

STRESS, ANSIEDADE E DOR

Stress, anxiety and pain

Estela Regina Ferraz Bianchi¹

RESUMO

O presente artigo traz uma análise da interação entre três conceitos intimamente relacionados: stress, ansiedade e dor. Os estudos abordados apontam para conclusões ainda incipientes quanto ao tema. Há necessidade do profissional de saúde abordar o indivíduo de maneira particular, uma vez que a informação pode influenciar no grau de ansiedade que interfere na manifestação e antecipação da dor.

Palavras-chave: stress, ansiedade e dor

SUMMARY

This article analyzes the interaction among three concepts intimately related: stress, anxiety and pain. The approached researches are not conclusive about the theme. The healthcare professional has to give individual attention to each patient as the given information may interfere in the anxiety level and the pain expectation.

Key-words: stress, anxiety, pain

INTRODUÇÃO

O tema é conhecido pelo ser humano há muitos anos. O homem tem experimentado a dor desde seu confronto com animais da pré-história, podendo ter sido acometido da ansiedade e do stress* em concomitância.

Para comentar a respeito de stress, faz-se necessária uma retrospectiva histórica sobre o assunto. O pai da teoria de stress foi Hans Selye, endocrinologista que em seus primeiros contactos com os pacientes verificou que, independente da causa da doença, essas pessoas tinham praticamente as mesmas reclamações: fadiga, dificuldades digestivas, perda de peso, apatia. Como pesquisador, realizou diferentes estudos e chegou à conclusão que no ser humano ocorriam manifestações que denominou como a "síndrome de estar doente", uma reação inespecífica do corpo a qualquer demanda¹.

É conhecida como a teoria biológica de stress, tendo como fases: reação de alarme, resistência e exaustão. É comandada pelo sistema nervoso autônomo, via sistema límbico e pelo sistema

nervoso central, via hipotálamo. Ocorre a liberação dos hormônios da hipófise, supra-renal e destacando-se as catecolaminas, glicocorticóides e mineralocorticóides.

A fase de alarme é caracterizada pela liberação em segundos desses hormônios e muitas vezes, são evidentes as reações provocadas pelas catecolaminas. Essa fase é a de adequação do organismo para a luta ou a fuga, e ocorre em fração de segundos. Pode evoluir para a fase de resistência ou então ser eliminada ou ocorrer a adaptação ao estressor presente e não ter conseqüências posteriores.

Como esta abordagem é tipicamente de ordem fisiológica, outros estudiosos do assunto introduziram a necessidade e a importância do estudo das emoções no surgimento do stress. Stress pode ser definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou grupo social, levando a subjetividade do indivíduo como um fator determinante da severidade do estressor².

Nesse modelo, o indivíduo realiza a avaliação primária,

Trabalho realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)
¹Enfermeira. Livre docente em Enfermagem. Professor Associado junto ao Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

* Stress e coping serão usados na forma inglesa e sem aspas, por serem internacionalmente consagrados.

oportunidade para ponderar se aquele evento é considerado como um verdadeiro estressor, isto é, tanto positivo, como negativo ou simplesmente é um fato irrelevante que passa sem produzir a liberação dos hormônios do stress (catecolaminas e corticosteróides). Há a ação do coping* que pode ser definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizado pelo indivíduo com o objetivos de lidar com demandas específicas internas ou externas em situação de stress e que sobrecarregam ou excedem os recursos pessoais³.

Se o indivíduo avalia como uma ameaça ou um desafio, a reação de stress é instalada e o indivíduo realizara a avaliação secundária, quando verificará as possibilidades de enfrentar o estressor, tanto com mecanismos de coping efetivos ou inefetivos. Se o coping for efetivo, o processo de stress será resolvido; por outro lado, se for inefetivo, a pessoa passará à fase de resistência e podendo chegar à exaustão com o surgimento de doenças e até morte.

A ansiedade participa desse modelo de stress como um sinal ou sintoma que pode ser exacerbado de acordo com cada indivíduo e situação vivida.

Ao analisar a dor nesse contexto, várias indagações surgem. Sabe-se que a dor tem seu componente fisiológico e emocional. Ha alguns anos, não se acreditava que a ansiedade e o stress interferisse no surgimento e no controle da dor. Até os anos 50, não havia ênfase na importância da influência da avaliação psicológica nos estudos de dor⁴.

Uma situação pode ser avaliada como desafio, ou ameaça percorrendo três diferentes caminhos, que podem ser somados: a) pela avaliação que foi feita; b) como se sente diante da situação e c) como a pessoa reage perante a situação⁵.

O processo fisiológico da dor envolve o sistema nervoso autônomo, o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal e o sistema imunológico. Essa via de transmissão é a mesma via conectada no processo de stress.

Sabe-se que a dor pode ser tanto um grande mecanismo de proteção biológica como uma poderosa experiência psicológica.

Muitos médicos e pesquisadores relatam que a dor intensa ocorre quando há lesão de tecido, levando à conexão do sistema nervoso central e à resposta psicológica. Entretanto, sabe-se também que há outros tipos de dores, muitas vezes dilacerantes e não correspondente à lesão tecidual verificada.

Surge então, a importância da avaliação cognitiva sobre a dor e a representação como uma ameaça à integridade biológica e que normalmente envolve o pensamento sobre a origem do trauma tissular e o significado para curto e longo prazo do bem-estar da pessoa. Esse processo complexo fica na memória, envolve planejamento e decisões quanto à atividade, uso de medicação e

auto-cuidado. A nível sensorial e emocional, a dor deixa uma sensação desagradável, causa fadiga e perturbação no sono, e como um efeito retrógrado, a pessoa com sono fica com a habilidade cognitiva comprometida, concentração diminuída e interfere no processo mental⁴.

A dor pode ser entendida como uma experiência multidimensional produzida por várias influências, desde a arquitetura sináptica, com sua determinação genética até as experiências sensoriais, afetivas e cognitivas⁶. Esquemáticamente, há três dimensões importantes: sensorial, afetivo e avaliação cognitiva. Nesse contexto participam os dados sensoriais obtidos pelos receptores somáticos (cutâneo, visceral ou tônico); dados dos receptores visuais que influenciam a interpretação cognitiva da situação; dados cognitivos e emocionais que se originam de outras áreas cerebrais; modulação neural e a atividade do sistema regulador de stress, incluindo citocina e endorfinas. Atribui-se importância equitativa do mecanismo fisiológico propriamente dito e do estimulado pelo sistema cognitivo e psicológico.

ESTUDOS REALIZADOS SOBRE STRESS E DOR

Um estudo foi realizado para analisar a eficiência de informação nos mecanismos de coping usados por pacientes em fase pré-operatória⁷. Dividiram em dois grupos de estudos - os que abordaram a informação sensorial, isto é, a descrição do sentimentos do paciente diante do procedimento médico a que seria submetido; e o grupo de informação do procedimento, isto é, a descrição da realização do procedimento. Em comparação ao grupo controle, os pacientes que receberam informação sensorial demonstraram menos sentimentos negativos e baixo nível de relato de dor. Também esse grupo demonstrou menos dor em comparação com o grupo de informação sobre o procedimento. Concluíram que a junção de informação sensorial e do procedimento é a melhor maneira de abordar o paciente para reduzir a dor e os efeitos negativos.

Muitos indivíduos com dor crônica não procuram auxílio médico e continuam trabalhando normalmente. Na revisão realizada⁸, identificaram três diferentes fatores que afetam o ajustamento à dor: crenças em relação ao controle, auto-estima e uso de estratégias de coping. Concluíram que geralmente se a pessoa acredita que pode controlar a dor, evita os sentimentos de catástrofe e desesperança e usam mecanismos de coping de modo ativo, isto é, são menos deprimidos, relatam menor nível de dor e procuram realizar todas as atividades de seu cotidiano.

O alto nível de ansiedade está associado com o aumento da intensidade de dor e com resultados não esperados de tratamentos

médicos⁹. Alguns mecanismos de coping que seriam eficientes no tratamento de pessoas com dor envolve a mudança do comportamento do profissional de saúde na condução da orientação do paciente quanto ao tipo de informação e sentimentos envolvidos na realização de intervenção médica.

Em estudo realizado sobre ansiedade e dor crônica, a diferença entre fobia e sensibilidade à manifestação da dor, há o relato de que a ansiedade é um componente negativo da afetividade de uma experiência do paciente, sendo vista como um sintoma de mal-estar, indisposição e com um componente de raiva e depressão. Obtiveram correlação entre dor e ansiedade. Relatam que o indivíduo primeiro experimenta medo ou ansiedade durante uma atividade dolorosa, torna-se ansioso quando da possibilidade de tal situação dolorosa e evita as atividades associadas com essa eventual experiência de dor. Pode ser avaliado como um mecanismo de evitação e escape ao estímulo nocivo ou até para reduzir a ansiedade antecipatória da dor. Para esses autores, pode-se tornar uma fobia, um elemento elevado e difuso da afetividade negativa, podendo ser denominada de ansiedade da dor¹⁰.

Há a interferência do medo do medo, isto é, o medo que é desenvolvido e mantém as doenças de ansiedade – ansiedade quando o indivíduo se depara com o estímulo percebido como causa de um dano físico¹¹.

Na vivência clínica, depara-se com essa ansiedade e a associação à dor, principalmente quando lida-se com crianças que são submetidas a procedimentos invasivos, como punção venosa, e associam a roupa branca à dor da punção e pode surgir a crise de ansiedade, com manifestações físicas e psicológicas ao deparar com a pessoa de roupa branca.

A dor está associada com emoções negativas, com comprovações de estudos científicos e publicados na literatura médica, enfatizando a ocorrência de alto nível de emoções negativas em pacientes com dor crônica¹². Alguns aspectos continuam não elucidados, como qual o caminho fisiológico e cognitivo entre dor e emoção. Ocorrem dificuldades na medida da emoções em pessoas com dor, e procura-se diminuí-las com o uso de escalas de medida de subjetividade em relação à depressão e sintomas somáticos. Outro problema levantado na realização de estudos sobre a relação das emoções e dor é quanto à intersecção dos sinais e sintomas, que muitas vezes podem ser concomitantes de dor e das emoções negativas tais como raiva, ansiedade, medo e stress.

Outro aspecto observado nos estudos realizados sobre dor é a interferência do coping. Como foi apontado, se houver um coping efetivo, a pessoa supera a situação estressante e em especial, a situação de dor. Entretanto, se for inefetivo, a idéia de que a dor pode surgir será um estressor potente para a exacerbação da dor e elevação de sintomatologia associada. Em estudo realizado¹³, foram

avaliadas as atitudes de 69 doentes com dor crônica. Observou-se que 58,3% dos doentes não acreditavam na possibilidade de controle pessoal da dor; 43,1% não acreditavam na relação entre emoção e intensidade da dor. Este estudo evidencia que a população ainda acredita que a dor deve ser algo relacionado a dano físico presente e que a emoção é coadjuvante no processo de desencadeamento e alívio da dor.

Outro estudo realizado na realidade brasileira e que aponta para a relação entre ansiedade e dor, teve como população 374 jovens de escola pública, entre 8 e 13 anos do município de Ribeirão Preto – SP¹⁴. Os jovens responderam a escala de manifestação de ansiedade em crianças e obtiveram como resultados: 45,4% não reclamavam de cefaléia; 41,2% cefaléias ocasionais e 13,5% com cefaléia freqüente. Entre esse último grupo, verificaram que houve predominância do sexo feminino, com alto escore de ansiedade, alta freqüência de bruxismo e de agitação. Estatisticamente houve associação entre alta freqüência de queixa de cefaléia com alto escore de ansiedade.

Em relação ao predomínio do sexo, há vários estudos que demonstram que o sexo feminino é mais sensível à dor quando relacionado à ansiedade. Na revisão de estudos experimentais¹⁵, realizados entre 1966 e 2001, para verificar o diferente impacto da percepção de dor entre homem e mulher, obtiveram como resultado que a mulher é mais sensível à dor do que o homem.

Na revisão de 20 estudos quanto à relação entre o tratamento de dor lombar crônica e o uso de terapia comportamental, concluíram que o modelo biopsicossocial tem sido cada vez mais aceito assim como o tratamento multidimensional. Recomendam a realização de estudos em subgrupos para a avaliação da eficiência de tratamentos comportamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre ansiedade, stress e dor tem sido cada vez mais reconhecida pelos pesquisadores e profissionais da saúde. Na abordagem da pessoa com dor, há necessidade de se ter em mente que é um complexo de fatores que pode estar interagindo e dimensionando a dor. O stress que essa pessoa é submetida até a introdução e reconhecimento do benefício de um tratamento, muitas vezes é exarcebado e chega a interferir no diagnóstico e terapêutica instituídos.

O profissional de saúde não pode “rotular” o paciente e nem subdimensionar a dor que ele relata. O stress e ansiedade podem interferir tanto na antecipação, como no desenvolvimento e no desfecho do episódio de dor, quando aguda ou no transcorrer da dor crônica.

Na perspectiva de uma abordagem do paciente, há necessidade de “dosar” as informações que ele recebe, à medida de sua motivação e de sua possibilidade de compreensão do contexto a que está sendo exposto. Muitas vezes, o profissional de saúde oferece informações que são precisas e adequadas, mas não são de interesse do paciente, levando-o à antecipação de dor e de mobilização do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal de maneira confusa interferindo no resultado esperado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Selye H. The stress of life. New York, Mc Graw-Hill, 1956.
2. Lazarus RS , Launier S. Stress-related transactions between person and environment In: Pervin LA, Lewis M, editors. Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum, 1978.
3. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Beh 1980; 21:219-239.
4. Tuner JÁ, Chapman CRC. Psychological interventions for chronic pain, a critical review: relaxation training and biofeedback. Pain, 1982; 12: 1-21.
5. Lazarus RS, Lazarus BN. Stress and emotion. In: Lazarus RS, Lazarus BN. Passion & reason: making sense of our emotions. New York: Oxford University Press, 1996.
6. Melzack R. Pain and stress: a new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York (NY): Guilford Press 1999; 89-106.
7. Suls J, Wan CK. Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta analysis. J Consulting Clin Psychology 1989; 57: 372-9.
8. Jensen MP, Turner JÁ, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. Pain 1991; 47: 249-283.
9. Aldwin CM. Stress, coping and development: an integrative perspective. New York: Guilford Press, 1994.
10. Greenberg J, Burns JW. Pain anxiety among chronic pain patients? Specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? Behaviour Research and Therapy 2003; 41: 223-240.
11. Reiss S. expectancy model of fear, anxiety and panic. Clinical Psychology Review 1991; 32: 683-690.
12. Robinson ME, Riley JL III. The role of emotion in pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychosocial Factors in Pain. New York: Guilford Press, 1999; 81.
13. Pimenta CAM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.; 1999.
14. Gorayeb MA, Gorayeb R. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto – SP. Arq Neuropsiquiatr 2002; 60(3B): 764-8.
15. Jones A, Zachariae R. Gender, anxiety, and experimental pain sensitivity ? an overview. J Am Med Womens Assoc 2002; 57 (2): 91-4.
16. Van Tulder MW, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioural treatment for chronic low back pain (Cochrane Review). The Cochrane Library, issue 1, 2003 [citado em 02/07/2005-data de acesso].Disponível no URL: <http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php>