



Revista da Escola de Enfermagem da USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

de Souza-Talarico, Juliana Nery; Caramelli, Paulo; Nitrini, Ricardo; Corrêa Chaves, Eliane
Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 43, núm. 4, diciembre-enero, 2009, pp. 803-809
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033300010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis

STRESS SYMPTOMS AND COPING STRATEGIES IN HEALTHY ELDERLY SUBJECTS

SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE COPING EN ANCIANOS SALUDABLES

Juliana Nery de Souza-Talarico¹, Paulo Caramelli², Ricardo Nitrini³, Eliane Corrêa Chaves⁴

RESUMO

Idosos podem manifestar sintomas de estresse em decorrência das mudanças biopsicossociais do envelhecimento. O objetivo deste estudo foi identificar sintomas de estresse em idosos e o estilo de coping utilizado por eles, verificando a relação entre estas variáveis. Foram aplicados a Lista de Sintomas de Stress (LSS) e o Inventário de Coping de Jalowiec, em 41 idosos saudáveis. Os idosos apresentaram sintomas de estresse, com intensidade média de 42.8 pontos. Observou-se predomínio do coping focado no problema, porém não houve diferença significativa entre as médias dos escores do LSS entre os indivíduos que utilizaram coping focado no problema ou na emoção ($p=0.737$). Neste estudo, embora os idosos tendessem a eleger o coping focado no problema, a intensidade dos sintomas de estresse independeu do tipo de coping utilizado, evidenciando que tanto o coping focado no problema como o focado na emoção estão associados a níveis semelhantes de estresse.

ABSTRACT

Elderly subjects may present stress symptoms due to physical, psychological and social changes during aging process. The aim of this study was to identify stress symptoms in elderly subjects and the coping strategies they used, verifying the relationship between these variables. The Stress Symptoms List (SSL) and the Jalowiec Coping Scale were administered to 41 healthy elderly subjects. Elderly subjects presented stress symptoms with a mean score of 42.8. Although problem-focused coping was predominantly observed, no significant difference was observed between mean SSL scores among elderly subjects who used problem-focused or emotion-focused coping. Although elderly subjects mainly elected problem-focused coping, stress intensity was independent of the coping style, showing that both problem- and emotion-focused coping are associated with similar stress levels.

RESUMEN

Los ancianos pueden manifestar síntomas de estrés como consecuencia de los cambios biopsicosociales del envejecimiento. El objetivo de este estudio fue identificar síntomas de estrés en ancianos y el estilo de coping utilizado por ellos, verificando la relación entre estas variables. Fueron aplicados la Lista de Síntomas de Estrés (LSS) y el Inventario de Coping de Jalowiec, en 41 ancianos saludables. Los ancianos presentaron síntomas de estrés, con intensidad promedio de 42.8 puntos. Se observó el predominio del coping enfocado en el problema, sin embargo no hubo diferencia significativa entre los promedios de los puntajes del LSS entre los individuos que utilizaron el coping enfocado en el problema o en la emoción ($p = 0.737$). En este estudio, a pesar de que los ancianos tendieron a escoger el coping enfocado en el problema, la intensidad de los síntomas de estrés fue independiente del tipo de coping utilizado, evidenciando que tanto el coping enfocado en el problema como el enfocado en la emoción están asociados a niveles semejantes de estrés.

DESCRITORES

Estresse.
Idoso.
Adaptação psicológica.

KEY WORDS

Stress.
Aged.
Adaptation, psychological.

DESCRIPTORES

Estrés.
Anciano.
Adaptación psicológica.

¹Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Jundiaí, SP, Brasil. junery@usp.br

²Médico neurologista. Doutor. Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. caramelp@usp.br ³Médico neurologista. Doutor. Professor livre-docente associado do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mnitri@uol.com.br ⁴Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ecchaves@usp.br

INTRODUÇÃO

As inúmeras mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, seja de origem física, psíquica ou social, vivenciadas pelo idoso, podem ser expressas como ameaça à sua manutenção biopsicossocial, constituindo-se fatores estressantes capazes de desencadear respostas comportamentais e neuroendócrinas na tentativa de adaptação aos eventos estressores⁽¹⁾.

Denomina-se estresse a resposta psicobiológica adaptativa do sujeito a uma determinada demanda interna ou externa a ele, sendo o evento estressor o fator desencadeador da ativação desta resposta e reação ao estresse o conjunto de fenômenos mobilizados pelo organismo⁽²⁾.

Eventos considerados novos, imprevisíveis ou incontroláveis⁽³⁾, bem como situações em que um importante aspecto da auto-identidade de uma pessoa pode ser negativamente julgado pelos outros⁽⁴⁾ são capazes de estimular a liberação de hormônios associados ao estresse (glucocorticóides), responsáveis por desencadear reações físicas, cognitivas e emocionais no organismo, na tentativa de enfrentar ou controlar a situação estressora⁽⁴⁾. No entanto, diante da exposição crônica ou prolongada ao evento estressor e mediante a ausência de adaptação ao mesmo, o próprio sistema, organizado para nos proteger, pode causar desgaste e comprometer a saúde do indivíduo⁽⁵⁾. Desta forma, a permanente exposição do idoso às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento pode desencadear respostas neuroendócrinas e comportamentais disfuncionais na medida em que estas mudanças são caracterizadas por situações novas, imprevisíveis, sobre as quais o idoso tem pouco ou nenhum controle. Além disso, considerando que, geralmente, uma concepção negativa sobre o envelhecimento é socialmente compartilhada, em determinadas situações o idoso pode perceber sua auto-identidade ameaçada pelo julgamento negativo dos outros ao seu respeito.

Vale ressaltar, no entanto, que além da característica do evento estressor, a avaliação que o indivíduo faz a respeito de sua capacidade de enfrentamento influencia a reação ao estresse tanto em situações agudas como crônicas⁽⁶⁾. Desta forma, um determinado agente ou situação estressora pode ser estressante para um indivíduo e não necessariamente para outro, ou a magnitude de seu impacto será maior ou menor de acordo com a avaliação que este mesmo indivíduo possa fazer da situação em questão⁽⁶⁾.

Assim, ainda que os fatores considerados representem condições de extrema agressividade para uma pessoa, a presença e intensidade das respostas irão variar a depender da avaliação que o indivíduo fizer do evento e de suas experiências prévias, adquiridas em manejar tal situação.

Desta forma, a relação entre as características de duas vertentes – o indivíduo, de um lado e a natureza do evento ambiental do outro, define o estresse psicológico como *uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada por ela como excedendo seus recursos de enfrentamento e ameaçando seu bem-estar*⁽⁶⁾. Este processo de avaliação acerca do evento estressor e dos recursos individuais para manejar a situação estressora, conceituado como *avaliação cognitiva*, consiste em um mediador não biológico capaz de intervir na resposta ao estresse. Esta avaliação é composta por duas etapas interdependentes (primária e secundária), e consiste em *um processo de categorização de um encontro e suas várias facetas com respeito a esse significado para o bem-estar*, ou seja, é um processo que define porque e em que medida certo relacionamento entre o indivíduo e o ambiente que o circunda é estressante. Neste relacionamento, não é a qualidade do evento, mas a maneira como o percebemos, que o classificará como estressor⁽⁶⁻⁷⁾.

As etapas primária e secundária do processo de avaliação representam ações distintas entre si pela complexidade de organização das respostas e não pela ordem cronológica em que ocorrem. Assim, a etapa secundária não depende da primária para acontecer sua ocorrência irá depender da complexidade da avaliação realizada⁽⁶⁾.

Considerando que, geralmente, uma concepção negativa sobre o envelhecimento é socialmente compartilhada, em determinadas situações o idoso pode perceber sua auto-identidade ameaçada pelo julgamento negativo dos outros ao seu respeito.

Após as etapas avaliativas, inicia-se uma fase de julgamento, no qual a pessoa analisa se as demandas ambientais ou internas (medo, ansiedade) são maiores do que os esforços pessoais para modular a experiência de estresse. Este conflito entre as demandas e os esforços emitidos para agir sobre ela é denominado de *coping*⁽⁶⁾. Definições sobre *coping*^(a) incluem tentativas para manipular situações ou necessidades estressantes, independentemente dos resultados, sejam os efeitos melhores ou piores⁽⁶⁾. O *coping* modifica, de alguma forma, a evolução do estresse, seja evitando a situação ou confrontando-a⁽⁶⁾.

Pode ser classificado em duas divisões distintas: centrado no problema e centrado na emoção⁽⁶⁾. O *coping* centrado no problema diz respeito a todas as tentativas do indivíduo em administrar ou modificar o problema⁽⁶⁾. São consideradas estratégias mais adaptativas, uma vez que permitem a mudança da situação, seja pela tentativa de remover o problema ou pela diminuição da capacidade de impacto da fonte estressora⁽⁶⁾. O *coping* centrado na emoção descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, derivando, principalmente, de processos defensivos, fazendo com que a pessoa evite confrontar, de forma realista, a ameaça⁽⁶⁻⁷⁾.

^(a) Embora a expressão *coping* seja de origem inglesa, ela será utilizada na sua forma original, uma vez que não há tradução compatível que exprima seu real significado. Além disso, esta expressão tem sido amplamente utilizada nos diversos trabalhos científicos de vários países, consagrando seu uso na forma original. Ressaltamos que algumas vezes, ao longo da apresentação do estudo, substituiremos a expressão *coping* por enfrentamento.

Além das questões individuais e circunstanciais que influenciam o enfrentamento das situações estressantes, alguns autores têm demonstrado que a idade também apresenta considerável influência na elaboração de diferentes estilos de *coping*⁽⁸⁻⁹⁾. Em estudo prévio, evidenciou-se que, quando comparados a indivíduos jovens, os idosos apresentavam elaboração de mecanismos de defesa mais maduros. No entanto, a efetividade das estratégias de *coping* não se mostrou diferente entre eles⁽⁹⁾.

A aceitação passiva, o desamparo e a depressão resultam em pior adaptação e menor sobrevida em idosos, quando comparados àqueles que reagem com sentimento de raiva e não aceitação da situação que lhes desagrada⁽⁶⁾.

Além disso, existem evidências de que as estratégias de *coping* elaboradas para lidar com situações estressantes se alteram com o avançar da idade não como consequência do processo de envelhecimento, mas face às mudanças nas fontes de estresse.

Embora esteja bem elucidado que idosos apresentam estilos de *coping* diferentes quando comparados aos adultos jovens, ainda não está totalmente esclarecido se nestes indivíduos o enfrentamento, caracterizado por um determinado estilo em detrimento de outro, reflete-se na manifestação de sintomas de estresse.

OBJETIVOS

Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de identificar os sintomas de estresse e estilos de *coping* predominantemente utilizados por idosos e comparar a intensidade destes sintomas entre idosos que elegem o *coping* focado na emoção e no problema. Nossa hipótese é de que existe uma associação entre estilo de *coping* e intensidade dos sintomas de estresse, sendo esta intensidade maior ou menor, a depender do estilo de *coping* utilizado pelo idoso.

MÉTODO

Participantes

Foram incluídos no estudo 41 indivíduos, com mais de 60 anos, com autonomia cognitivo-funcional, escolhidos aleatoriamente a partir de um grupo de idosos cadastrados na Secretaria de Cultura e Extensão Universitária da Escola de Enfermagem da USP (SCEU-EEUSP) em função de terem, em algum momento, participado de pelo menos uma atividade cultural nesta instituição.

Foram excluídos do estudo idosos com diagnóstico de qualquer doença neurológica, história de abuso de álcool ou de drogas no último ano ou previamente por longo período, indivíduos analfabetos, idosos em uso de medicações psicoativas, com diagnóstico médico de transtorno depressivo ou de ansiedade.

Instrumentos de coleta de dados

Inicialmente, após levantamento dos idosos cadastrados na SCEU-EEUSP, foram aplicados durante uma entrevista individual, um questionário de caracterização pessoal, um instrumento de avaliação de sintomas de estresse (Lista de Sintomas de Stress – LSS)⁽¹⁰⁾ e um inventário de *coping* (Escala de Coping de Jalowiec - ECJ)⁽¹¹⁾.

O inventário LSS⁽¹⁰⁾ é composto de 59 itens relativos a sintomas de ordem psicofisiológica e social atribuídos ao estado de estresse, no qual o indivíduo deve assinalar sua presença e dimensionar sua freqüência mediante pontuação de 0 a 3; a maior soma possível é de 177 pontos, com valores mais altos indicando maior manifestação de sintomas de estresse e, os menores, sugerindo o oposto.

O ECJ⁽¹¹⁾ tem por objetivo identificar as características individuais de estratégias para enfrentamento de estressores. É composto por 60 afirmações, divididas em oito estilos de *coping*, baseados em elaboração cognitiva e de comportamentos, sendo eles: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo e autoconfiante.

Cabe ressaltar que, embora os instrumentos utilizados não fossem específicos para população idosa, estas escalas demonstraram, em estudo prévio, confiabilidade neste grupo de indivíduos, com consistência interna entre os itens, o que pôde ser comprovado a partir das pontuações obtidas com análise estatística, utilizando os valores de alfa (α) do teste de Cronbach (LSS = 0.92; ECJ = 0.8)⁽¹²⁾.

Destacamos ainda que as respostas dos itens de ambos os instrumentos de avaliação foram obtidas a partir de perguntas dirigidas ao indivíduo e que a entrevista individual com os idosos foi realizada pelo mesmo pesquisador.

Aspectos éticos

Ressaltando a importância dos aspectos éticos envolvidos em qualquer pesquisa, os dados foram coletados após análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição (356/2004/CEP-EEUSP). A todos os indivíduos e/ou respectivos responsáveis legais, apresentou-se o termo de consentimento por meio do qual os participantes puderam optar pela sua inclusão ou não no estudo, estando cientes de que a recusa não lhes traria qualquer ônus.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva para obtenção de médias, desvio-padrão e freqüências absolutas. Para comparação das freqüências dos estilos de *coping* focados na emoção e no problema, utilizou-se o teste Qui-quadrado⁽¹³⁾. Para comparação das médias dos sintomas de estresse entre indivíduos que utilizaram *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção, utilizou-se o teste T-Student⁽¹³⁾, após verificar distribuição normal desta variável. A análise de variância (ANOVA) de duas

vias⁽¹³⁾ foi conduzida para verificar o efeito da variável independente *intensidade do estresse (alta ou baixa)* sobre a variável dependente *escores do LSS*, além de analisar a interação entre *Intensidade do estresse x Estilo de coping* (problema ou emoção) sobre os escores do LSS. Todas as análises foram conduzidas no software SPSS (versão 12.0), sendo estabelecido nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 41 idosos, predominantemente do sexo feminino ($n = 35, 85.4\%$), distribuídos entre a faixa etária de 62 a 90 anos de idade (média de idade \pm DP: 72.1 ± 6.3), com escolaridade variando entre 01 a 19 anos de estudo (média de anos de estudo \pm DP: 6.1 ± 4.2).

Com relação aos sintomas de estresse, os idosos pontuaram, em média, 42.8 no inventário LSS, com valores máximos e mínimos variando entre 13 e 82 pontos. Esses resultados corroboram estudo prévio realizado com idosos saudáveis e demenciados, no qual foi observada média de intensidade de sintomas de estresse de 41.2⁽¹²⁾.

No entanto, considerando a expressiva variabilidade ($DP = \pm 20.3$) observada nos escores do LSS, optou-se por analisar a distribuição desta variável classificando os idosos segundo alta ou baixa intensidade dos sintomas de estresse, de acordo com a mediana dos escores do LSS (mediana = 38). Desta forma, os participantes que apresentaram escore maior ou igual à mediana foram classificados como de alta intensidade; aqueles que apresentaram valores menores foram agrupados como sendo de baixa intensidade de sintomas de estresse. Entretanto, não foi observada diferença significativa entre a distribuição dos idosos classificados como alta ou baixa intensidade de estresse ($\chi^2 = 0.024, p = 0.876$), evidenciando que os participantes se distribuíram de maneira significativamente homogênea, sendo 21 idosos com altos níveis de intensidade de sintomas de estresse (média no LSS \pm DP: 59.6 ± 12.9) e 20 idosos com baixa intensidade (média no LSS \pm DP: 25.1 ± 6.8). Neste sentido, possivelmente, durante o processo de avaliação do evento estressor, aproximadamente 51% destes idosos julgam seus possíveis estressores cotidianos expressivamente ameaçadores, manifestando, portanto, sintomas de estresse mais intensos.

Alguns autores defendem a hipótese de que o estresse expresso durante o processo de envelhecimento esteja fortemente associado às mudanças nas fontes estressoras, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo à uma manifestação mais intensa de estresse^(6,9).

Assim, o fato de a maioria dos idosos, avaliados neste grupo, ter apresentado sintomas elevados de estresse pode refletir, em parte, o impacto das diversas modificações biológicas, cognitivo-funcionais, emocionais, sociais e econômicas decorrentes do processo de envelhecimento. Tais alterações representam situações geradoras de estresse na medida em que podem expor o idoso a situações novas,

imprevisíveis, nas quais componentes importantes de sua auto-identidade, por exemplo, autonomia e intelectualidade, podem ser negativamente avaliados⁽³⁾.

Cabe ressaltar, entretanto, que além da característica do evento estressor, neste caso as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a intensidade de manifestação também depende dos recursos internos e externos de enfrentamento. Assim, características individuais como traços de personalidade, bem como suporte social e familiar podem, adicionalmente, interferir na adaptação e controle de uma determinada situação estressora^(6,9).

No tocante à manifestação do estresse, observou-se, com maior freqüência, presença de sintomas físicos expressos pela limitação em desempenhar atividades de vida diária, esquecimento, cansaço, dor nas costas, esgotamento físico e tensão muscular, em detrimento de sintomas emocionais como ansiedade, tristeza profunda, manifestada pela sensação de estar deprimido, evitar locais públicos e ambientes de socialização, bem como sensação de raiva (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo sintomas de estresse mais freqüentes - São Paulo - 2005

Sintomas	N	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
Desempenho limitado	41	35	86.0
Ansiedade	41	32	78.0
Esquecimento	41	32	78.0
Cansaço	41	28	68.3
Tristeza profunda	41	28	68.3
Isolamento social	41	25	61.0
Dor nas costas	41	24	58.5
Esgotamento físico	41	22	53.6
Raiva	41	21	51.2
Tensão muscular	41	20	48.9

Esses dados sugerem que, apesar da intensidade dos sintomas de estresse não ser expressivamente elevada neste grupo, sua manifestação comportamental representa sintomas significativos que podem influenciar o auto-cuidado e a manutenção das atividades cotidianas.

Assim, o predomínio de manifestações nas esferas cognitivo-funcionais (esquecimento e desempenho limitado) e emocionais (ansiedade), nestes idosos, reforça ainda mais o fato de que na avaliação da expressão do estresse não apenas o caráter quantitativo deve ser considerado, mas as características qualitativas de sua manifestação necessitam especial atenção⁽⁶⁾.

Com relação ao *coping*, observou-se predomínio dos estilos confrontivo e otimista no enfrentamento das situações adversas, ou seja, ao elegerem o estilo confrontivo, esses idosos enfrentam o evento estressor de forma combativa, confrontando-se com a situação estressora e, ao selecionarem o estilo otimista, este grupo de indivíduos utiliza pensa-

mentos otimistas, elaboração mental e comparações positivas sobre o problema, na tentativa de controlar as emoções desencadeadas pelo evento estressor (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo estilo de *coping* - São Paulo - 2005

Estilo de <i>coping</i>	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
Confrontivo	20	48.8
Evasivo	1	2.4
Otimista	11	26.8
Fatalista	1	2.4
Emotivo	3	7.3
Paliativo	1	2.4
Sustentativo	2	4.9
Autoconfiante	2	4.9
Total	41	100.0

Esses dados corroboram estudos prévios, no qual foram observados, em diferentes grupos de idosos, predomínio dos estilos de *coping* confrontivo e otimista no enfrentamento das situações estressoras^(12,14).

Considerando que grande parte dos estilos de *coping* ocorreu de forma pouco freqüente entre os idosos, optou-se por reagrupar os oito diferentes tipos de enfrentamento, classificando-os a partir do foco de ação do *coping*, sendo eles a emoção e o problema. O reagrupamento dos oito estilos de *coping* se fundamentou nas definições originalmente explicitadas pelo autor do instrumento⁽¹¹⁾. Assim, os estilos confrontivo, evasivo, sustentativo, autoconfiante são classificados como *coping* focado no problema, enquanto que emotivo, paliativo, otimista e fatalista representam estilos de *coping* focados na emoção. A partir desta nova divisão, tornou-se possível tratamento estatístico apropriado para a análise comparativa com os sintomas de estresse.

Desta forma, após o reagrupamento obtivemos um predomínio do *coping* focado no problema entre os idosos. No entanto, esta diferença não atingiu significância estatística ($\chi^2 = 1.19$, $p = 0.274$; Figura 1).

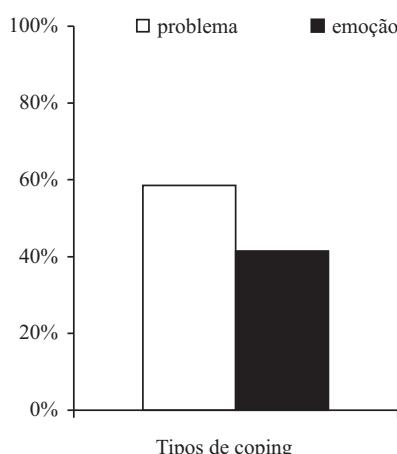
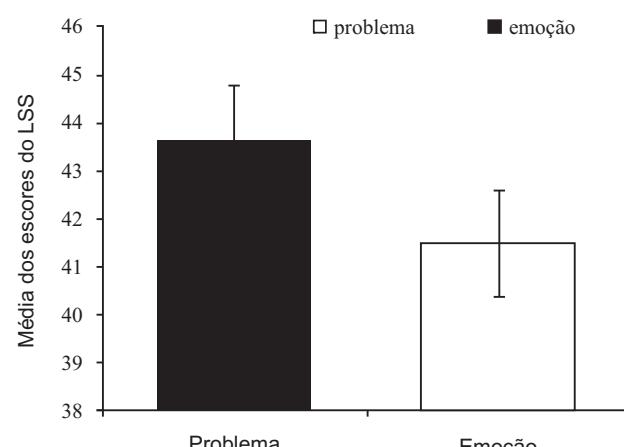


Figura 1 - Distribuição dos idosos segundo tipo de *coping* - São Paulo - 2005

Esta diferença na seleção de estratégias de enfrentamento, embora não tenha sido estatisticamente significativa, permite-nos refletir sobre o esforço comportamental desse grupo para manejar demandas específicas, analisadas como algo que ameaça sua integridade pessoal. Desta forma, ao eleger prioritariamente o *coping* focado no problema, este grupo de idosos explicitou sua preferência em recrutar recursos que permitam a mudança da situação, na tentativa de remover o problema ou diminuir sua capacidade de impacto como fonte estressora. Já nos idosos que elegeram o *coping* focado na emoção, as estratégias adaptativas de enfrentamento refletiram processos defensivos e de distanciamento do problema, focando sua ação na regulagem ou substituição do impacto emocional do estresse.

Considerando a relação entre estresse e *coping*, na qual um enfrentamento efetivo teoricamente se refletiria na ausência ou baixa ocorrência de sintomas de estresse⁽⁶⁻⁷⁾, optou-se por verificar a relação entre estas variáveis nos idosos.

Assim, não foi observada diferença significativa entre as médias dos escores do LSS nos estilos de *coping* focados na emoção e no problema ($t=0.338$, $p=0.737$; Figura 2).

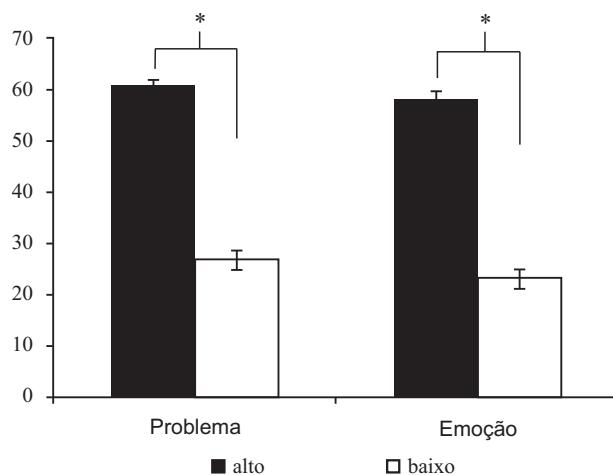


As barras de erro representam o erro padrão da média em cada estilo. Teste t-Student.

Figura 2 - Distribuição das médias dos escores do LSS segundo o estilo de *coping* - São Paulo - 2005

Considerando que os idosos foram classificados segundo os que apresentaram alta ou baixa intensidade dos sintomas de estresse, optou-se por verificar o efeito da interação entre a classificação da intensidade dos sintomas de estresse e os estilos de *coping* sobre os escores do LSS. Para tanto foi conduzida uma ANOVA de duas vias com a variável dependente *escores do LSS* e as variáveis categóricas independentes *LSS por grupo* (alta intensidade x baixa intensidade) e *estilo de coping* (problema x emoção). Foi observado que, tanto no *coping* focado na emoção como no problema, os idosos com alta intensidade de sintomas de estresse apresentaram, em média, maiores escores no LSS do que os idosos com baixa intensidade ($F(1,37) = 106.3$, $p<0.001$). No entanto, a análise intergrupo demonstrou que, entre os idosos com alta ou baixa intensidade de sintomas de estresse, os que utilizaram o

coping focado no problema e os que utilizaram o *coping* focado na emoção apresentaram, em média, o mesmo escore no LSS ($F(1,39) = 0.926$, $p = 0.342$). Figura 3.



As barras de erro representam o erro padrão da média. Os asteriscos indicam $p < 0.05$ para as comparações conduzidas entre idosos com alta ou baixa intensidade de estresse de acordo com o estilo de *coping* utilizado, ANOVA de duas vias

Figura 3 - Distribuição das médias dos escores no LSS segundo estilos de *coping* e grupos classificados de acordo com a intensidade dos sintomas de estresse - São Paulo - 2005

Desta forma, contrariando a hipótese pré-estabelecida neste estudo, observou-se que a intensidade dos sintomas de estresse independeu do estilo de *coping* utilizado pelo idoso. Tanto os indivíduos que utilizaram estratégias de enfrentamento direcionadas à solução do problema, como aqueles que elegeram estratégias para minimizar ou controlar as emoções desencadeadas pelo evento estressor, apresentaram, em média, a mesma intensidade de sintomas de estresse, evidenciando que tanto o *coping* focado no problema como o focado na emoção estão associados ao mesmo nível de intensidade de sintomas de estresse.

Esses dados fundamentam a hipótese de que um determinado estilo de *coping* adotado não é inherentemente bom ou ruim. Ao contrário, a avaliação da eficácia do estilo de *coping*, adotado por um indivíduo, precisa ser analisada no contexto em que o evento estressor ocorre, uma vez que um determinado estilo de enfrentamento pode ser eficaz em uma situação, mas não em outra. Em um preparatório para o vestibular, por exemplo, é adaptativo focalizar a ação de enfrentamento no problema. No entanto, ao aguardar o resultado, é interessante direcionar as ações de *coping* ao controle do impacto emocional decorrente da espera⁽¹⁵⁾. Da mesma forma, ao lidar com situações inexoráveis, como por exemplo, a morte de um familiar, pode ser mais adaptativo, inicialmente, engajar-se num *coping* paliativo no manejo da situação focada na emoção e, então, posteriormente, após a restauração do equilíbrio emocional, eleger um *coping* mais instrumental na elaboração dos planos futuros⁽¹⁵⁾.

Além disso, na avaliação da eficácia do *coping*, faz-se necessário verificar a possibilidade não apenas da resolu-

ção do problema, mas também de controlá-lo⁽¹⁵⁾. Esta abordagem se refere, principalmente, às situações insolúveis e permanentemente estressoras, como no caso das doenças crônicas, nas quais, a ausência de perspectivas de cura requer muito mais estratégias de controle das emoções e da situação do que ações confrontativas⁽¹⁵⁾.

Ademais, há dados na literatura que apontam o controle emocional, alcançado a partir do *coping* focado na emoção, como uma estratégia favorável e eficaz no enfrentamento de situações estressoras, nas quais há pouca capacidade de controle⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. No entanto, alguns autores sugerem que, embora a estratégia focada na emoção pareça ser adaptativa a curto prazo, se o indivíduo prolongar seu uso por muito tempo, poderá tender à passividade e, repetidamente, focalizar sua ação em emoções negativas e nas possíveis consequências dessas sensações⁽¹⁸⁾.

Sabe-se também que traços de personalidade podem influenciar tanto a intensidade de manifestação do estresse, como as estratégias de enfrentamento⁽⁴⁻⁶⁾. Neste sentido, a ausência de associação entre intensidade dos sintomas de estresse e estilo de *coping*, observada no presente estudo, possa ter sido decorrente do fato de não termos incluído a investigação da influência de variáveis relacionadas componentes da personalidade dos participantes.

Considerando que os dados do presente estudo sinalizam que nesta amostra de idosos a intensidade dos sintomas de estresse não dependeu do estilo de *coping* utilizado, sugere-se que tanto o estilo de *coping* direcionado à solução do problema, como aquele focado no controle das emoções desencadeadas pelo evento estressor podem ser efetivos no manejo das situações adversas. No entanto, para avaliar a efetividade da estratégia de *coping* utilizada, recomenda-se investigar, em estudos futuros, a interação entre estilos de *coping* com diferentes indicadores comportamentais e biológicos de estresse, além de analisar a natureza dos eventos estressores, presentes no cotidiano destes indivíduos. A observação da relação entre intensidade do estresse, estilo de *coping* e natureza do estressor poderá fornecer informações relevantes para a investigação da efetividade da estratégia adaptativa utilizada.

Embora não tenha sido observada associação significativa entre intensidade do estresse e estilo de *coping*, algumas limitações do estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, o grupo de estudo foi composto por uma amostra de conveniência com número reduzido de idosos, sendo relevante a investigação das variáveis de estresse e *coping* com número maior de indivíduos distribuídos em diferentes comunidades. Além disso, apenas um inventário de estresse foi utilizado, sugerindo que a utilização adicional de escalas que avaliem sintomas de ansiedade e depressão na análise do estresse poderia produzir resultados diferentes. Finalmente, recomenda-se a utilização de marcadores biológicos, sensíveis à manifestação de estresse, para avaliar seu impacto sobre o equilíbrio alostático⁽⁵⁾ do organismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações do estudo, observou-se que, embora aproximadamente metade dos idosos tenha apresentado elevada intensidade de sintomas de estresse, a manifestação comportamental deste estado, apresentada pela maioria dos participantes, revelou sintomas que podem influenciar negativamente a manutenção do auto-cuidado.

REFERÊNCIAS

- Demonstrou-se também que, apesar destes indivíduos elegerem o *coping* focado no problema, diferentes estilos de *coping* se associam com a mesma intensidade de sintomas de estresse. Desta forma, ao se analisar o quanto uma determinada estratégia é adaptativa, deve-se considerar não apenas a intensidade da manifestação do estresse, mas também a natureza do evento estressor e a avaliação que o indivíduo faz acerca da sua capacidade de solução ou controle do problema.
1. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
 2. Selye H. The stress of life. New York: McGraw Hill; 1956.
 3. Mason JW. A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system. *Psychosom Med.* 1968;30(5):631-53.
 4. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol reactivity: a meta-analytic review. *Psychosom Med.* 2002;54(1):105-23.
 5. McEwen BS, Lasley EN. O fim do estresse como nós o conhecemos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2003.
 6. Monat A, Lazarus RS, Reevy G. Praeger handbook of stress and coping. Churchill Livingstone: Greenwood; 2007.
 7. Chaves EC, Cade NV, Montovani MF, O'Leite RCB, Spire WC. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2000;34(4):370-5.
 8. Diehl M, Coyle N, Labouvie-Vief G. Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging.* 1996;11(1):127-39.
 9. Whitty MT. Coping and defending: age differences in maturity of defense mechanisms and coping strategies. *Aging Ment Health.* 2003;7(2):123-32.
 10. Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1994.
 11. Jalowiec A. Jalowiec Coping Scale (revised). Chicago: Illinois; 1987.
 12. Souza-Talarico JN, Chaves EC, Nitrini R, Caramelli P. Stress and coping in older people with Alzheimer's disease. *J Clin Nurs.* 2009;18(3):457-65.
 13. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. Boston: PWS; 1986.
 14. Galdino JMS. Ansiedade, depressão e coping em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
 15. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol.* 2004;55:745-74.
 16. Christensen AJ, Benotch EG, Wiebe JS, Lawton WJ. Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(3):454-9.
 17. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *J Personal Soc Psychol.* 1998;74(4):1078-92.
 18. Stanton Al, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):875-82.

Financiamento

Fundaçao de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).