



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Nabais Neves Renca, Pedro Filipe; da Fonseca Gomes, Hélder Bruno; Pereira Fernandes
de Almeida Vasconcelos, António Pedro; Mata Correia, Leonor
Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em
psiquiatria

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 2, diciembre, 2010, pp. 91-100
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961016>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria

Information program for the relief of anxiety in the families of psychiatric in-patients
Programa de información para el alivio de la ansiedad de enfermos internados en psiquiatria

Pedro Filipe Nabais Neves Renca*; Hélder Bruno da Fonseca Gomes**;
António Pedro Pereira Fernandes de Almeida Vasconcelos***; Leonor Mata Correia****

Resumo

Este trabalho pretende avaliar o efeito de um programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de utentes internados pela primeira vez em psiquiatria. O presente artigo refere-se a uma investigação do tipo quantitativo: um estudo do tipo quase experimental, com um grupo de controlo e avaliação antes e depois. Para a amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, do tipo accidental, constituída pelas famílias dos utentes que tiveram o primeiro internamento de psiquiatria no DPSM da Guarda.

Os dados utilizados foram recolhidos utilizando o instrumento de colheita de dados baseado no Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger (STAI-Y1) aferido para a população portuguesa por Daniel (1996). Verificámos que a ansiedade no grupo experimental diminuiu significativamente de 87,00 para 60,29, enquanto que, no grupo controlo permaneceu praticamente inalterada, 83,88 no primeiro tempo para 82,50.

Concluimos que, após a abordagem efectuada na aplicação do guião estruturado, os níveis de ansiedade das famílias em relação à patologia psiquiátrica do seu familiar e de tudo o que essa patologia envolve em relação ao (des) equilíbrio familiar diminuiu, aceitando-se de forma mais assertiva a patologia psiquiátrica, uma vez que, foi desmistificada.

Palavras-chave: psiquiatria; família; ansiedade; informação.

Abstract

The aim of this project was to evaluate the effect of an information program on anxiety in the family of patients admitted to a psychiatric unit for the first time.

The present article is a report of a quantitative investigation: a quasi-experimental study with a control group and before and after evaluation.

A non-probabilistic convenience sample was used, made up of the families of people having their first in-patient psychiatric treatment at DPSM Guarda.

The data were collected using an instrument based on the Spielberger State Anxiety Inventory (Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger), validated for the Portuguese population by Daniel (1996). It was found that anxiety in the experimental group decreased statistically significantly from 87,00 to 60,29 while in the control group it remained practically unaltered, from 83,88 at the first measurement to 82,50.

In conclusion, after application of the structured guidance, anxiety levels in the families in relation to the psychiatric pathology of their relative and of what that pathology involved in relation to family equilibrium and imbalance decreased; in this way, the psychiatric pathology was accepted once it was demystified.

Keywords: psychiatry; family; anxiety; information.

* Enfermeiro Graduado. Licenciatura em Enfermagem; Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais. ULS Guarda EPE – Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental. [preenca@gmail.com]

** Enfermeiro Graduado. Licenciatura em Enfermagem; Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Mestrado em Ciências do Desporto. ULS Guarda EPE – Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental. [hblgomes@mail.com]

*** Enfermeiro Graduado. Licenciatura em Enfermagem; Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. ULS Guarda EPE – Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental. [apppfermandes@gmail.com]

**** Enfermeiro Graduado. Licenciatura em Enfermagem; Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. ULS Guarda EPE – Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental. [leonorcorreia@gmail.com]

Resumen

Este trabajo pretende evaluar el efecto de un programa de información para el alivio de la ansiedad en familiares de usuarios ingresados por primera vez en el servicio de psiquiatria.

El presente artículo se refiere a una investigación de tipo cuantitativo: un estudio de tipo casi-experimental, con grupo de control y evaluación antes y después.

Para la muestra fue utilizada una técnica de muestreo no probabilística, de tipo accidental, constituída por las familias de los usuarios que tuvieron el primer ingreso en el servicio de psiquiatria en el DPSM de Guarda.

Los datos utilizados fueron recogidos con base en el Inventario de Ansiedad Estado de Spielberger (STAI-Y1) adaptado para la población portuguesa por Daniel (1996).

Constatamos que la ansiedad en el grupo experimental disminuyó significativamente de 87,00 a 60,29 mientras que en el grupo control permaneció prácticamente inalterada, 83,88 en el primer momento a 82,50 en el 2º.

Concluimos que, tras el enfoque efectuado en la aplicación del guión estructurado, los niveles de ansiedad de las familias, en relación a la patología psiquiátrica de su familiar y de todo lo que esa patología involucra en relación al (des) equilibrio familiar, disminuyeron, siendo que se aceptó de forma más positiva la patología psiquiátrica, ya que ésta fue desmitificada.

Palabras clave: psiquiatria; familia; ansiedad; información.

Recebido para publicação em: 15.01.10

Aceite para publicação em: 22.10.10

Introdução

Na área da saúde, e mais precisamente em Enfermagem, estamos a vivenciar mudanças no perfil do trabalho desenvolvido. A humanização na assistência tem sido um tema preconizado por várias instituições preocupadas em desenvolver o cuidado integral não só ao utente, mas também à sua família, dentro de um determinado contexto. O cuidar conquista uma dimensão maior e mais abrangente, enfatizando não só as necessidades biológicas, mas também as emocionais onde o enfermeiro, através da comunicação, dá ao utente e família informações relativas ao internamento e a todo o processo que isso significa. O indivíduo, quando recorre a um serviço de saúde, apresenta alterações emocionais motivadas pela perspectiva de mudança na condição de vida, reflectindo-se depois, no seu seio familiar.

Quando falamos em internamento hospitalar de um familiar, detectam-se algumas alterações emocionais na família que se agravam quando se fala de internamento em psiquiatria e pioram quando se trata de um primeiro internamento em psiquiatria. Nestes casos, a ansiedade e o medo são estados emocionais muito evidentes. Porém, no desenvolvimento da assistência de Enfermagem junto da família do utente, percebe-se que é difícil caracterizar esses estados, pela labilidade dos comportamentos e a dificuldade de conceptualizar os mesmos.

O envolvimento das famílias surge como força que otimiza alguns cuidados e garante maior apoio moral e psicológico, bem como, um contributo de excelência à humanização do tratamento. As linhas orientadoras para um novo método de prestação de cuidados centram-se no ensino, instrução e treino da família para poder ajudar nos cuidados; na sensibilização das equipas de saúde, atribuindo-lhes a capacidade de reconhecer e depositar confiança nos familiares, apaziguar intervenções menos positivas destes e gerir os seus sentimentos e conflitos. Neste sentido, a comunicação terapêutica deverá ser a comunicação deliberada que o enfermeiro utiliza para identificar e atender os problemas do utente. Para Neeb (2000), a comunicação terapêutica é uma comunicação intencional que utiliza uma linguagem própria e requer novos métodos de comunicação e novos modos de escuta.

A evolução das formas de encarar e tratar as doenças mentais teve uma viragem significativa no séc. XIX,

quando a loucura começou a ser considerada uma doença, um problema de saúde e já não uma questão de manutenção da ordem pública. Assim sendo, talvez seja de fácil entendimento que o doente mental sempre foi considerado um doente colocado de lado, longe de tudo e de todos, discriminado e estigmatizado em todas as suas dimensões. Este facto constatava-se e constata-se, ainda hoje, mesmo no seio de uma família, ou seja, tal como Jara (2007) refere, ainda hoje a própria família coloca de lado o seu familiar doente, talvez pelo seu desconhecimento sobre a patologia, sobre a psiquiatria, o que faz com que exista um medo e uma ansiedade injustificada, uma vez que, as pessoas ainda consideram que os doentes mentais, assim como as instituições que os acolhem são perigosos e misteriosos, exactamente pelo seu desconhecimento.

A decisão de avançar para um internamento em psiquiatria é um momento marcante para a família do utente, quer muitas vezes pela proposta/decisão tomada, quer pelo conjunto de sentimentos que o envolvem, na maior parte das vezes coberta pelo estigma da doença mental. Assim, para tentar diminuir os níveis de ansiedade do utente e da sua família, a intervenção da Enfermagem nesta fase é fundamental, devendo esta ser alicerçada em bases científicas e não com base em rituais.

Spielberger (1972), Peniche, Jouclas e Chaves (1999), definem estado de ansiedade como uma reacção emocional percebida pela consciência e caracterizada por sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a actividade do sistema nervoso autónomo.

É inegável dizer que, ainda hoje, o estigma, a discriminação, o medo pelo desconhecido, devido à existência de falsos mitos associados aos doentes mentais e internamentos em psiquiatria e outras instituições que os acolhem, não são uma realidade (Gordo, 2007).

Neste contexto, torna-se importante a realização de estudos que relacionem os níveis de Ansiedade que envolvem a Família e o mundo da Psiquiatria. Desta forma, este estudo tem como objectivo geral conhecer os níveis de ansiedade da família do utente que irá ter o primeiro internamento em psiquiatria, antes e após a aplicação de um programa de informação estruturada.

Metodologia

Tipo de estudo

O presente artigo refere-se a um estudo do tipo estudo quasi experimental, com grupo de controlo e avaliação antes e depois.

Para alcançar o objectivo proposto elaborámos a seguinte questão de investigação: “Qual o efeito de um programa de informação estruturada sobre o nível

de ansiedade na família de um utente internado pela primeira vez em psiquiatria?”

Neste sentido, as hipóteses de investigação foram as seguintes: H1: A aplicação do programa de informação estruturada reduz o nível de ansiedade na família de um utente internado pela primeira vez em Psiquiatria; H2: Existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos de controlo e experimental no que diz respeito ao nível de ansiedade, entre os diferentes momentos de avaliação.



FIGURA 1 – Desenho de Investigação

População/ amostra

Para a realização da presente investigação foi necessário a definir uma população e amostra. Neste sentido recorreu-se a uma instituição hospitalar, ULS da Guarda EPE, através do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. A amostra foi constituída pela família dos utentes internados, pela primeira vez no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, designadamente, um elemento da família que representasse o cuidador significativo.

Para definir a amostra em estudo foi necessário estabelecer critérios de inclusão: ter no mínimo dezoito anos e no máximo sessenta e cinco anos, inclusive; saber ler e escrever; não ter tido nenhum familiar internado, nem o próprio ter estado internado num serviço de psiquiatria. Assim, na selecção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, do tipo acidental, tendo sido dividida em dois grupos: Grupo Experimental (GE) e Grupo de Controlo (GC).

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado é dividido em duas partes: a primeira parte consta de um questionário de dados individuais com quatro questões, onde se pretende obter informação, nomeadamente, sobre idade, género, escolaridade e local de residência. Estas questões visam uma caracterização da amostra. A segunda parte é constituída pelo Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger (STAI-Y1), aferido para a população portuguesa por Daniel (1996).

Este inventário foi criado originalmente por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), inicialmente proporcionou um bom método de análise e avaliação do estado emocional.

O início da construção do STAI deu-se em 1964, tendo como objectivo principal avaliar as situações da ansiedade State e Trait. Para escolher os itens constituintes do teste, foi aplicado a um conjunto de alunos universitários que foram sujeitos à escala State

e depois Trait. No caso da ansiedade estado, foram questionados acerca da intensidade das emoções experienciadas, no caso da ansiedade traço, foram questionados acerca da frequência da ocorrência de sintomas relacionados com a ansiedade. Após uma extensa pesquisa com mais de 2000 alunos, e após um grande número de itens terem sido experimentados, ficaram vinte itens na versão final, tanto para a escala que pretendia avaliar a ansiedade estado, como para a escala que pretendia avaliar a ansiedade traço.

No caso da ansiedade estado (escala utilizada neste estudo), os vinte itens reflectem a presença ou ausência de ansiedade. Como exemplo: Sinto-me calmo (ausência); Estou tenso (presença).

Dos vinte itens presentes no inventário, dez reflectem a ausência e os restantes dez reflectem a presença.

As instruções deste inventário requerem que os indivíduos descrevam o que sentem nesse preciso momento e classifiquem cada uma das afirmações dos vinte itens com quatro possibilidades, nomeadamente: “Muito”, “Moderadamente”, “Um Pouco” e “Não”.

Apesar deste inventário ter sido aferido para a população portuguesa por Daniel (1996), Daniel (1996) acrescentou dez novos itens balanceados, sendo cinco relacionados com a presença de ansiedade e cinco com a ausência de ansiedade, com o objectivo, segundo a autora, de conseguir uma escala mais consistente. Assim, o inventário passou a ter trinta itens (STAI-Y1) dos quais quinze são avaliados pela presença de ansiedade e os restantes quinze são avaliados pela ausência de ansiedade. Daniel (1996) refere-nos que a (Stai-Y1) demonstrou possuir maior grau de estabilidade do que os outros instrumentos de medida utilizados para comparação, sendo, não obstante, os coeficientes de correlação substancialmente elevados. Neste inventário de trinta pontos (STAI-Y1), resulta uma pontuação máxima de 120 pontos (ansiedade máxima) e mínima de 30 (ansiedade mínima), com um ponto médio de 60 pontos. De referir que os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 22, 25, 26, 29 e 30, são colocados ao utente em sentido inverso aos restantes quinze itens. No nosso estudo utilizámos esta versão do inventário.

Procedimentos

No momento de admissão ao GE, ao qual foi transmitido a informação estruturada, foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

Após o preenchimento deste questionário demos início ao programa de informação. Após duas semanas realizámos a nova avaliação, onde a família preencheu novamente o Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger (STAI-Y1). Aos indivíduos do grupo de controlo foi-lhes, apenas, aplicado um questionário igual ao do grupo experimental no momento de admissão e após duas semanas, sem lhes ter sido transmitido o nosso programa de informação estruturada. A recolha de dados foi efectuada no período compreendido entre Abril e Maio de 2008.

Para podermos aplicar um programa de informação estruturada, foi necessário proceder à realização de um guião de informação, de forma a que essa fosse transmitida de modo idêntico a todos os indivíduos e que fosse ao encontro das dúvidas e medos mais frequentes da família dos utentes. Ao longo da entrevista este guião serviu de base à informação transmitida, permitindo ao enfermeiro não se dispersar com outros conteúdos. Foi estruturado para uma duração de aproximadamente vinte minutos, sendo realizado num clima tranquilo, permitindo à família do utente exprimir as suas dúvidas, perceber sentimentos, sem receios e medos. O guião de informação centra-se em três pontos fundamentais que seguem uma ordem cronológica e que englobam todos os procedimentos a efectuar ao utente nos diferentes dias de internamento. O primeiro ponto foca a sua atenção na integração, onde se procede a uma apresentação das instalações do serviço. No segundo ponto do guião, transmitimos informação sobre o acolhimento onde se apresenta o guia de acolhimento, os protocolos, as regras e regulamentos existentes no serviço. No terceiro ponto do guião damos importância ao internamento em si, realizando uma sessão de educação para a saúde, na qual, se faz uma breve descrição da patologia que o familiar apresenta, sintomas, tratamento e cuidados a ter em atenção no acompanhamento futuro após a alta. Para um melhor seguimento e compreensão dos pontos abordados nesta sessão, procedemos à entrega de folhetos informativos e a contactos telefónicos durante o internamento do familiar.

No estudo da fidelidade procedemos à análise da consistência interna pelo cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach para os itens do Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger. A análise da consistência interna da escala revelou um total da escala de .9695. O pré-teste foi aplicado a cinco famílias, entre os dias

5 e 8 de Abril de 2008, no Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental da Guarda. A estas famílias, para além do preenchimento do questionário, foi igualmente solicitado que dessem sugestões e que fizessem uma análise crítica aos itens da prova, com o objectivo de serem detectadas questões pouco claras. Nesta actividade não verificámos dificuldades, sendo que o tempo médio gasto com o preenchimento foi de vinte minutos.

Dado o facto de a pesquisa envolver pessoas, houve necessidade de procedimentos éticos e deontológicos. Após as devidas autorizações, assim como termos o consentimento informado assinado pelas famílias envolvidas na amostra e antes de ser entregue o questionário, cada familiar foi elucidado sobre o tema do trabalho e os seus objectivos e explicou-se o modo de preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, bem como, a importância de cada um dos sujeitos expressar a sua própria opinião. Em todo o processo salvaguardámos a confidencialidade e o anonimato das respostas.

Para obter as respostas correctas ao problema em estudo, procedemos ao tratamento estatístico dos dados recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

-Estatística descritiva: cálculo de medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão), frequências absolutas e relativas.

-Estatística inferencial: Teste *t* de *Student* para amostras independentes e emparelhadas; ANOVA de medidas repetidas; Teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov e teste de homogeneidade da variância de Levene. Calculámos ainda a consistência interna, recorrendo ao método alpha de Cronbach para os itens da escala de ansiedade. Para os testes foi utilizado um grau de significância de 95%.

Resultados

Caracterização geral da amostra

A amostra é constituída por quinze indivíduos que representam a família assumindo o papel de cuidador significativo. Destes quinze indivíduos, doze são do

género feminino (correspondentes a 80%), sendo os restantes três indivíduos do sexo masculino (correspondentes a 20%).

Em relação às habilitações literárias surgem-nos os seguintes dados, oito indivíduos possuem o ensino primário (correspondente a 53,3%), três indivíduos possuem o ciclo (correspondente a 20%), assim como o ensino secundário, estando este representado por três indivíduos (correspondente a 20%), por fim, com o ensino superior surge um indivíduo (correspondente a 6,7%).

Segundo a variável local de residência, 12 dos indivíduos residem em meio rural (correspondente a 80%), e, 3 residem em meio urbano (correspondente a 20%).

Em relação à idade, no grupo experimental, esta situa-se entre os 27 e os 59 anos, tendo como mediana 41, uma média de 40,86 e um desvio padrão de 10,24. No grupo de controlo, a idade situa-se entre os 32 e os 54 anos, sendo a mediana de 40 e a média de 41,62, com um desvio padrão de 8,35.

Em ambos os grupos de estudo, o género feminino encontra-se mais representado possuindo seis elementos em cada grupo, enquanto o género masculino, embora esteja representado em ambos os grupos, apenas possui um elemento no grupo experimental e dois elementos no grupo de controlo. Quanto à distribuição das habilitações literárias pelos elementos de cada grupo, verificamos que no grupo experimental existem dois elementos que possuem a escola primária, dois elementos com o ciclo, dois elementos com o ensino secundário e um com ensino superior, enquanto no grupo de controlo existem três indivíduos com a escola primária, um com o ciclo, três com o ensino secundário e um com ensino superior.

No que respeita à distribuição dos indivíduos segundo a sua zona de residência, podemos observar que, no grupo experimental, cinco indivíduos residem em meio rural e dois em meio urbano, enquanto no grupo de controlo existem seis elementos residentes em meio rural e dois em meio urbano.

Testes das hipóteses

Previamente ao teste da 1.^a hipótese, verificámos se a ansiedade era ou não diferente nos grupos antes da aplicação do programa de informação, para

isso, recorremos ao teste *t* de *student* para grupos independentes. Os resultados do teste (Quadro 1) mostram que

a diferença na ansiedade antes da aplicação de um programa de informação estruturada não é estatisticamente significativa entre os grupos.

QUADRO 1 – Resultados da aplicação do teste *t* para grupos independentes. Total da ansiedade antes: grupo a quem foi aplicado ou não o programa de informação estruturada

GRUPOS:	n	\bar{X}	s	t	p
Experimental	7	87,0	7,46	0,542	0,597
Controlo	8	83,88	13,51		

Para testar a hipótese H1: “A aplicação do programa de informação estruturada reduz o nível de ansiedade na família de um utente internado, pela primeira, vez em Psiquiatria”, recorremos à ANOVA de medidas repetidas (Quadro 2).

Relativamente a este teste podemos verificar que o factor “inter-sujeitos” se refere aos dois grupos de utentes, um a quem foi dada informação, o outro a quem não foi dada qualquer informação. A ansiedade antes e depois é o factor “intra-sujeitos”.

QUADRO 2 – Avaliação da ansiedade nos dois grupos antes e após a aplicação do programa de informação estruturada

Grupos :	Momentos:				Ansiedade
	Antes		Depois		
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	
Experimental	87,00	7,46	60,29	10,36	F = 18,262 p = ,001
Controlo	83,88	13,51	82,50	9,77	

Ao analisarmos os efeitos entre sujeitos verificamos um efeito significativo da frequência do programa de informação estruturada na ansiedade dos utentes (F = 18,262; p = ,001), observando um efeito significativo da variação do nível de ansiedade ao longo do tempo. A observação do gráfico 1 mostra

que é no grupo Experimental que a ansiedade reduz significativamente de 87,00 para 60,29, contrariamente ao grupo de Controlo em que a ansiedade se mantém praticamente constante, nomeadamente, de 83,88 no início para 82,50 no fim.

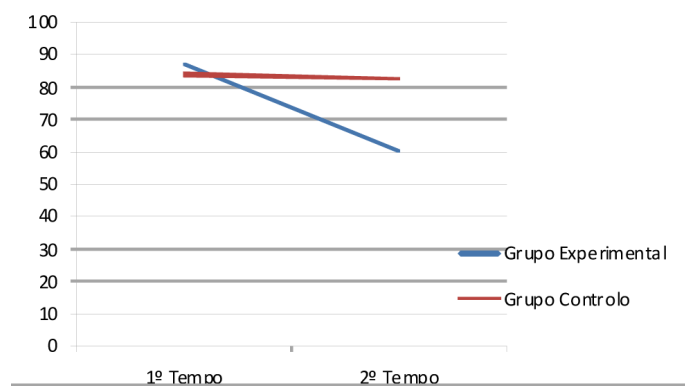


GRÁFICO 1 – Nivel de ansiedade ao longo do tempo

Ao analisarmos a evolução da ansiedade ao longo do tempo dentro do próprio grupo verificamos, como podemos observar nos quadros 3 e 4, que

a ansiedade é estatisticamente diferente nos dois momentos no grupo experimental (t = 7,567; p = 0,000), enquanto no grupo de controlo, a ansiedade

se mantém estatisticamente estável ($t = 0,641$; $p = 0,542$). Verificou-se, assim, que na Hipótese 2 existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos

de controlo e experimental, no que diz respeito ao nível de ansiedade entre os diferentes momentos de avaliação.

QUADRO 3 – Evolução da ansiedade ao longo dos momentos de avaliação no grupo experimental

MOMENTOS	n	\bar{X}	s	t	p
1º momento	7	87,0	7,46	7,567	0,000
2º momento	7	60,29	10,36		

QUADRO 4 – Evolução da ansiedade ao longo dos momentos de avaliação no grupo de controlo

MOMENTOS	n	\bar{X}	s	t	p
1º momento	8	83,88	13,51	,641	0,542
2º momento	8	82,50	9,77		

Discussão

No sentido de realizar esta investigação, desenhou-se um estudo que permitisse avaliar: o nível de ansiedade em cada um dos grupos nos dois momentos de avaliação e o nível de ansiedade entre os dois grupos nos dois momentos de avaliação.

No estudo verifica-se que os valores médios de idade nos grupos são semelhantes e que a caracterização da amostra relativamente às variáveis: habilitações literárias, local de residência e género é semelhante em ambos os grupos, permitindo afirmar que estes dados confirmaram a homogeneidade dos grupos nestas varáveis no início do estudo.

Os resultados mais importantes do presente estudo, nas variáveis consideradas, sugerem que o Guião Estruturado de Informação Prestada à Família foi eficaz, influenciando positivamente a redução dos níveis de ansiedade da família dos doentes internados pela primeira vez no Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental da Guarda no GE, nomeadamente, porque se observou uma diminuição significativa do nível de ansiedade do primeiro para o segundo momento de avaliação. Comparativamente, nos cuidadores significativos do GC, que não foram alvo de qualquer intervenção para além dos cuidados e informação protocolada habitualmente pelo Departamento, não se verificaram alterações significativas em nenhuma das variáveis de estudo. De salientar que não é do nosso conhecimento a existência de estudos científicos nesta área que

abordem a variável nível de ansiedade em famílias de doentes mentais. Isto não permite estabelecer comparações com os resultados obtidos neste estudo. Os presentes resultados ilustram a importância de integrar, acolher, informar e apoiar a família de um doente internado pela primeira vez.

A doença mental, quer seja de início súbito ou insidioso, é sempre factor de ansiedade, modificando a estrutura habitual da família, o que origina uma situação de crise. Exige pois, uma capacidade de reorganização rápida e eficiente para manter todo o equilíbrio a nível da dinâmica familiar.

O viver dia a dia com uma pessoa portadora de doença mental é, frequentemente, gerador de grande sofrimento, angústia, conflitos e culpabilidade, provocando na família níveis elevados de ansiedade, em consequência da exaustão que a própria adaptação provoca. Esta situação verificou-se no presente estudo, uma vez que, os níveis de ansiedade da família na altura do internamento do seu familiar eram bastante elevados. Esta situação poderá ser explicada pelo facto de estar em jogo a flexibilidade familiar, em termos de reorganização interna de papéis e da disposição para utilizar recursos externos. A hospitalização de uma pessoa portadora de doença mental, obriga a que os seus familiares alterem de algum modo as suas rotinas e estilos de vida. Precisam de arranjar tempo para as visitas ao hospital e isto pode tornar-se inconveniente em relação a outros compromissos diários, como sejam, entre outros, o cuidar das crianças da família. Em alguns casos, a

impossibilidade de conciliação leva alguns familiares ao absentismo profissional, recorrendo algumas vezes a atestados médicos ou outras formas de licença ou mesmo ao abandono. A família tem de exercer um esforço, de forma a cumprir as tarefas habituais e corresponder simultaneamente às exigências de visitar o seu familiar no hospital. Para além do que foi já referido, gera-se também um sentimento de impotência na família porque, apesar de quererem ajudar, consideram que não possuem conhecimentos que lhes permitam colaborar nos cuidados. O que leva, por sua vez, à revelação de sinais evidentes de ansiedade que se podem manifestar através de constantes solicitações de informação aos enfermeiros ou, pelo contrário, evitando qualquer tipo de contacto com eles. A hospitalização pode surgir em diferentes contextos. Ela pode estar relacionada com uma situação súbita devido a uma emergência ou a uma agudização de uma situação crónica, ou de forma programada, quer seja para intervenções terapêuticas ou diagnósticas. Os familiares encaram a distinção destas situações com níveis distintos de ansiedade. Sabendo que a hospitalização pode criar enorme ansiedade quer nos doentes quer nos familiares. A ansiedade é a emoção comum mais desagradável, conhecida como “preocupação”, “apreensão”, “medo” ou “receio”. Há vários graus de ansiedade, desde a apreensão leve ao pânico e vários níveis de consciência do indivíduo às causas da sua ansiedade. Todos sentimos vários sintomas físicos associados à ansiedade. Contudo, os pensamentos que temos podem desempenhar um papel importante no decréscimo ou (mais frequentemente) no aumento da nossa ansiedade. Em estudos futuros seria interessante: conhecer a razão do internamento e relacionar com o nível de ansiedade do cuidador significativo, uma vez que, poderão existir patologias que numa fase aguda desencadeiem mais ansiedade comparativamente a outras; tentar identificar quais os sintomas físicos que estão associados com o nível de ansiedade do cuidador significativo e relacionar com o motivo de internamento.

Os cuidadores são tomados, muitas vezes, pela ansiedade e pela incapacidade de absorver todas as informações técnicas que lhe são passadas pela equipe multidisciplinar. Frequentemente acabam por desempenhar este papel de forma alucinada e por vezes esquecem que existe uma família à qual ele pertence e que pede a sua presença.

Independentemente da estrutura familiar, nós enfermeiros, enquanto técnicos de Saúde Mental e Psiquiatria, devemos estar atentos ao *timing* do início da doença com os seus períodos de desenvolvimento (transição, construção e manutenção) da estrutura familiar. Esta abordagem ajuda-nos a avaliar/prever, de um modo mais efectivo, o impacto da doença mental na família e de que forma o cuidador significativo reage a esta nova situação. Família envolvida é necessariamente família esclarecida e cooperante. O papel da equipa de saúde é determinante.

Envolver a família no cuidado ao doente durante o internamento exige mudança de atitudes e sobretudo encarar a família, também como receptora de cuidados. Se a equipa não desenvolver um bom trabalho, com boa resposta e relações de suporte com os familiares, pode resultar o caos, os mal entendidos e os conflitos que afectarão negativamente o doente. Para muitos familiares, poder participar e sentirem-se incluídos, aumenta o sentimento de utilidade, podendo atenuar a ansiedade muito constante nas famílias dos doentes internados, proporcionada particularmente, entre outras situações, pela situação clínica, mas também pela separação.

No entanto, quando se fala na família, ninguém se preocupa com os seus medos e receios e com as competências que se torna necessário desenvolver para ajudar a encarar e ultrapassar este acontecimento. Na nossa opinião, e pelos resultados apresentados, torna-se imperioso criar de forma estruturada um programa de informação dirigido à família no geral e ao cuidador significativo em particular, para que o internamento de um familiar não seja encarado como um problema sem solução.

Não basta concordarmos que a família tem um papel importante como suporte em todo o decurso da convalescença/reabilitação se, momentos depois, na nossa prática, lembramo-nos da família apenas para fornecer os dados de um questionário que, por vezes, tem uma utilidade meramente casuística.

Ao longo da realização deste estudo tivemos a percepção de que a visibilidade dos nossos cuidados passa, também, por ir ao encontro das necessidades da família, já que quanto mais cedo a família consegue compreender a doença e estabelecer relações apropriadas com a pessoa doente, mais hipóteses tem de continuar um grupo equilibrado. É, nesta óptica, para nós importante, e sempre que possível, abordar a doença e transmitir à família informações acerca

da mesma para que esta possa compreender melhor o que está a acontecer com o seu familiar e, assim, poder reduzir o seu nível de ansiedade e desenvolver competências para lidar com esta nova situação.

Pelo facto de o estudo contemplar um grupo controlo em que os resultados do nível de ansiedade não sofreram alterações, podemos acreditar que a intervenção de que foi alvo o GE, nomeadamente pelo guião estruturado de informação transmitida pelos profissionais de saúde sobre a situação do familiar do cuidador significativo durante o internamento através da sessão de educação, visita às instalações e apresentação dos protocolos e guia de acolhimento, foi a razão que explica a modificação do comportamento.

Apesar de termos como limitações do estudo o curto espaço de tempo para recolha de dados (dois meses), o que nos trouxe uma outra limitação que se traduziu no número reduzido de famílias estudadas, pensamos que o estudo reflecte uma realidade bem marcada.

Assim, os resultados sugerem que os cuidadores significativos do GE que participaram neste estudo aceitaram bastante bem a abordagem efectuada pelos profissionais da presente investigação na aplicação do guião estruturado de informação e que compreenderam a informação transmitida, uma vez que, reduziram os seus níveis de ansiedade ao longo dos momentos de avaliação.

Conclusão

Devido à realidade da rejeição por parte da sociedade a que uma pessoa portadora de uma patologia mental está sujeita, pensamos ter sido essencial este nosso estudo. Todo este misticismo e estigma a que a doença mental está sujeita, faz existir uma situação de frustração e de ameaça: a pessoa é susceptível de viver um sentimento mais ou menos difuso de tensão que se exprime sob a forma de ansiedade. O impacto da doença mental numa dinâmica familiar, vai depender (entre muitos factores) do seu ciclo de vida. Cabe ao profissional de enfermagem avaliar o início da doença, contextualizá-lo no ciclo de vida de cada elemento da família, para de uma forma mais global, traçar em conjunto um plano de intervenção de informações estruturadas, ao encontro das necessidades daquela família com a finalidade de reduzir os níveis de ansiedade sentidos pelo cuidador no momento do

internamento. Conscientes de que as competências a serem desenvolvidas pela família, face a um membro com perturbação psíquica, não foram esgotadas, não duvidamos que a elaboração deste trabalho se tenha revelado como um rico momento de reflexão sobre uma dinâmica familiar perturbada.

Gostaríamos, pois, que esta nossa investigação realizada suscitasse, de algum modo, interesse por parte das entidades responsáveis, para que se promovessem mais debates, campanhas direccionadas para a família e comunidade em geral, no sentido de esclarecer e tornar o desconhecido conhecido, fazendo com que o estigma e medo associados à pessoa portadora de uma patologia mental, diminuísse. Pensamos que no futuro seria interessante realizar outros estudos sobre a família, mais precisamente, sobre o cuidador significativo do doente mental, para dar continuidade e melhorar o âmbito de investigação dos níveis de ansiedade. Assim, deixamos como sugestões para estudos futuros: uma investigação para avaliar os níveis de ansiedade da família de um doente com um primeiro internamento e comparar com outras famílias de doentes com mais internamentos ou então avaliar esta mesma família após outros internamentos e comparar os níveis de ansiedade; conhecer a razão do internamento e relacionar com o nível de ansiedade do cuidador significativo, uma vez que, poderão existir patologias que, numa fase aguda, desencadeiem mais ansiedade comparativamente a outras e tentar identificar quais os sintomas físicos que estão associados com o nível de ansiedade do cuidador significativo e relacionar com o motivo de internamento.

Referências bibliográficas

- DANIEL, F. C. B. (1996) – *Teoria e prática psicométrica: contribuição para a validação do STAI-Y de Spielberger em estudantes do Ensino Superior*. Coimbra : [s. n.].
- GORDO, M. (2007) – Uma rede de serviços de reabilitação. *Hospitalidade*. Nº 276, p. 15-20.
- JARA, José (2007) - *Contribuição para um livro branco da psiquiatria e da saúde mental em Portugal*. Separata da Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos.
- NEEB, Kathy (2000) – *Fundamentos de enfermagem em saúde mental*. Lisboa : Lusociência.
- PENICHE, A. C. G. ; JOUCLAS, V. M. G. ; CHAVES, E. C. (1999) – A influência da ansiedade do paciente no período pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 33, nº 4, p. 391-403.

SPIELBERGER, C. D. (1972) – Anxiety as an emotional state. In SPIELBERGER, C. D., ed. lit. - **Anxiety: current trends in theory and research**. New York : Academic Press.

SPIELBERGER, C. D. [et al.] (1970) - **The state-trait anxiety inventory: test manual**. California : Consulting Psychologist Press.