



e-PUBLICAÇÃO

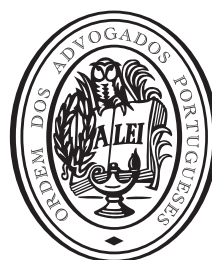
conferência

Gestão Positiva do Stress

ORADOR

Carlos Anunciação

Psicólogo Especialista e Mestre em
Psicologia na área do Stress e
Bem-estar



crlisboa

conferência

GESTÃO POSITIVA DO STRESS



conferência
Gestão Positiva do Stress
09.FEV | 15h00 on-line

ORADOR
Carlos Anunciação
Psicólogo Especialista e Mestre em Psicologia na área do Stress e Bem-estar



crlisboa

INSCRIÇÕES
crlisboa.org

[facebook](#) [twitter](#) [instagram](#) [youtube](#) [podcast](#) [crlisboa.org](#) [crlisboa@cris.pt](#)

VEJA NO
YOUTUBE



YouTube



conferência
Gestão Positiva do Stress
09.FEV | 15h00 on-line



ORADOR
Carlos Anunciação
Psicólogo Especialista e Mestre em Psicologia na área do Stress e Bem-estar

INSCRIÇÕES
crlisboa.org

Video player controls: play, stop, next, settings, full screen, expand.



QUESTÕES*

<https://crlisboa.org/wp/video/video-gestao-positiva-do-stress/>

QUESTÃO 1

“O que é que aparece primeiro:

O stresse e, em consequência, a ansiedade ou a ansiedade e depois o stresse?”

RESPOSTA

QUESTÃO 2

“Os 10 hábitos de gestão positiva de stress são aplicáveis, também, à ansiedade?”

RESPOSTA

* A presente compilação transcreve, sem revisão, as questões colocadas pelos Advogados aos oradores relativamente a cada temática no final da conferência. As respostas apresentadas encontram-se no vídeo da conferência disponibilizado no canal de Youtube do Conselho Regional de Lisboa.

Carlos Anuniação

Psicólogo Especialista e Psicoterapeuta EMDR

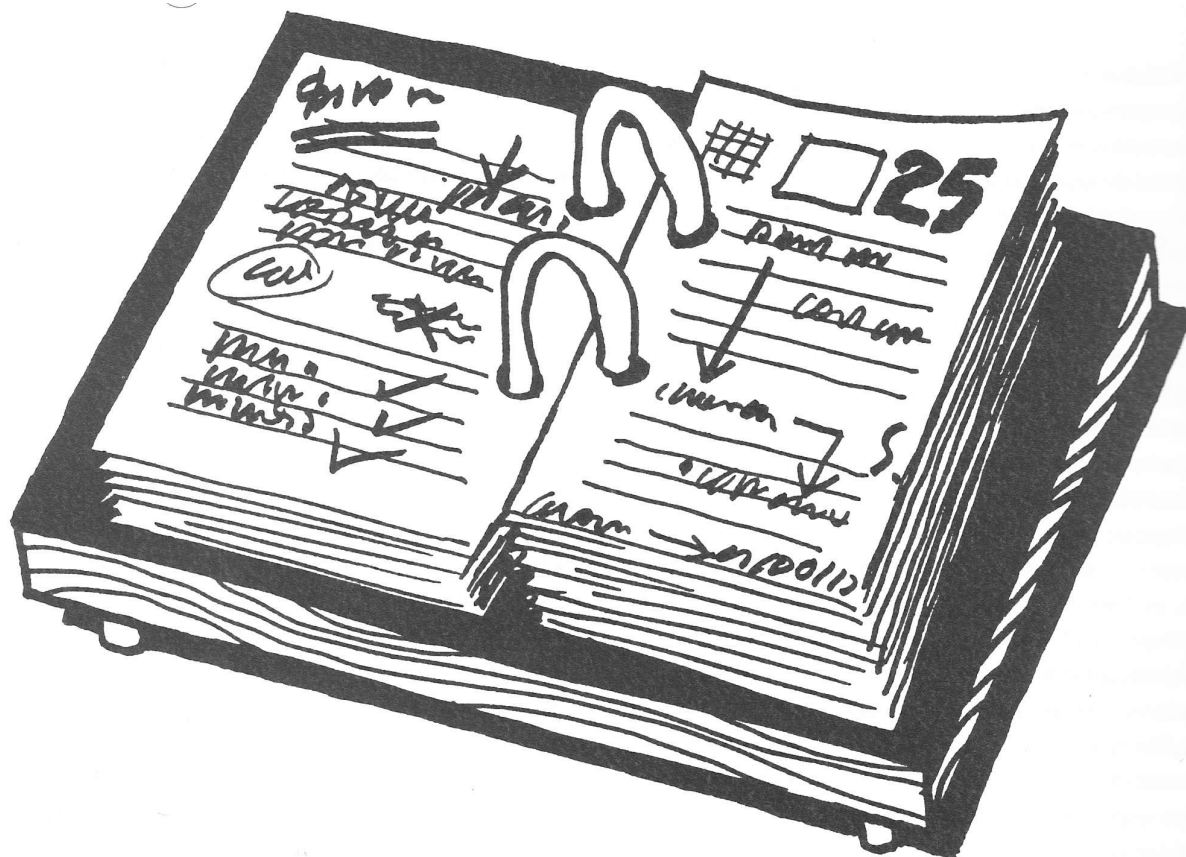
Consultor em Psicologia da Saúde Ocupacional

T: 929 060 340 (chamada para rede móvel nacional)

E-mail: 100stresse@sapo.pt | www.100stresse.com



CONSULTORIA
NA ÁREA DO STRESSE
E BEM-ESTAR



RITMOS DO SÉCULO: O STRESS

CARLOS MANUEL MAGRO ANUNIAÇÃO

Psicólogo

O presente artigo faz uma abordagem ao que é o *stress*, qual a sua origem e quais os acontecimentos capazes de contribuir para o aumento de *stress*, assim como das consequências no Homem e dos diferentes efeitos que produz, consoante as estratégias e tipos de aprendizagens desenvolvidas e também das diferentes personalidades, podendo conduzir ou não à doença. Alerta ainda para os vários sinais emitidos pelo organismo quando sujeitos ao *stress*.

No limiar deste século, em especial no mundo ocidental, onde a competitividade é uma variável constante, o *stress* (tensão, constrangimento) tornou-se um termo popular através dos meios de comunicação social e será rara ou inexistente a pessoa que num ou noutro momento da sua vida não tenha sentido *stress*.

Ao procurar-se definições sobre o termo *stress*, pode-se ler por exemplo, na *Grande Enciclopédia Portuguesa Brasileira*, o seguinte: “Palavra de origem inglesa, que se traduz por força, esforço, violência, tensão, resistência...” ou na *Lexicoteca* do Círculo de Leitores: “Conjunto das perturbações orgânicas, psíquicas, provocadas pela agressão constante que as situações da vida moderna exercem sobre o homem” ou ainda, de forma mais simples, no *Dicionário de Psicologia de Chaplin*: “Estado de tensão, física ou psíquica”.

O termo *stress* surgiu no século XIV e nesse tempo era sinónimo de “*hardship*” (desconforto), “*straits*” (apertado), “*adversity*” (adversidade) ou “*affliction*” (sofrimento) e, tal como outras palavras, antecedeu o seu uso de forma sistemática e na investigação científica. Já neste século, um médico canadense, Hans Selye, introduziu o conceito de *stress* na medicina como sendo o Síndrome Geral de Adaptação (SGA), tendo-se generalizado o seu uso em diversas áreas.

Um dos ambientes capazes de mobilizar maior *stress* é o meio militar no teatro de operações. Isto porque as variáveis de *stress* características da guerra são múltiplas, tais como as peculiares condições de vida, o combate, os feridos e os mortos, o clima, a topografia do terreno e as doenças, etc.

Durante as duas guerras mundiais, vários investigadores procuraram estudar este fenómeno devido à relevância desta variável (*stress*) que acabava por infligir pesadas perdas na eficácia dos militares no teatro

de operações. Por exemplo, segundo Restak (Restak, R., 1989), durante a Segunda Guerra Mundial o bombardeamento nocturno era a actividade de combate mais perigosa (uma baixa em cada 140 horas de voo) e estava associado com a maior taxa de neuroses, cerca de 12 vezes mais do que os que apenas faziam exercícios. Posteriormente, nos anos 60 outros investigadores (Holmes e Rahe) centraram-se nesta variável e procuraram quantificar o *stress*, tendo surgido as Escalas de Acontecimentos de Vida (*life events, vide figura*).

A partir dessa altura o conceito alargou-se a diversos campos de investigação como na medicina, na psicologia (psicologia da saúde, psicologia militar, psicologia social), na área da psicossomática e na intervenção clínica e desde então têm sido escritos centenas de trabalhos de investigação, procurando-se compreender como é que o *stress* interage com o ser humano e qual o impacte deste nos mais variados sectores da vida familiar, profissional e social.

Acontecimentos de Vida	Valor Atribuído	Acontecimentos de Vida	Valor Atribuído
1. Morte do cônjuge	100	20. Alterações na responsabilidade profissional	29
2. Divórcio	73	21. Filho que deixa a casa dos pais	29
3. Separação conjugal de facto	65	22. Problemas com a lei	29
4. Detenção prisional	63	23. Realização pessoal notável	28
5. Morte de um membro familiar próximo	63	24. Mulher começa ou pára de trabalhar	26
6. Doença pessoal ou lesão grave	53	25. Acabar ou iniciar as aulas	26
7. Casamento	50	26. Mudança nas condições de vida	25
8. Despedimento do emprego	47	27. Alteração de hábitos	24
9. Reconciliação conjugal	45	28. Problemas com o chefe	23
10. Reforma	47	29. Mudança de residência	20
11. Mudanças de saúde num membro familiar	44	30. Mudança de escola	20
12. Gravidez	40	31. Mudança nos tempos livres	19
13. Dificuldades sexuais	39	32. Mudança nas actividades da igreja	19
14. Novo membro na família (filho)	39	33. Mudança de actividades sociais	18
15. Reajustamento profissional	39	34. Mudança nos hábitos de sono	16
16. Mudança do estado financeiro	38	35. Mudança nos hábitos alimentares	15
17. Morte de um amigo chegado	37	36. Férias	13
18. Mudanças de actividade profissional	36	37. Natal	12
19. Alteração do padrão das discussões familiares	30	38. Pequenas violações da lei (multas, etc.)	11

Escala elaborada por Holmes e Rahe nos anos 60 procurando quantificar os acontecimentos de vida causadores de *stress* (Atkinson, 1987).

O QUE É O *STRESS*?

Pode dizer-se que o *stress* é uma resposta psicofisiológica e ocorre quando as pessoas se sentem ameaçadas no seu bem-estar físico ou psicológico devido a determinados acontecimentos (*stressores* ou agentes de *stress*). Esses acontecimentos podem ser muito diferentes uns dos outros, tais como o receio de se chegar atrasado para uma reunião, o medo de se ficar desempregado, o receio de insucesso num exame, os engarrafamentos no trânsito, a poluição, as refeições tomadas à pressa, o desejo de corresponder às expectativas dos pais, da mulher ou do chefe no serviço, uma doença ou ameaças à segurança, etc. Todos estes acontecimentos influenciam as pessoas, embora nem todas reajam da mesma maneira. Assim, para algumas pessoas o *stress* pode causar-lhes problemas físicos e psicológicos, enquanto que outras podem sentir-se motivadas para continuar e aceitar isso como um desafio. Segundo Lazarus e Folkman (1984), podem agrupar-se em quatro categorias os diferentes tipos de acontecimentos considerados *stressantes*:



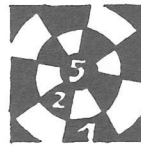
Acontecimentos traumáticos, que são os mais graves, pois ultrapassam os acontecimentos de vida normal das pessoas, e onde não se incluem a morte de um familiar, um insucesso profissional ou familiar.

Englobam situações de perigo eminente tais como **desastres naturais** (cheias, sismos), desastres causados pelo homem (guerras e acidentes nucleares), **acidentes catastróficos** (grandes desastres de aviação, ferroviários) e as **violações físicas** (violações e tentativas de homicídio). As reacções a este tipo de acontecimentos variam consoante as pessoas, mas observa-se-lhes um padrão comum de características que se designa por **Perturbação Pós-Stress Traumático** e no qual se englobam muitos dos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa, da guerra do Vietname, da guerra do Golfo e da recente guerra na ex-Jugoslávia.



Acontecimentos imprevisíveis, são os acontecimentos que não são esperados, aumentando por isso a severidade da reacção de *stress*. Por exemplo, certas doenças como o cancro são imprevisíveis quanto à duração do mesmo, causando maior ansiedade, e certas profissões e sujeitos, como militares

em combate, bombeiros e pessoal de emergência médica são mais *stressantes* do que outras. As pessoas mostram menos reacção emocional e menor ansiedade quando podem prever um acontecimento do que quando o não podem fazer. No primeiro caso, o sinal que antecede o acontecimento aversivo pode permitir aos sujeitos que iniciem uma espécie de processo preparatório que irá actuar como atenuador do estímulo nocivo.



Acontecimentos que desafiam os limites das pessoas, pois muitas situações são controláveis e previsíveis e, no entanto, continuam a ser sentidas como causadoras de *stress*, porque exigem

muito das nossas capacidades indo até aos seus limites. Por exemplo, muitos estudantes que só estudam para os exames submetem-se a autênticos desafios durante os dias que os antecedem. O casamento é outra situação que obriga a novos ajustamentos onde as diferenças individuais obrigam, por vezes, a exceder os limites de um dos cônjuges.



Acontecimentos internos geradores de conflitos, os quais têm uma origem interna e podem ser causadores de *stress*. Os conflitos podem surgir pela sua incompatibilidade, na opção de dois

desejos, como, por exemplo, escolher entre ir a uma festa ou ficar em casa a estudar para um exame, ou ainda optar entre duas boas ofertas de emprego. Geralmente o conflito resulta de um processo dictómico, no qual está subjacente a dependência *versus* independência, intimidade *versus* isolamento, competição *versus* cooperação.

AS REACÇÕES DE *STRESS*

Embora variem na sua intensidade, o organismo reage aos diferentes acontecimentos através de mecanismos (psico) fisiológicos. Face aos agentes de *stress* ou *stressores*, o organismo responde a estes através de um complexo esquema de respostas do sistema nervoso e das glândulas endócrinas. Enquanto decorre esse processo, o sujeito sente o coração a bater mais rápido, as extremidades (mãos e pés) ficam mais frias, o suor invade o corpo, a garganta seca e sensações de mal-estar são comuns à maioria das pessoas. Claro

que cada pessoa terá o seu modo particular de reagir à multiplicidade de estímulos, devendo-se isso a diversos factores tais como variabilidade da personalidade, factores genéticos, aprendizagens adquiridas para lidar com as diferentes situações, e também da natureza e intensidade dos agentes de *stress*. A resposta mais comum é a ansiedade que comporta um conjunto de reacções fisiológicas como já se referiu, passando por outras que vão desde a cólera (que pode conduzir à agressão) até à depressão. Estas reacções podem diminuir ou agravar-se consoante o tipo de estratégias utilizadas pelo sujeito. Seyle refere que o SGA pode passar por três etapas:

- **Fase de alarme** perante a situação *stressante* na qual o organismo aumenta a activação fisiológica.
- **Fase de resistência**, quando a situação *stressante* se mantém obrigando a um desgaste maior de energias.
- **Fase de esgotamento**, na qual o organismo vai perdendo as suas reservas podendo levar a um esgotamento físico e psicológico.

O STRESS E A PERSONALIDADE

O *stress* pode ser condição necessária mas não suficiente para desencadear a doença. A personalidade de cada um e o modo como cada pessoa avalia o próprio *stress* (o qual pode aumentar se for sentido como imprevisível, incontrolável e como um desafio ou não) é mediadora nesta interacção que assim possibilitará ou não o aparecimento da doença.

Por exemplo, nos anos 50 o Dr. Meyer Friedman, cardiologista em São Francisco, constatou que a maioria das pessoas vítimas de ataques de coração tinha um conjunto de características idênticas ao que vieram a designar por **Personalidade do Tipo A**. As pessoas pertencentes a este tipo de padrão tendiam a ser mais agressivas e hostis, sendo muito competitivas e orientadas para a realização, e eram impacientes e tinham muita dificuldade em relaxarem-se, procurando fazer tudo em cada vez menos tempo.

Numa outra linha de investigação da personalidade, sobre a *robustez*, Kobasa (Kobasa citado por Atkinson, 1987) efectuou um estudo que incidiu nas pessoas mais resistentes ao *stress* (naquelas que não ficam física e emocionalmente perturbadas face a acontecimentos muito *stressantes* — *Major Stress*

events). Em mais de 600 executivos e administradores da mesma empresa, foi feito um *check list* em que se lhes pediu para descreverem todos os acontecimentos de *stress* e de doenças dos últimos três anos. Foram seleccionados dois grupos para comparação: o primeiro grupo, cuja média se encontrava acima, quer em acontecimentos *stressantes* quer nas doenças, e o segundo grupo cuja média era igual em altos níveis de *stress* mas era baixo em doenças. Os membros de ambos os grupos preencheram também um questionário pormenorizado sobre a sua personalidade. A análise dos resultados indicou que os homens com índices de alto *stress* e baixo índice de doença diferiam dos homens que ficavam doentes sobre *stress* em três dimensões: estavam mais envolvidos em actividades sociais e de trabalho, estavam mais orientados quanto ao objectivo de mudança e desafios e sentiam-se com mais controlo sobre os acontecimentos das suas vidas.

A situação de *stress* conduz a uma ruptura homeostática no indivíduo e, como tal, ele procurará meios de lidar com este, de modo a minimizar ou a ultrapassar essa situação desconfortante. O facto mais importante parece ser a mudança de atitude. Os homens que vêem a mudança como um desafio, por exemplo, sentindo a perda de um emprego como uma oportunidade de prosseguir uma outra carreira em vez de ficarem sentados no mesmo sítio, estão mais aptos a viverem menos *stress* e a darem a volta à situação para ficarem em vantagem.

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESS

Perante um problema ou situação, nem todas as pessoas utilizam as mesmas estratégias cognitivas para os resolverem. Lazarus (Lazarus, R. & Folkman, S., 1984) refere que existem dois tipos de estratégias para lidar com o *stress*:



Centrar-se no problema (*Problem-Focused Coping*) que resulta numa procura de soluções, reformulando o problema e avaliação dos prós e contras de modo a minimizar o mesmo e a adaptar-se continuamente consoante as contingências. Assim, podem por exemplo mudar de aspirações profissionais, familiares e sociais. Alguns estudos (Billing,

& Moos, 1984) indicam que as pessoas que utilizam este tipo de estratégia possuem maior autocontrolo das situações e têm índices menos elevados de depressão.



Centrar-se nas emoções (*Emotions-Focused Coping*). Ao recorrerem a este tipo de estratégia as pessoas procuram aliviar-se das emoções negativas que resultem de acontecimentos *stressantes*

que geralmente são incontrolláveis e centram-se em aspectos emocionais (perda, frustração, insucesso), evitando reagir ao problema. Por exemplo, a pessoa começa a pensar que já não vale a pena preocupar-se, que já não é tão importante quanto inicialmente pensava sobre determinado assunto ou acontecimento.

Outros investigadores, como Nolen (Nolen-Hoeksema, S. 1991), referem outro tipo de estratégias existentes:



Estratégias de ruminação (incluem o repensar contínuo acerca da gravidade dos acontecimentos, que se traduz numa necessidade contínua de falar repetidamente no mesmo e numa atitude de

impotência para mudar o que está e num certo isolamento do sujeito).



Estratégias de distração (traduzem-se numa procura momentânea, do sujeito se envolver em outras actividades que lhe sejam agradáveis, tais como um determinado desporto, ouvir música, jogar

xadrez, procurando assim aliviar momentaneamente a tensão. Este tipo de estratégia está associado a índices de menor depressão).



Estratégia de evitamento negativo (idêntica às de distração, já que o sujeito procura envolver-se em outras actividades momentaneamente, para diminuir a tensão, mas são actividades potencialmente perigosas, capazes de alterar o humor, como as drogas, o álcool e certos comportamentos negligentes tais como conduzir o carro desenfreadamente ou envolver-se em discussões acérrimas).

Alguns estudos (Cohen, S. & Willis, T. A., 1985) sugerem que quanto mais apoio social um sujeito pos-

sui, tal como mulher, filhos e amigos, ser sócio de clubes e ter passatempos, maiores são as probabilidades de não se deixar apoderar pelo *stress*. Isto porque esse suporte pode dar apoio de diversas formas, que se traduzem em companhia, apoio financeiro, informações e conselhos, o que tende a aumentar a confiança da pessoa e a diminuir a sensação de desamparo. Outro autor, Seligman (Seligman, M. E. P., 1975), vem corroborar esta perspectiva ao elaborar a teoria de **Aprendizagem de desamparo** (*Learned helplessness*) a qual tende a explicar, por exemplo, porque é que os prisioneiros de campos de concentração nazis, durante a Segunda Guerra Mundial, não fizeram mais tentativas para se revoltarem. Através desta teoria, o autor explica que os prisioneiros eram levados a pensar que nada valia a pena fazerem pois ser-lhes-ia impossível fugir sem apoios e como tal não agiam.

STRESS E DOENÇA

O *stress* nem sempre conduz à doença, embora hoje em dia muitos estudos, em especial no campo da psicossomática, tenham vindo a verificar que o *stress* é uma variável que pode predispor o organismo a uma alteração do sistema imunológico, afectando a susceptibilidade a infecções tais como alergias, cancro e a doenças auto-imunes como a artrite reumatóide, diminuindo assim a resistência às viroses e bactérias.

As doenças psicossomáticas são doenças físicas onde se verifica que as emoções têm um papel preponderante e nas quais não existe distinção, por exemplo, entre a úlcera péptica provocada pelo *stress* e a úlcera provocada pelo uso contínuo de ingestão de comprimidos. Segundo Taylor (Taylor, S., 1986), a psicossomática centra-se tradicionalmente em doenças como a asma, hipertensão, úlceras, colites e na artrite reumatóide. Por exemplo, indivíduos hipertensos têm dito que sentem a vida como ameaçadora e que estão sempre num estado de alerta, assim como indivíduos que sofrem de colites sentem que estão zangados mas sentem-se incapazes de expressar esse sentimento de modo claro e objectivo.

Assim, a doença muitas das vezes pode ser precipitada, porque certas pessoas face a um acontecimento *stressante* desencadeiam reacções de defesa (Síndrome Geral de Adaptação) mas se se mantiverem prolongadamente podem conduzir a alterações do próprio orga-

Carlos Anunção

Psicólogo Especialista e Psicoterapeuta EMDR
Consultor em Psicologia da Saúde Ocupacional
T.: 929 060 340 (chamada para rede móvel nacional)
E-mail: 100stresse@sapo.pt | www.100stresse.com

nismo visto que passa a haver uma excitação crónica do sistema nervoso.

Segundo Labrador (Labrador, 1992) os problemas associados ao *stress* vão desde os problemas cardiovasculares (hipertensão arterial, doença coronária, taquicárdias, arritmias), problemas respiratórios (asma brônquica, síndrome de hiperventilação e outras alterações respiratórias), problemas imunológicos (gripes, herpes, tuberculose), artrite reumatóide, problemas endócrinos (hipertiroidismo), problemas gastrointestinais (úlceras pépticas, dispepsia, síndrome do intestino irritável, cólites ulcerosas), problemas de diabetes e hipoglicémia, problemas dermatológicos (prurido, sudação excessiva), dores crónicas e cefaleias, problemas musculares, problemas sexuais, aos problemas psicopatológicos vários como a ansiedade, fobias, o consumo de álcool ou de drogas, depressão, etc.

CONCLUSÃO

Como se verifica, o *stress* pode resultar de uma multiplicidade de acontecimentos que podem ser traumáticos, imprevisíveis e geradores de conflitos e que, interagindo com a personalidade e as estratégias cognitivas/comportamentais de cada um, podem ser sentidas como um desafio e conduzir ou não à doença. Vão desde as situações mais mundanas até aos acontecimentos vividos como ameaçadores da vida das pessoas, resultando a sua intensidade, por um lado, do tipo de acontecimento, e, por outro, da capacidade mais adequada ou não de cada sujeito para lidar com eles através das estratégias cognitivas. Por outro lado, os factores da personalidade de cada um, assim como uma certa predisposição e vulnerabilidade, podem ser mais ou menos permeáveis à instalação de um síndrome de *stress*.

SINAIS DE ALARME

Quaisquer pessoas estão sujeitas ao *stress*, ainda que muitas das vezes a sua capacidade de descentração fique embotada por isso mesmo e, conseqüentemente, estejam menos atentas aos sinais de alarme que o organismo emite. Assim, aqui ficam alguns dos sinais de alerta manifestos mais frequentes:

Irritabilidade anormal e pouco habitual, perda de apetite com perda de peso ou, pelo contrário, um apetite maior que o frequente com aumento de peso, perturba-

ções do sono e sensação de cansaço contínuo, assim como o aumento do consumo de álcool e ou de cigarros, dores de cabeça, dores de estômago, diarreia ou prisão de ventre, e modificações no comportamento social serão, possivelmente, indicadores para reflexão.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Psiquiátrica Americana (1989), *Distúrbio de Stress Pós-Traumático, Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais* (DSM III R, 3.ª Ed.), Manole Ed., São Paulo.
- ATKINSON, R., ATKINSON, R., SMITH, E., HILGARD, R., *Stress and Coping, Psychology*. (11.ª Ed.), Harcourt Brace Jovanovich, publishers, New York, 575-615, 1987.
- BILLINGS, A. G., & MOOS, R. H., Coping, *Stress and social resources among adults with depression: Journal of Personality and Social Psychology*, 887-891, 1984.
- CHAPLIN, J. P., "*Dicionário de Psicologia*", Dom Quixote, Lisboa, 1981.
- Círculo de Leitores, *Lexicoteca, Moderno Dicionário de Língua Portuguesa*, Círculo de Leitores, Lisboa, 1985.
- COHEN, S., & WILLIS, T. A., *Stress, social support and the buffering hypothesis*, In *Psychological Bulletin*, 98, 310-357, 1985.
- FRIEDMAN, M., & ROSENMAN, R. H., *Type A Behavior*, Knopf Ed., New York, 1974.
- LABRADOR, M. J., *Stress*, Ed. Temas da Actualidade, Lisboa, 1992.
- LAZARUS, R. S., From psychological *Stress* to the emotions: A history of changing outlooks, *Annual Review of Psychology*, (Porter, R. Ed.) 44, 1-21, 1993.
- LAZARUS, R., FOLKMAN, S., *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer Publishing Company, 1984.
- MACDONOUGH, T. S., Noncombat *Stress* in Soldiers: How it is Manifested, How to Measure it, and How to Cope with it, *Handbook of Military Psychology*, Edited by R. Gal and A. D. Mangelsdorf, Published by John Wiley & Sons Ltd., 1991.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes: *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582, 1991.
- RESTAK, R., *Stress e emoção*, pp. 121-153, *O Cérebro Humano*, Editorial Presença, Lisboa, 1989.
- SELIGMAN, M. E. P., *Helplessness*, Freeman Ed., San Francisco, 1975.
- TAYLOR, S., *Stress and development of illness, Health Psychology*, Random house, New York, 1986.

FICHA TÉCNICA

Título

Gestão Positiva do Stress

Edição

Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Advogados

Rua dos Anjos, 79

1150-035 Lisboa

T. 21 312 98 50 E. crlisboa@crl.oa.pt

www.oa.pt/lisboa

Coordenação

João Massano

Centro de Publicações

Marlene Teixeira de Carvalho

Colaboradores

Susana Rebelo

Sofia Galvão