

Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças em UTI pediátrica*

Family Support and Mental Health in Mothers of Children in a Pediatric ICU

Recibido: octubre 31 de 2007 | Revisado: agosto 31 de 2008 | Aceptado: septiembre 21 de 2008

ROSANA RIGHETTO-DIAS**
MAKILIM NUNES-BAPTISTA***

Uniararas, Brasil
Universidade São Francisco, Brasil

RESUMO

Este estudo avaliou a percepção do suporte familiar e saúde mental em mães de crianças hospitalizadas em UTI Pediátrica (UTIP), por meio de quatro medidas, sendo duas durante a internação, uma após a alta do setor e outra um mês da alta hospitalar. Participaram 14 mães de crianças internadas na UTIP de um hospital-escola estadual do Brasil. Os instrumentos utilizados foram: roteiro de identificação, Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Questionário de Saúde Geral (QSG). Os resultados sugeriram variação significativa na saúde mental das mães nos quatro momentos, observando-se melhora até a alta hospitalar. O suporte familiar não variou nas medidas, portanto não se encontrou correlação entre saúde mental e suporte familiar.

Palavras chaves

Hospital, família, saúde mental.

Palavras chaves descritores

Salud mental, hospitalización, relaciones familiares.

ABSTRACT

This study assessed the perception of family support and mental health in mothers of children hospitalized in the Pediatric ICU (PICUs) through four measures, and two during the hospitalization, one after the high-sector and another one months of hospital discharge. Participated 14 mothers of children hospitalized in PICUs a hospital-school state of Brazil. The instruments used were: roadmap for identification, Inventory Perception of Family Support (IPSF) and General Health Questionnaire (GHQ). The results suggested significant variation in the mental health of mothers in the four moments, observing improvement to the hospital. Support family did not vary in the measures; therefore no correlation was found between mental health and family support.

Key words authors

Hospital; Family; Mental Health.

Key words plus

Mental Health, Hospitalization, Domestic Relations.

* Artículo de investigación

** Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdades de Ciências Médicas, Pediatria – Unicamp. Docente do Curso de Psicologia – Uniararas, Campinas, SP, Brasil.
Correio electrónico: rosanarighetto@uol.com.br, rosanadias@uniararas.br

*** Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Itatiba, SP, Brasil. Bolsista Produtividade – CNPq. Correio electrónico: Makilim.Baptista@saofrancisco.edu.br

Introdução

A qualidade das relações familiares está associada ao ajustamento emocional e comportamental de seus membros. Os processos de relações interpessoais familiares devem ser avaliados, considerando o ambiente intra-familiar, o ambiente que a cerca (extrafamiliar) e as modificações sociais pelas quais a mesma passa (Hill, Fonagy, Safier & Sargent, 2003).

O conceito de suporte social é fundamental para definir a qualidade das relações familiares. O suporte social compreende um importante recurso que envolve transações interpessoais, relacionadas à conjuntura emocional, ao auxílio instrumental e às informações ou estimativas para a aplicação de mecanismos de enfrentamento na redução dos efeitos estressores negativos sobre os indivíduos envolvidos nessas interações, durante situações de conflitos diversas (Carlson & Perrewé, 1999). Nesse sentido, considera-se o suporte familiar como um dos recursos que compreendem a sistemática do suporte social. O suporte familiar apresenta-se como um construto de difícil operacionalização, em razão da falta de consenso dos termos e de embasamento teórico diversos utilizados em sua formulação (Bray, 1995). De forma geral, pode ser considerado como um construto promissor no sentido de estar associado diretamente à saúde mental e ao amortecimento de eventos negativos da vida (Harris & Molock, 2000; McCurdy & Daro, 2001; Jaccard & Ramey, 2001; Miller & Darlington, 2002; Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003).

O suporte familiar pode ser compreendido por meio da constituição das suas dimensões, tais como comunicação, conflito, resolução de problemas, afetividade, vínculos, intimidade, individualização, consistência de regras, autonomia, dentre outras (Bray, 1995). Por essa razão, apresentam-se as descrições das medidas de análise que constituem o Inventário de Suporte Familiar (IPSF) utilizado neste trabalho, para que se tenha a compreensão do construto de suporte familiar avaliado nesta pesquisa, denominado Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Baptista (2005) define o

suporte familiar de acordo com dimensões encontradas no desenvolvimento de seu instrumento. A dimensão Afetivo-Consistente do IPSF é definida como o vínculo emocional que os membros da família possuem uns com os outros, sendo composta por limites, coalizões, disponibilidade de tempo em conjunto, tomada de decisões, interesses e recreações, apresentando o caráter da clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. A segunda dimensão Adaptação Familiar refere-se à expressão de sentimentos positivos em relação à família, como inclusão, compreensão, sentimento de pertença, diálogo, respeito, entre outros. A terceira dimensão, Autonomia Familiar, considera a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família.

O suporte familiar parece estar associado também à saúde mental de cuidadores de indivíduos acamados. Miller e Darlington (2002) salientam a importância da identificação de quem presta suporte ao cuidador/familiar, caracterizando diversas relações, dentre elas: as parentais (pais, filhos); de outros familiares (tios, avós, etc.); amigos, vizinhos ou outros membros da comunidade e dos serviços formais de cuidado à criança para a promoção de saúde mental aos cuidadores. Quanto ao funcionamento familiar na área da saúde, Ross e Mirowsky (2002) acrescentam que o suporte familiar também está diretamente relacionado com o aumento do senso de segurança para a sobrevivência em indivíduos com constantes crises de saúde. Tomando-se como base a proposta do estudo em questão, acrescenta-se a relevância da consideração da saúde mental do cuidador.

Johnson et al. (1995) afirmam a possibilidade da discriminação de mudanças quanto aos papéis desenvolvidos e responsabilidades nos membros familiares durante um período de doença crítica, como a hospitalização de crianças em UTI. Board e Ryan-Wenger (2002) estudaram os efeitos a longo prazo da hospitalização em UTIP no que diz respeito ao funcionamento familiar. Para tal, compararam famílias de crianças na UTIP, famílias com

crianças hospitalizadas em unidades de cuidado geral e famílias de crianças doentes mas não hospitalizadas. As famílias foram acompanhadas por um período de seis meses após a doença da criança. Os resultados indicaram que o estresse dos pais dura bastante tempo após a hospitalização e que as famílias se percebem como mais disfuncionais que antes da hospitalização.

Outros estudos longitudinais, como os de Youngblut e Shiao (1993), Tomlinson Harbaugh, Kotchevar e Swanson (1995); Balluffi, Kassam-Adams, Kazak, Tucker, Dominguez e Helfaer (2004); Youngblut e Lauzon (1995); e, Board e Ryan-Wenger (2003), em ambientes de UTIP, demonstraram que pais de crianças hospitalizadas sofrem mudanças comportamentais físicas e psicológicas, presumíveis diante do estresse vivenciado. Relacionam, dentre as variáveis para o controle desses comportamentos, o suporte social e familiar, o tempo de hospitalização, a gravidade do quadro da doença da criança e os dados sociodemográficos, entre outros aspectos.

Craft, Buckwalter, Nicholson e Megivern (1993) referem que a hospitalização de pacientes criticamente enfermos torna-se estressante para os familiares que por sua vez podem responder a este evento, apresentando uma crise.. A resposta do indivíduo em situações de crise, ou seja, a perturbação apresentada neste momento pode envolver também, segundo Freeman e Dattilio (2004), respostas ou sintomas de ansiedade e depressão, ou seja, o comprometimento de saúde mental, além da física. Em reações consideradas como mais graves, pode ocorrer uma desorganização generalizada em termos de capacidade reduzida para solucionar problemas, como a confusão cognitiva (pensamentos distorcidos), comportamental (ação de modo aleatório e não habitual) ou emocional (labilidade).

Balluffi et al. (2004) avaliaram a prevalência de distúrbios de estresse agudo e pós-traumático em pais cujas crianças foram internadas em UTIP. Os resultados encontrados apontaram que 32% dos 272 pais avaliados preencheram os critérios para o diagnóstico de estresse agudo e 21% dos 161 pais que foram avaliados um tempo após a internação

preencheram os critérios para o diagnóstico de distúrbio de estresse pós-traumático.

Youngblut e Shiao (1993), ao avaliarem as reações da família de crianças criticamente enfermas, em um estudo de levantamento com duas medidas durante 24 horas após a admissão e após a alta da UTI (duas a quatro semanas), acabaram por concluir que a admissão da criança nesta unidade é estressante para pais, independente da gravidade da doença. Os participantes deste estudo compreenderam nove mães e pais de crianças de cinco anos de idade e os resultados apontaram que a percepção da mãe sobre sua família, como em relação ao funcionamento e a coesão entre os membros da mesma, podem ser negativamente afetados, sendo que estes efeitos podem também afetar e comprometer a saúde da criança.

Segundo Baldini, Krebs, Ceccon e Vaz (1998), em uma revisão da literatura que realizaram em relação às reações dos pais quanto à internação da criança em UTIP, foram observadas as seguintes fases e respostas comportamentais: primeira (aproximadamente doze horas após a admissão) - passam por período de choque, acompanhado pelo sentimento de falta de esperança, comportamentos de insônia etc.; segunda (continuidade da crise anterior), com repetição destes sintomas por vários dias, aumentando os sinais de ansiedade e prejudicando o contato com o filho enfermo, e a terceira fase, denominada de expectativa, com duração de horas ou dias que correspondem ao período no qual a criança se encontra estável, porém sem apresentar uma melhora clínica significativa. Durante todas as fases podem ocorrer sentimentos de raiva, reações hostis contra a equipe de saúde em algumas famílias e passividade em outras, além da culpa e falta de esperança, experimentados na primeira fase. Concluem que reações como as de pais que se apresentam reativos, dependentes, discordantes, hostis, autoritários, exigentes, desconfiados e não colaboradores, acabam por afetar a comunicação entre os mesmos e a equipe médica, comprometendo ainda mais estas relações.

Respostas comportamentais de membros familiares (uma amostra de conveniência de 52 participantes) durante hospitalizações de pacientes

com doenças críticas em UTI foram avaliadas pela escala *Iowa ICU Family Sacale* (IIFS), diariamente durante a primeira semana de internação (Halm, Titler, Kleiber, Johnson, Montgomery, Craft, Buckwalter, Nicholson & Megern, 1993). Este questionário mede atividades em geral (de sono, comer, papel familiar, comportamentos de suporte) e os locais analisados foram: UTI Neonatal, UTIP, UTI Adulto-Cirúrgica, UTI Adulto-Geral e UTI Cardíaca. Os dados obtidos advertiram para uma diminuição dos comportamentos de comer, acréscimo de atividades não habituais e diminuição das habituais, surgimento de náusea e insônia, aumento do consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e necessidades de medicamentos diversos, assim como passar a maior parte do tempo visitando o paciente ou esperando para vê-lo. Reações de estresse mantiveram-se altas desde o momento da admissão e atingiram seu pico no sexto dia de internação. Concluem que a avaliação dos familiares deve ser realizada, logo após a admissão em unidades de cuidados críticos, pelo alto risco no comprometimento de sua saúde mental.

Mudanças nos comportamentos de cuidadoras de crianças hospitalizadas em UTIP, de um centro terciário, foram investigadas por Tomlinson et al. (1995). A amostra compreendeu 20 familiares que foram examinados em relação a relatos de mudanças físicas, saúde mental, papel e funcionamento social e alterações em comportamentos considerados saudáveis entre o terceiro e sétimo dia após a internação e nove semanas após a alta hospitalar, por meio do instrumento *Medical Outcomes Study Short-Form-General Health Survey* (MOS) para a medida de saúde geral. Observou-se por meio das medidas um declínio nos escores da saúde mental das cuidadoras, embora nas duas medidas os resultados indicassem comprometimento significativo deste aspecto avaliado. Nas mudanças de *status* de saúde familiares, 70% dos participantes apresentaram condições de infecções, dores de cabeça, úlceras e problemas na pele, na segunda medida. Dentre as alterações nos comportamentos de saúde dos familiares estavam mudanças no sono e alimentação que apresentaram uma correlação positiva com problemas na avaliação de saúde mental

materna. Quanto ao funcionamento familiar e social não houve diferenças significativas e os resultados apontam também que as mudanças na saúde mental das mães também não foram significativas quando comparadas à saúde dos demais membros familiares, mas apenas quando associadas à cronicidade do quadro clínico das crianças. Sugere-se que o risco para a alteração de comportamentos desta amostra possa estar relacionado à vulnerabilidade para problemas de saúde em situações de cuidados críticos para com a saúde.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção do suporte familiar e a saúde mental de mães de crianças internadas em UTI pediátrica de um hospital-escola, em quatro momentos distintos. Desta forma, se tratou de um delineamento descritivo e longitudinal.

Método

Participantes

As participantes foram 14 mães que tinham seus filhos internados na UTIP do Hospital das Clínicas de uma universidade estadual do interior de São Paulo (Brasil), assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), residentes na região de Campinas, com as seguintes características: 64% (n=9) da amostra compreenderam a faixa etária dos 18 aos 30 anos; a média de idade entre todas as participantes foi de 30,85 anos; 71,6% (n=10) possuíam escolaridade do ensino fundamental completo/incompleto; 64,3% (n=9) apresentaram renda familiar mensal acima de US\$ 540; e 57,1% (n=8) das participantes eram casadas ou amasadas. A pesquisa iniciou-se com 35 participantes e finalizou-se com 14 participantes que responderam todas as medidas. O tempo de avaliação das medidas correspondeu há seis meses. A redução do número de participantes desde o início do estudo deveu-se aos critérios de inclusão (maioridade legal; alfabetização; vinculação legal com a criança; primeira internação hospitalar em UTIP; tempo de hospitalização no setor não exceder 12 dias e não ser inferior a cinco dias; e residir na região,

de acordo com o procedimento de aplicação do estudo), critérios de exclusão (utilização, nos últimos dois meses, de algum tipo de medicamento psicoativo e diagnóstico psiquiátrico realizado por um profissional de saúde no período) e aquelas que não responderam todos os instrumentos (principalmente a última aplicação, que era respondida via correspondência).

Instrumentos

Ficha de Caracterização: Tratou-se de um roteiro de entrevista estruturado pelos autores deste trabalho, com questões abertas e fechadas referentes aos dados sociodemográficos das participantes. Objetivou ainda, averiguar a compreensão das mães sobre o motivo da hospitalização e informações sobre a doença.

Inventário de Percepção de Suporte Familiar – O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) foi desenvolvido e validado por Baptista (2005, 2007), possui 42 itens e três dimensões, a saber, Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Autonomia Familiar. As questões, todas fechadas, são respondidas em uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente: 0 = “Quase Nunca ou Nunca”, 1 = “Às vezes” e 2 = “Quase Sempre ou Sempre”. Quanto maior a pontuação de todas as dimensões desta escala, melhor é o suporte familiar na percepção do participante. O IPSF possui validade de construto, por intermédio de análise fatorial, sendo que os itens foram selecionados com carga fatorial mínima de 0,30, *eigenvalues* acima de 1,0 e variância total explicada de 41,43% nas três dimensões. Diversos estudos de validade de critério foram desenvolvidos no Brasil com o IPSF e o inventário demonstrou discriminar as pontuações em grupos diversos, tais como presidiários, drogaditos e universitários (Baptista, Alves, Souza, Lemos, no prelo). O IPSF também demonstrou validade baseada na relação com outras variáveis com o questionário de saúde mental de Goldberg – GHQ (Souza, Baptista & Alves, no prelo); locus de controle e auto-eficácia (Baptista, Alves & Santos, 2008); depressão, personalidade, qualidade de vida, estilos paren-

tais (Santana, 2008; Dias, 2008), suporte social e autoconceito (Rigotto, 2006), dentre outras. Em relação à confiabilidade, o IPSF demonstrou ter índices bastante aceitáveis, variando de 0,78 a 0,91 para as dimensões e 0,93 para a escala total (Cronbach) e para teste-reteste variando de 0,78 a 0,97 (Spearman), (Baptista, 2007; Baptista & Dias, 2007).

Questionário de Saúde Geral (GSQ) – Desenvolvido por Goldberg e adaptado e validado para a população brasileira por Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda e Ramos (1996), esse questionário indica a presença e discrimina a severidade de distúrbios psiquiátricos. É constituído por cinco dimensões específicas de saúde mental, quais sejam: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. É composto por 60 questões fechadas com quatro itens de respostas sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, respondidas em uma escala de quatro pontos, padrão Likert e com sentido crescente: 1 = “Menos do que do costume” a 4 = “Muito mais do que de costume”, com graus intermediários. O ponto de corte entre o nível sintomático de distúrbios psiquiátricos e o não sintomático, no sistema padrão de apuração, se situa entre 39 e 40 pontos para a escala de valores zero, um, dois, três. Compreende-se, desse modo, que quanto maior a pontuação, mais comprometida estará a saúde mental. O QSG possui validade de construto com uma amostra brasileira (N=902), com cargas fatoriais acima de 0,30, *eigenvalues* acima de 1,5, sendo que os 60 itens obtiveram um alfa de Cronbach de 0,95 e as dimensões explicaram 44% da variância total explicada.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do hospital, o procedimento para coleta de dados teve início. O processo de levantamento de dados da pesquisa compreendeu quatro momentos de avaliação, a saber: primeiro momento: após a verificação diária das novas admissões na unidade, por meio dos prontuários das crianças hospitalizadas no setor, entrava-se em contato com as mães, a partir do *segundo dia* de internação hospitalar de suas crianças. Nesse momento, as participantes eram convidadas para fazer parte da

pesquisa e eram aplicados todos os instrumentos de medidas; segundo momento – as mães que permaneceram com seus filhos hospitalizados entre o *quinto e o sexto dia* de internação na unidade eram novamente avaliadas pelo IPSF e o QSG; terceiro momento – ocorreu após *sete dias* da alta hospitalar ou para as mães de crianças ainda hospitalizadas na enfermaria de pediatria; quarto momento – realizado após o período de *um mês* de pós-alta hospitalar da unidade de terapia intensiva, por meio de correspondência. Os critérios para o estabelecimento das avaliações realizadas no segundo e terceiro momentos foram discutidos com a equipe de saúde do local, considerando-se o tempo médio de hospitalização no setor. Para as mães das crianças que tiveram alta hospitalar, nesse período, as avaliações ocorreram em suas residências ou por correspondências.

Resultados

Para a análise descritiva dos resultados utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13. Para o exame inferencial dos dados coletados foram utilizados os seguintes testes: Mann-Whitney (*U*) para comparação entre dois grupos, Teste de Correlação de Spearman (*r*) e teste de Friedman (C^2_p) para avaliação da variação das medidas nos momentos de coleta de dados, com nível de significância de $p \leq 0,05$.

Os dados coletados demonstram que todas as participantes tinham informações sobre a doença, o motivo que levou à hospitalização da criança e o tipo de tratamento ao qual a criança estava sendo submetida na UTIP. No tocante aos aspectos sociodemográficos avaliados, de acordo com o teste estatístico Mann-Whitney, observou-se não existir diferença estatística entre a percepção de suporte familiar e a saúde mental quando associadas às seguintes variáveis relacionadas às mães: idade (menor que 30 anos / de 31 anos a 50 anos) mostrando-se limítrofe no IPSF ($U=9,000$; $p=0,072$), para o grupo de participantes mais velhas e QSG ($U=11,000$; $p=0,125$); escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto *versus* ensino médio ou superior completo/incompleto) – IPSF ($U=18,000$; $p=0,777$) e o QSG ($U=14,000$; $p=0,396$); renda familiar (até US\$ 361 e acima que US\$ 361) – IPSF ($U=19,000$; $p=0,641$) e QSG ($U=18,500$; $p=0,593$); estado civil (casadas, incluindo as amasiadas e solteiras, incluindo divorciadas e viúvas) – IPSF ($U=6,000$, $p=0,280$) QSG ($U=13,000$; $p=0,205$). O resultado da variável estado civil demonstrou uma diferença significativa para autonomia familiar ($U=8,000$; $p=0,05$) e Afetivo-consistente ($U=7,000$; $p=0,039$) na percepção de suporte familiar entre solteiras e casadas, observando-se pontuação maior desta dimensão para as casadas.

Nota-se na Tabela 1 que em nenhuma das dimensões do IPSF, tampouco quanto ao em seus resultados totais, houveram diferenças significativas

TABELA 1

Análise de Variância de Friedman (C^2_p) para IPSF em seus domínios nos quatro momentos de coleta de dados e no total de escores

IPSF Dimensões	1º Momento	2º Momento	3º Momento	4º Momento	<i>p</i>
Afetivo-Consistente	2,57	2,43	2,64	2,36	0,926
Adaptação Familiar	2,00	2,71	2,39	2,89	0,197
Autonomia Familiar	2,32	2,54	2,68	2,46	0,824
Tot. Média das Dimensões / Momentos	2,39	2,68	2,64	2,29	0,810

Nota. Participantes em cada dimensão por momentos (N=14).

Fonte: elaboração própria.

para os momentos da coleta de dados. Desse modo, verificou-se que não houve variação na percepção do suporte familiar ao longo dos períodos de avaliação para essa amostra.

Observando-se o teste de variância de Friedman na média das dimensões do QSG, notou-se a ocorrência de uma diminuição dos escores nos primeiros momentos de coleta e, conseqüentemente, verificou-se uma diferença significativa como demonstra a Tabela 2. Ressalta-se ainda, que houve uma acentuada diminuição entre o segundo e terceiro momentos de avaliação e um pequeno aumento da escoragem entre o terceiro e quarto momentos. Do mesmo modo, verificou-se que, entre as dimensões do QSG, também ocorreu uma diferença significativa para os escores apresentados pelos fatores de estresse psíquico, desejo de morte e distúrbios psicossomáticos. Não foram observadas diferenças estatísticas nas dimensões falta de confiança no desempenho e distúrbios do sono, apesar da tendência nesta última.

Não foram observadas correlações entre os escores do QSG e do IPSF nos quatro momentos (1º momento $r=0,05$, $p=0,852$; 2º momento $r=0,11$, $p=0,716$; 3º momento $r=-0,04$, $p=0,898$; 4º momento $r=0,07$, $p=0,805$). Cabe ressaltar que a média de suporte familiar nessa amostra foi relativamente alta e não teve variabilidade quanto aos quatro momentos.

Discussão

Os resultados da análise estatística para os grupos de estado civil apresentada apontam para uma diferença significativa na percepção da autonomia familiar e também na dimensão afetivo-consistente (IPSF), sugerindo que as pessoas casadas tendem a perceber uma família mais suportiva e tendo mais autonomia. Jaccard e Ramey (2001) apontam resultados semelhantes aos da presente pesquisa confirmando a influência da estrutura familiar, na relação entre o suporte social recebido e o impacto positivo na satisfação de vida, especialmente para mulheres casadas. Os autores afirmam que as mulheres casadas também possuem maior possibilidade de receber ajuda de outros familiares. Zabriskie e Mccornick (2001) complementam que os casais morando juntos geralmente apresentam maior satisfação na interação familiar. Hill, Fonagy, Saffier e Sargent (2003) atestam que a qualidade das relações familiares está associada ao ajustamento comportamental e emocional entre seus membros o que acaba auxiliando, quando adequado, no enfrentamento de situações de estresse e conflito, como no caso de doença familiar.

No tocante aos demais aspectos socioculturais, como a idade, escolaridade das mães e renda familiar, diferença alguma foi encontrada em relação à percepção de suporte familiar e à saúde mental.

TABELA 2

Análise de Variância de Friedman (C^2) para QSG Geral nos quatro momentos de coleta de dados e por dimensões de avaliação

QSG Dimensões	1º Momento	2º Momento	3º Momento	4º Momento	p
Estresse Psíquico	3,57	2,82	1,64	1,96	0,000
Desejo de Morte	3,04	2,68	2,25	2,04	0,020
Falta de Confiança e Desempenho	2,68	3,04	2,36	1,93	0,115
Distúrbios do Sono	3,14	2,64	1,96	2,25	0,066
Distúrbios Psicossomáticos	3,07	3,04	1,79	2,11	0,006
Total Média das Dimensões / Momentos	3,32	3,04	1,75	1,89	0,001

Nota. Participantes em cada dimensão por momentos (N=14).

Fonte: elaboração própria.

Nota-se ocorrência semelhante no trabalho sobre situações de crise, realizado por Zabriskie e McCormick (2001), afirmando-se que as variáveis sociodemográficas não se caracterizaram necessariamente como preditores significativos do funcionamento familiar, avaliado sob a perspectiva dos modelos de influências familiares. Observa-se, em contraposição, que Board e Ryan-Wenger (2000), apontaram que pais de crianças mais jovens e pais de idade maior apresentam maior probabilidade para escores altos e significativos em relação ao estresse e menores para a saúde mental, a respeito das hospitalizações em UTIP. Cabe ressaltar, no entanto, que no presente estudo observou-se uma tendência limítrofe para uma melhor percepção do suporte familiar por cuidadoras mais velhas (faixa etária compreendida entre 31 a 50 anos) em relação ao grupo de participantes mais jovens, demonstrando ser esse dado merecedor de avaliação mais apurada em estudos futuros.

Para a não associação entre as variáveis sociodemográficas em relação ao IPSF e QSG, com exceção do estado civil em relação ao funcionamento familiar, sugere-se que, possivelmente, a afinidade dessas avaliações esteja relacionada ao baixo número amostral. Além disso, mostra-se concernente a essa explicação, a recomendação da agregação dos altos escores obtidos na percepção de suporte familiar das mães em geral durante todo o estudo, para os quais não houve variação significativa. Para Halm et al. (1993), o ajustamento das respostas de enfrentamento dos familiares em situações estressantes e difíceis depende da associação positiva dos eventos ocorridos nessas ocasiões. Nessa discussão em particular, pode ser que tenham ocorrido eventos favoráveis durante os momentos de avaliação, visto que as mães continuaram a perceber o suporte familiar, sem apresentar variação, mesmo nos períodos de maior crise, como os da internação hospitalar.

Pode-se pensar que, dentre os eventos positivos vivenciados pelas participantes durante a internação hospitalar, esteja incluído, além da percepção de familiares de maior suporte, o apoio social fornecido pela equipe de saúde local (médicos e enfermeiros), pois, para Tomlinson, Swiggum

e Harbaugh (1999), esse último se destaca como um dos fatores que pode diminuir o desgaste de pais em UTIP. Essa reflexão diz respeito às afirmações das participantes, na primeira medida do estudo, de que, em sua totalidade, estavam satisfeitas quanto ao atendimento prestados pela equipe de saúde e cientes das informações fornecidas em relação ao estado clínico de suas crianças.

Embora em relação à renda familiar não houvesse variação em relação ao IPSF e ao QSG no estudo em discussão, Lesesne, Visser e Withe (2003), na pesquisa que realizaram, apontam que mães solteiras, em condições sociais e economicamente desfavorecidas, experimentaram altos índices de problemas psiquiátricos. Os autores notaram, da mesma forma, comprometimento nos relacionamentos familiares na situação de cuidados para com as crianças.

Também no que diz respeito à análise da variabilidade das medidas estudadas, notou-se que o IPSF, em seus escores totais para os quatro momentos avaliados, não se modificou e pode ser que essa ocorrência esteja relacionada às horas de crise, pois, geralmente, nesses momentos, as pessoas se aproximam para dar apoio. Essa hipótese encontra-se mencionada por Seidman et al. (1997), à medida que verificaram que os pais eram assistidos de maneira mais próxima por seus familiares, durante e após o processo de hospitalização de suas crianças em UTIP. Recomenda-se, além disso, que talvez a percepção do suporte familiar mudasse, caso a situação de crise ou mesmo os estressores negativos como, por exemplo, o comprometimento do quadro clínico, perdurasse por mais tempo, visto que dessa maneira, os indivíduos considerados como suportivos, poderiam se cansar e se afastar nessa circunstância. Acrescenta-se ainda, como dado importante, que, no relato das participantes, fora relacionada prevalentemente a percepção de pessoas mais próximas e consideradas de maior suporte como, a mãe da participante, seu companheiro marital e seus filhos, além de outros. Dessa forma, entende-se que o suporte familiar percebido deu-se por pessoas mais íntimas na convivência das participantes, como seus familiares, bem como outros citados (amigos e vizinhos) que estiveram

presentes ao longo do processo de internação e alta hospitalar, sendo esse dado igualmente relevante na consideração da melhora dos escores de saúde mental dessas mães. Nesse sentido, como aponta Rigotto (2006), as pessoas podem considerar como provendo suporte familiar também as pessoas mais próximas que, não necessariamente possuem um laço consanguíneo, como encontrado no estudo atual.

Notou-se que, para todo o grupo de participantes, foi conferido durante os quatro momentos da pesquisa, uma variação significativa nos escores totais do QSG e em algumas de suas dimensões. Esses dados mostram-se de acordo com os achados de Halm et al. (1993) e Tomlinson et al. (1995), para duas medidas avaliadas em seus estudos (internação na UTIP e alta hospitalar). Os resultados das pesquisas desses autores apontaram baixos indicadores de saúde mental dos familiares de crianças hospitalizadas em UTIP no primeiro momento, sendo melhorada após a alta hospitalar.

A maior modificação para o teste de variância no fator geral do QSG para as quatro medidas, em relação à diminuição dos escores observada, ocorreu entre o segundo e o terceiro momentos. Essa ocasião corresponde à alta da UTIP, ou seja, ao período em que os estímulos altamente aversivos do ambiente foram retirados da convivência das mães, notando-se no quarto momento, porém, um leve aumento nesses escores. Talvez essa ocorrência seja, provavelmente, devida à volta para casa e rotina diária, com modificações para os cuidados com as crianças ou aos problemas que surgiram durante este tempo fora do ambiente familiar. Essas hipóteses devem ser consideradas para estudos e análises futuras, sem deixar de levar em consideração os aspectos cognitivos envolvidos na interpretação na experiência de uma situação de crise.

Quanto à análise estatística de Spearman, não se constatou correlação entre as médias totais do IPSF e as do QSG, durante o processo global de avaliação dessas participantes. Tal fato pode estar conexo ao acontecimento do IPSF não ter variado nos momentos de avaliação, impossibilitando, dessa maneira, a sua correlação com o QSG. Em estudos com amostras diferentes da utilizada nessa

pesquisa, ou seja, com universitários, Souza, Baptista e Alves (no prelo) encontraram correlação entre a pontuação total do IPSF com todas as dimensões do QSG, variando de $-0,10$ entre o IPSF e os distúrbios psicossomáticos até a correlação de $-0,18$ entre o IPSF e a severidade geral da doença mental. O efeito teto observado na média de pontuação do IPSF talvez tenha impedido a associação entre essas duas variáveis nessa amostra em específico. Como sugerem Craft et al. (1993), em locais de hospitalizações críticas, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os familiares necessitam de suporte para o enfrentamento do estresse negativo que afetam possíveis mudanças comportamentais, como dormir menos, comer menos, entre outros. As equipes de saúde necessitam então se prepararem para dar suporte aos cuidadores, já que, como visto, os indicativos de saúde mental nesse período se alteram expressivamente. Como afirmam Youngblut e Shiao (1993), as atenções às reações emocionais apresentadas por familiares, durante o estresse do período de hospitalização, não devem estar voltadas para a avaliação apenas deste momento. Cuidados quanto à saúde mental e física dos familiares após a hospitalização também devem ser consideradas pela equipe de saúde.

Para finalizar essa discussão, faz-se relevante ressaltar as limitações encontradas neste estudo e as sugestões para trabalhos futuros. Como já apontado anteriormente, o número amostral, que correspondente aos seis meses de aplicação desta pesquisa, parece ter implicações para os resultados deste trabalho. Aliada aos fatores tempo e amostra apontados, pode-se recomendar ainda a aplicação da análise estatística de regressão logística, para um adequado entendimento de como diversas variáveis estão relacionadas e explicam a qualidade da saúde mental, no caso de uma amostra maior. Por último, para estudos posteriores no acompanhamento de familiares que acompanhem crianças hospitalizadas em UTIP, sugere-se a avaliação das estratégias de enfrentamento dos cuidadores, particularmente relacionadas aos construtos cognitivos de locus controle e auto-eficácia, a fim de se avaliar se a saúde mental está associada a essas proposições.

Referências

- Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M. R. & Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 453-460.
- Baldini S. M., Krebs, V. L. J., Ceccon, M. E. J. R. & Vaz, F. A. C. (1998). Reacciones de los padres frente a la internación del niño enfermo en un centro de terapia intensiva. *Arquivo Pediatría Uruguaiá*, 69(4), 71-77.
- Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominguez, T. & Helfaer, M. (2004). Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 5, 547-553.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2007). Fidedignidade do Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF. *Avaliação Psicológica*, 6, 33-37.
- Baptista, M. N., Alves, G. A. S. & Santos, T. M. M. (2008). Suporte Familiar, Auto-Eficácia e Locus de Controle: evidência de validade. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28, 260-271.
- Baptista, M. N., Alves, G. A. S., Souza, M. S. & Lemos, V. A. (no prelo). Inventario de Percepción del Soporte Familiar: evidencia de validez con grupos criterio. *Sistemas Familiares y otros sistemas Humanos*.
- Board, R. & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and stress symptom of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Board, R. & Ryan-Wenger, N. (2002). Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Heart & Lung*, 31, 53-66.
- Board, R. & Ryan-Wenger, N. (2000). State of the science on parental stress and family functioning in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 9(2), 106-122.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44, 469-477.
- Carlson, D. S. & Perrewé, P. L. (1999). The role social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management*, 25(4), 513-540.
- Craft, M. J., Buckwalter, K., Nicholson, A. & Megivern, K. (1993). Behavioral responses of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 414-437.
- Dias, C. C. (2008). *Evidências de Validade Convergente e discriminante da escala de Depressão (EDEP)*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil.
- Freeman, A. & Dattilio, F. M. (2004). Introdução. En F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (pp. 19-36). Porto Alegre: ArtMed.
- Halm, M. A., Titler, M. G., Kleiber, C., Johnson, S. K., Montgomery, L. A., Craft, M. A. et al. (1993). Behavioral Responses of Family Members during Critical Illness. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 414-437.
- Harris, T. L. & Molock, S. D. (2000). Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 341-353.
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E. & Sargent, J. (2003). The ecology of attachment in the family. *Family Process*, 42(2), 205-221.
- Jaccard, C. K. W. & Ramey, S. L. (2001). The relationship between social support and life satisfaction as a function of family structure. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 502-513.
- Johnson, S. K., Craft, M., Titler, M., Halm, M., Kleiber, C., Montgomery, L. A. et al. (1995). Perceived changes in adult family members' roles and responsibilities during critical illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 238-243.
- Lesesne, C. A., Visser, S. N. & Withe, C. P. (2003). Attention-Deficit Hiperctivity Disorder in school age children: Association with maternal mental

- health and use a health care resources. *Pediatrics*, 111(5), 1232-1237.
- McCurdy, K. & Daro, D. (2001). Parent involvement in family support programs: An integrated theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121.
- Miller, J. & Darlington, Y. (2002). Who supports? The providers of social support to dual-parent families caring for young children. *Journal of Community Psychology*, 30(5), 461-473.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de Validade entre Suporte Familiar, Suporte Social e Autoconceito*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (2002). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 469-89.
- Santana, P. R. (2008). *Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: um estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil.
- Seidman, R. Y., Watson, M. A., Corff, K. E., Odle, P., Haase, J. & Bowerman, J. L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(3), 169-177.
- Souza, M. S., Baptista, M. N. & Alves, G. A. S. (no prelo). Suporte Familiar e Saúde Mental: evidências de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*.
- Tomlinson, P. S., Harbaugh, B.L., Kotchevar, J. & Swanson, L. (1995). Caregiver mental health and family health outcomes following critical hospitalization of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 533-545.
- Tomlinson, P. S., Swiggum, P. & Harbaugh, B. L. (1999). Identification of nurse-family intervention sites to decrease health-related Family Boundary in PICU. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22, 27-47.
- Youngblut, J. M. & Lauzon, S. (1995). Family functioning following Pediatric Care Unit hospitalization. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 11-25.
- Youngblut, J. M. & Shiao, S. Y. P. (1993). Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: A pilot study. *Heart & Lung*, 22(1), 46-54.
- Zabriskie, R. B. & McCormick, B. P. (2001). The influences of Family Leisure Patterns on Perceptions of Family Functioning. *Family Relations*, 50(3), 281-289.

