para dizer-lhe o que fazer (não consegue tomar a decisão sozinho), fazer "birras" ou "manhas".

Consideramos estratégias de confronto direto.

- Buscar informações: ler livros, revistas, buscar especialistas, pessoas que tenham experiência na área, até mesmo amigos.
- Falar sobre o assunto: expor seus sentimentos e pensamentos à outras pessoas.
- Buscar direcionamento por parte de autoridades e segui-los: ir ao especialista e seguir suas orientações que passam a ter força de lei.
- Negociar alternativas possíveis: aplica-se inicialmente a vislumbrar alternativas e posteriormente seleciona aquelas com maior possibilidade de benefício e menor custo (para o sujeito, na sua opinião).
- Aceitar a situação ou fato como inevitável: "Sou epiléptico, não posso dirigir e pronto, o que se vai fazer? Não adianta lamentar".
- Aceitar os acontecimentos, mas buscar os aspectos positivos da situação: "graças ao problema cardíaco redimensionei minha vida", "hoje não posso comer com tanta liberdade (diabetes), deixei de comer muitas coisas que gosto mas também muitas coisas que são nocivas a qualquer um".

Ainda existem outras estratégias, classificadas como confronto indireto.

- Entregar-se as atividades filantrópicas, realizar atividades esportivas: numa situação por exemplo de perda de filho, em tenra idade, pais começam a trabalhar voluntariamente em creches. Envolve ações que são empregadas para aliviar o grau de tensão, e não suprimi-lo ou evitá-lo.
- Tentar justificar: nesse processo de racionalização, a pessoa elabora cognitivamente como as coisas aconteceram, mas pára nesse nível, não agindo em relação aos problemas.
- Descarregar em quem não tem nada a ver, culpar outras pessoas, outros eventos etc: digamos que uma pessoa não entende bem o que um texto está querendo expressar e há uma pessoa cantarolando no ambiente. O leitor pode zangar-se com o cantor "não consigo ler por causa do barulho".
- Atribuir a outrem seus pensamentos e sentimentos o: indivíduo teve a cirurgia e diz "meu filho tem medo que eu morra na operação"

Os mecanismos de manejo são inúmeros, de acordo com a criatividade e os recursos dos seres humanos. Podem ser pre-

judiciais na medida em que conseguem aliviar o estresse momentaneamente, mas não ajudam o indivíduo adaptar-se efetivamente, podendo até causar outros problemas⁽¹⁷⁾. Como exemplo mencionamos: fumar, ingerir bebidas alcoólicas, comer, usar drogas alucinógenas, que, acionados constantemente, podem levar à enfisema pulmonar, cirrose hepática, obesidade e dependência (respectivamente)

Por outro lado, existem mecanismos de manejo (ou coping) mais eficientes, que aliviam o estresse à medida que englobam comportamentos que melhoram a auto-estima e podem ser usados posteriormente, em outras situações de ansiedade.

Instrumentos de avaliação de estresse, ansiedade, e coping

O Inventário Scope-Stress foi elaborado e validado com o objetivo de identificar o estressor da vivência do estresse em determinado sujeito⁽²³⁾. Este instrumento consta de uma lista de 50 afirmativas relativas a fatores de estresse (na esfera da competência social) nos quais o respondente assinala um grau que varia de 0 a 3 (para cada afirmação), dependendo da intensidade com que ele vivencia cada situação especificada na escala.

Em pesquisa sobre o estresse no trabalho do enfermeiro⁽⁶⁾, este inventário foi utilizado, além da Lista de Sintomas de Stress (LSS). Esta outra escala consta de 52 afirmações sobre sintomas psicológicos e psicossociais de estresse na área do trabalhador. O respondente assinala a presença e a frequência de cada sintoma, atribuindo uma pontuação⁽²⁴⁾.

Embora não se constitua uma escala, foram desenvolvidas duas listas de sinais de distúrbios que surgem em decorrência do estresse. Uma das listas refere-se a sinais e sintomas comuns, na esfera física, cognitiva, emocional e comportamental que não requerem ação imediata, a outra listagem consta de sinais de distúrbios (nas esferas anteriores) que requerem imediata ação corretiva, inclusive com necessidade de intervenção de especialista clínico⁽²⁵⁾.

Com relação à população em geral, dispomos da Escala de acontecimentos vitais em población espanhola, que consta de 61 circunstâncias estressantes em que o respondente pontua o grau de estresse sentindo, considerando o último ano⁽⁴⁾.

Constatamos também referências ao "*Inventário de estrês cotidiano*". Esta escala consta de 60 eventos/sensações que o respondente pontua o grau de stresse sentido, considerando as últimas 24 horas. Não foram feitas alusões ao processo de validação que tais escalas porventura tenham sofrido⁽⁴⁾.

O *Parent Perception Inventory* ou PPI, é um material que consta de 6 instrumentos e foi desenvolvido para ser usado em conjunto ou em separado, volta-se para as famílias que tem crianças com distúrbios crônicos. Aborda 32 áreas de preocupação, com cinco níveis de medida. Este inventário foi validado, obtendo 0,88 no alfa de Cronbach e 0,87% no teste reteste⁽²⁶⁾.

Outra escala avalia a ansiedade e depressão hospitalares. Trata-se da Hospital Anxiety Depression (HAD), que contém 14 questões do tipo múltipla escolha, com 7 questões para cada

um dos transtornos anteriormente mencionados, considerando-se assim duas subescalas⁽²⁷⁾.

Este instrumento foi desenvolvido para ser aplicado em pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Suas principais características são: sintomas vegetativos que podem decorrer de doenças físicas foram evitadas, os conceitos de ansiedade e depressão encontram-se separados; destina-se a detectar graus livres de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, é curta, podendo ser rapidamente preenchida; ao paciente solicita-se que responda baseando em como se sentiu durante a última semana.

Este material foi validado em clínica médica e encontrando-se no item confiabilidade interna alfa de Crobach de 0,68 para ansiedade e 0,77 para depressão⁽²⁸⁾.

Bem mais conhecido em nosso meio, o State-trait Anxiety Inventory (STAI), também conhecido como IDATE (Inventário de ansiedade traço-estado), foi projetado para ser auto-aplicável, podendo ser usado para indivíduos ou grupos⁽¹⁹⁾. É composto de duas escalas distintas, elaboradas para medir estado (parte I) e traço de ansiedade (parte II).

Ambas as escalas do STAI são constituídas de vinte afirmações sobre sensações psíquicas e são apresentadas em folhas separadas. Este teste tem sido amplamente usado e os estudiosos tem-se dado por satisfeito com sua aplicação^(6, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

O STAI foi testado, obtendo 0,73 a 0,86 para confiabilidade teste-reteste e 0,93 no coeficiente alfa para ansiedade estado e 0,90 para ansiedade traço⁽¹⁹⁾.

Outro conjunto de dois instrumentos foi desenvolvido para avaliar ansiedade⁽³⁵⁾. Um deles é aplicado ao pessoal que cuida do paciente, relatando suas observações, o outro, contém os mesmos itens, porém é respondido pelo próprio paciente (Self-rating anxiety scale). Não foram encontradas informações sobre testes de validação dos mesmos.

Um grupo de questões foram desenvolvidas⁽³⁶⁾ para ajudar na identificação das estratégias de coping usados pelo cliente:

- Qual tem sido o problema mais importante para você? (nessa situação, durante a doença, etc).
- O que você faz (ou tem feito) sobre isso?
- Como isto funciona (ou está funcionando)?

A Escala de Modos de Enfrentamento⁽³⁷⁾ traz diferentes modalidades de comportamentos utilizados por pacientes crônicos no enfrentamento de sua condição. Este instrumento sofreu validação transcultural e foi empregado em análise dos modos de lidar dos pacientes diabéticos⁽²¹⁾.

Métodos de redução do estresse

A ajuda ao cliente para lidar com o estresse passa por algumas etapas:

- ajudar a identificar o problema.
- ajudar a identificar e verbalizar o sentimentos que coexistem com o problema ou situação.

- ajudar a identificar e verbalizar o evento ou situação que precipitou os sentimentos.
- ajudar a perceber como usualmente responde ao estresse (física e psicologicamente).

As respostas a estas questões ajudam o enfermeiro a identificar como o cliente está definindo o problema, quais estratégias tem sido empregadas para enfrentá-lo e sua percepção sobre a efetividade das mesmas.

Treinamento do relaxamento, reavaliação cognitiva e musicoterapia são preconizados na redução do estresse⁽³⁸⁾.

O treinamento do relaxamento induz a Resposta de Relaxamento⁽³⁸⁾ que é um estado de calma, sendo necessários: ambiente tranquilo, posição confortável, atitude calma e um dispositivo ou objeto mental, que pode ser uma palavra, um som ou uma frase para ocupar a mente e afastar os pensamentos. Também pode ser feito massagem (golpes lentos no dorso) com este fim. O relaxamento progressivo consiste em retesar e relaxar grupos musculares alternadamente de maneira sistemática, para que a pessoa possa comparar os dois efeitos, culminando com um período de relaxamento completo. Praticar o relaxamento por 15 a 20 minutos uma ou duas vezes por dia traz resultados positivos na redução dos níveis de estresse.

A nutrição, exercícios físicos, recreação, controle muscular, cinesiologia, meditação, criatividade, comunicação, controle do tempo, processos de grupo de sistemas de apoio também podem ser de grande ajuda⁽⁴⁰⁾.

A nutrição correta, repouso adequado e exercícios regulares melhoram o bem estar da pessoa e ajudam a desenvolver resistência contra os agressores.

O exercício regular ajuda no controle de peso, diminui a sensação de fadiga e monotonia e aumenta a tolerância ao exercício.

O objetivo da bio-retroalimentação é adquirir um certo grau de controle mental sobre o sistema nervoso autônomo, diminuir a pressão arterial, controlar a frequência cardíaca e evitar distúrbios como a enxaqueca.

As técnicas de meditação e yoga também produzem a resposta de relaxamento.

Exercícios respiratórios são descritos como poderosos coadjuvantes na indução ao relaxamento⁽⁵⁾.

As emoções como ansiedade, medo, culpa que acompanham o estresse são desagradáveis e aumentam o próprio estresse quando não é realizada nenhuma intervenção.

Conversar com outra pessoa e manifestar seus sentimentos abertamente pode ajudar a dominar a situação e manter auto-imagem positiva⁽⁵⁾. Esta atividade pode se dar com o enfermeiro, pessoas significativas ou nos grupos de apoio. O apoio emocional da família e de entes queridos dá ao indivíduo calor e uma sensação de partilhar a carga.

Indivíduos que se isolam estão sujeitos à maior dificuldade para superar o estresse⁽³⁹⁾. Nos grupos de apoio as pessoas se dão sustentação mútua. Ser membro de um grupo com problemas semelhantes (pais de filhos adôcticos, portadores de câncer, etc) tem efeito liberador, promovendo a expressão e troca de idéias.

Conclusões

Este estudo buscou rever a terminologia inerente à compreensão do estresse, levantar instrumentos de avaliação de estresse, coping e ansiedade bem como identificar alternativas de intervenção.

A experiência de estar doente precipita sentimentos e reações estressantes como ansiedade, medo, raiva, negação, culpa, insegurança. Somados a estes sentimentos, o estar doente em nossa cultura tem conotação de sofrimento, perigo, ameaça de morte e incapacidade. Em se tratando de adulto em fase produtiva, implica em questões como auto-imagem e o custeio da sobrevivência.

O paciente atravessará situações potencialmente estressantes que terá de lidar, de uma forma ou de outra. O enfermeiro deve estar preparado para avaliar a percepção do paciente acerca da situação configurando a rede de estressores vigentes na ocasião, modo de enfrentamento do cliente, grau de ansiedade e ajudá-lo a diminuir o estado de estresse.

A importância de conhecer as formas de coping do paciente é reforçar os mecanismos efetivos, provendo condições e suporte para que os mesmos se efetuem e ajudar o paciente a perceber seu estilo, auxiliando-o no redirecionamento, quando for o caso.

Summary

This study revises the literature about: a) concepts of stress; b) instruments of measuring anxiety, stress and coping; c) nursing intervention to help the patient to cope with stress. This study considered the literature of the years 1995-96. The results defines the concepts referred above and identifies scales to detect anxiety; stress and coping: Hospital anxiety and depression, State-trait anxiety Inventory and Self-rating anxiety scale; "Scope-Stress List"; "Stress Syndrome List"; "Escala de acontecimientos vitales en poblacion española", "Inventário de estrés cotidiano" and "Parent perception Inventory"; "Scale of coping". In relation to nursing intervention were found respiratory exercises, relaxation exercises and phisycal exercises, talking about the subject, adequate nutrition.

Key-words: Stress, psychological, Anxiety

Resumen

Presentamos una revisión referente a: conceptos relacionados al estrés; instrumentos de evaluación de la ansiedad, estrés y coping; intervenciones del enfermero en la ayuda al paciente de como cuidar del estrés. La búsqueda foi realizada en el periodo de 1995-1996. Identificamos conceptos y escalas para ansiedad, estrés y coping: "La ansiedad del Hospital y la Depresión", "State-Trait Anxiety Inventory" y "Self-Rating anxiety Scale"; "Inventário Scope Stress"; la "Lista de Síndrome do Stress"; la Escala de acontecimientos vitales en la poblaciones españolas; "Inventário de Estrés

Cotidiano" y "Parent Perception Inventory"; "Scale of coping". Para aliviar el estrés se precisan de: ejercicios respiratorios, ejercicios de relajación, ejercicios físicos, hablar sobre el tema, nutrición adecuada

Unitermos: *Estres psicológico, Ansiedad*

Referências Bibliográficas

- 1 - Melo Filho J et al. Psicossomática hoje. Porto alegre: Artes Médicas; 1992.
- 2 - Bevilacqua F; Bensoussan E, Janssen JM, Castro FS. Fisiologia clínica. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 1989.
- 3 - Lipp M, Rocha JC. Estresse, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas: Papyrus; 1994.
- 4 - Seijas MH, Rodriguez RA. El estrés em los alumnos de enfermería. *Enf. Cient.* 1995 nov./dec. (164/165): 69 - 72.
- 5 - Santos V. Proposta alternativa de ensino - aprendizagem para o auto cuidado, uma contribuição de enfermagem no enfrentamento da dor e equalização do stresse. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP; 1989. 152p
- 6 - Selye H. Stress, a tensão da vida. 2a ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.
- 7 - Zegans LS. Stress and the development of somatic disorders. In: Golderger L, Breznitz S. Handbook of stress - theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press; 1986: 134-52.
- 8 - Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. (Tese Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1994.
- 9 - Maurat AM et al. Transtorno de stress pós - traumático não relacionado à guerra. *J. Bras. Psiquiat.* 1996; 45 (9): 55 - 6.
- 10 - Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- 11 - Magnusson ND. Situational determinants of stress: na interactional perspective. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress - theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press; 1986: 231-53.
- 12 - Vasconcellos EG. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Seger L. Psicologia e odontologia - uma abordagem integradora. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1992: 25 - 35.
- 13 - Valdes M, Flores T. Psicologia del estrés - conceptos y estrategias de investigación. Barcelona: Martine - Roca; 1986.
- 14 - Guyton AG. Tratado de fisiologia médica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
- 15 - Engler NS. The case for person - situation interactions. *Can. Psychol. Review*, 1975; 16: 12 - 21.
- 16 - Coleta JAD. Atribuição de casualidade: teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1982.
- 17 - Taylor CM. Fundamentos da enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992: 146-58. 18 -
- 18 - Spielberger CD, Sarason IE. Anxiety: state- trait - process. In: Spielberger CD, Sarason IE. Stress and anxiety. Washington: Hemisphere; 1975: 116-43.
- 19 - Spielberger CD, Gorsuch, RL, Lushen RE. Inventário de ansiedade traço - estado. Rio de Janeiro: Cepa; 1979.
- 20 - Ferraz AEP. Busca de informações- uma estratégia de "coping". (Dissertação Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1988:149
- 21 - Ferraz AEP. Modos de enfrentar problemas e sua relação com o componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus. (Tese Doutorado) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 1995: 217
- 22 - Ruhrol EE, Viverais GA. A multifactorial study of test anxiety and coping responses during a challenger examination. *Nurse Educ. Today*, 1993; 13 (2): 91-9.
- 23 - Vasconcellos EG. Stress, coping and soziale kompetenze bei. Kardiovaskularen erkrokugen. (Tese doutorado) Miichen, Luding: Maximilians Universitat in Miichen; 1984: 337.
- 24 - Covollan MA. O stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as suas estratégias utilizadas para controla-lo. (Dissertação Mestrado). Campinas: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica; 1989.
- 25 - Michell J, Bray G, Emergency services stress. New Jersey: Prentice Hall; 1990.
- 26 - Heaman DJ. Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: a comparison of mothers with fathers. *J.Pediatr. Nurse*, 1995; 10 (5): 311 - 20
- 27 - Zingmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiat scand.* V.67 p.361-370.
- 28 - Botega NJ et al. Transtornos do homem em enfermaria clinica médica e validação de escalas de medida (had) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pùb.*, 1995; 29(5): 355-63.
- 29 - Speck BJ. The effect of guided imagery upon first semester nursing students performng their first injections. *J. Nurse Educ.*, 1990; 29 (8): 346-50.
- 30 - Bell ML. Learning a complex nursing skill: student anxiety and the effect of pre clinical: skill evolution. *J. Nurse Educ.*, 1991; 30 (5): 222-6.
- 31 - Erler CJ, Rudman SD. Effect of intensive care simulation on anxiety of nursing students in the clinical i.c.u. *Heart Lung*, 1993; 22 (3) : 259-65.
- 32 - Farah OCD. A ansiedade e a prática no processo ensino aprendizagem de habilidades psicomotoras: técnica de preparo de medicação parenteral. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Escola de enfermagem da USP; 1996: 128
- 33 - Martin DR et al. Ansiedad y expectativas en la percepcion del dolor experimental *Enf. Cient.*, 1995 sep./oct.; (162-163): 40-43.
- 34 - Wilkinson SM. Stress in cancer nursing: does it really exist?. *J. Adv. Nurs.*, 1994; 20: 1079-84.
- 35 - Zung WK. The self-rating anxiety scale (SAS). In: Ward MJ, Lindemann CA, editors. Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Maryland: US Dept of Health, Education and Welfare; 1979: 196-99. (Publication No HRA 78-53)
- 36 - Weisman AD. Coping with illness. In: Hackett T, Cassem N, editors. Massachusetts General Hospital Handbook of general hospital psychiatry. St. Louis: Mosby; 1978: 264-75.
- 37 - Felton BJ, Revenson TA, Hinrichesen G. A stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc. Sci. Med.*, 1984; 8 (10): 889-98.
- 38 - Bulechek GM, Mccloskey JC. Nursing interventions: treatments for nursing diagnosis. Philadelphia: W.B.Saunders; 1985.
- 39 - Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1994. 2v.
- 40 - Sutterly DC, Donnelly GF., editors. Coping with stress. Rockville: M.D. Aspen Systems; 1981.