

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PORTADOR DE EPILEPSIA SUBMETIDO AO VÍDEO-EEG

Comparação dos níveis de ansiedade com o uso de diferentes estratégias

Carla Maria Maluf Ferrari¹, Regina Marcia Cardoso de Sousa², Eliana Garzon³

RESUMO - Objetivo: Comparar os níveis de ansiedade de dois grupos de pacientes submetidos ao vídeo-EEG que tiveram diferentes estratégias de orientação para o exame; o controle teve apenas orientações verbais e o experimental também recebeu um manual de orientações. **Método:** Cada grupo foi aleatoriamente composto por 30 pacientes. Para avaliar as estratégias de orientação, a ansiedade dos grupos foi comparada por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, sendo o estado de ansiedade avaliado pré e pós-exame. **Resultados:** O grupo experimental apresentou perfil de ansiedade superior, porém, estado de ansiedade inferior, antes do exame, em relação ao controle. A ansiedade do grupo experimental foi mais baixa, pré-exame do que seu perfil, entretanto, o mesmo não ocorreu com o controle. Pós-exame, ambos os grupos apresentaram ansiedade baixa e menor que seu perfil. **Conclusão:** A estratégia de orientação com o manual beneficiou os pacientes, reduzindo a ansiedade antes do exame.

PALAVRAS-CHAVE: ansiedade, paciente epiléptico, vídeo-EEG, enfermagem, manual de orientação.

Orientations to epileptic patient undergoing a video-EEG monitoring: comparison of anxiety levels using different strategies

ABSTRACT - Objective: To identify and compare the anxiety level between two groups of epileptic patients undergoing a video-EEG monitoring using different patients guidelines strategies. **Method:** The random sample was composed by two groups of 30 patients each one. The control group only had verbal orientations and the experimental group, beyond the same orientations received a written guide (a booklet) with all the procedures too. The anxiety was assessed using State-Trait Anxiety Inventory with the STAI-S being applied for both groups before and after examination as described above. **Results:** Demonstrated that, before video-EEG, the anxiety-trait score of the experimental group was higher and the anxiety-state was lower than the control group. After video-EEG, the majority of both groups demonstrated low anxiety-state score and lower than their anxiety-trait score. **Conclusion:** The strategy used with the written guide associated to verbal orientations helps to reduce the anxiety level before the video-EEG.

KEY WORDS: anxiety, epilepsy, nursing, video-EEG monitoring.

O exame de vídeo-eletrencefalografia (vídeo-EEG), realizado em pacientes portadores de epilepsia epilépticos, é indicado sobretudo com o objetivo de documentar características clínicas das crises, localizar o início e a propagação das descargas, correlacionando-as com as manifestações clínicas, registrar anormalidades eletrencefalográficas intercríticas e, assim, classificar corretamente os diferentes tipos de crises epilépticas, possibilitando o diagnóstico, a programação terapêutica clínica ou cirúrgica e o prognóstico¹. Na unidade de vídeo-EEG, o

paciente permanece sob o regime de internação para que ocorra o registro eletrográfico tanto dos eventos epilépticos (eventos ictais), como da atividade cerebral entre os eventos ictais (eventos interictais). A internação poderá variar de horas a dias e dependerá do registro adequado das atividades ictais. Sincronicamente ao registro do EEG, é realizado o registro do comportamento clínico por meio de câmera filmadora que permanece dentro do quarto do paciente. Os eventos ictais são guardados por meio de dispositivo de alarme, que po-

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo SP, Brasil (USP); ²Enfermeira, Profª Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EE-USP; ³Doutora em Neurofisiologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Recebido 22 Março 2005, recebido na forma final 13 Junho 2005. Aceito 5 Agosto 2005.

Enf. Carla M.M. Ferrari - Rua Palestina 483/184 - 04362-030 São Paulo SP - Brasil. E-mail: c-maluf@uol.com.br

derá ser acionado pelo paciente ou acompanhante, pela equipe de enfermagem ou pelo médico do setor. A eficácia do método depende da habilidade e possibilidade de manutenção do registro, continuamente, até a obtenção de dados que sejam considerados suficientes para análise e diagnóstico dos eventos², logo, é imprescindível a colaboração do paciente e familiares durante o exame.

A indicação e a possibilidade de realização do vídeo-EEG é, com frequência, um agente tensor e causador de ansiedade ao paciente portador de epilepsia, à medida que o exame representa ao mesmo tempo uma ameaça de estabelecer um prognóstico desfavorável e uma esperança de mudança no curso do tratamento da epilepsia e de controle de suas crises. Altos níveis de ansiedade são uma condição que produz sofrimento e prejuízo sócio-ocupacional para o indivíduo. Nesses níveis, a ansiedade tem sido relacionada com a diminuição da capacidade das pessoas apreenderem e resolverem problemas. Ensinar indivíduos muito ansiosos resulta em dificuldade no aprendizado e incapacidade de aplicar a informação recebida. Por outro lado, a ansiedade associada a procedimentos médicos pode ser atribuída a vários fatores, entre eles: a falta de familiaridade com o procedimento, apreensão em relação ao diagnóstico e prognóstico⁴.

Em razão da complexidade e da importância do vídeo-EEG aos pacientes e seus familiares e a necessidade de adequada orientação a fim de que possam colaborar durante os procedimentos, decidiu-se elaborar um manual ilustrado, contendo informações sobre o preparo e os procedimentos do exame. Acredita-se que, desta forma, tanto o paciente como os acompanhantes retêm melhor as orientações, que são realizadas verbalmente, disponibilizando continuamente de um material para consulta de pacientes e familiares, com a finalidade de auxiliar na redução do estado de ansiedade aoplada principalmente ao medo e à desinformação. Certamente, o manual não deve substituir a informação verbal e individualizada, realizada pelo profissional especializado deve, porém, prover uma informação básica, acessível, continuada, de forma a permitir a confirmação de informações essenciais e dar suporte às dúvidas persistentes. O uso do manual de orientação ao paciente na unidade de vídeo - EEG parece incrementar a qualidade do atendimento ao paciente portador de epilepsia, porém, é necessário avaliar sua função como instrumento para combater a falta de informação e minimizar o estado de ansiedade do paciente frente ao exame.

Nessa perspectiva, realizou-se a análise comparativa da ansiedade de dois grupos de pacientes portadores de epilepsia submetidos ao vídeo-EEG, sendo o primeiro grupo, o controle que recebeu apenas orientações verbais sobre a realização desse exame e o segundo grupo, o experimental, recebeu orientações verbais e por meio do Manual de Orientação de vídeo-EEG.

MÉTODO

Trata-se de estudo experimental que apresenta como variável independente, a orientação para o exame de vídeo-EEG e, dependente, o nível de ansiedade, mensurado pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)⁵.

O estudo foi realizado em duas unidades de vídeo-EEG; uma, localizada em um hospital geral privado de médio porte e outra, pertencente a um hospital-escola, da rede pública. As unidades estão localizadas na cidade de São Paulo e possuem tecnologia avançada para realização do vídeo-EEG invasivo e não-invasivo.

A casuística foi composta por 60 pacientes que se submeteram ao exame de vídeo - EEG, no período compreendido de janeiro de 2001 a janeiro de 2003. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: apresentar diagnóstico de epilepsia e possuir 1º grau completo, conforme critério estabelecido para validação da auto-aplicação do IDATE, na população brasileira⁵.

Os pacientes selecionados que consentiram na participação do estudo foram divididos aleatoriamente em dois grupos compostos por 30 pacientes. Ambos os grupos receberam do enfermeiro da unidade as orientações verbais que precedem a internação. O grupo experimental recebeu também o Manual de Orientação de Vídeo-EEG, que lhe foi entregue antes da internação, durante a consulta médica ou via correio. Esse instrumento é um manual ilustrado de orientações ao paciente que será submetido ao vídeo-EEG. Contém informações sobre o exame desde a internação até a alta, procedimentos que geralmente são realizados durante o vídeo - EEG e atividades do acompanhante.

Durante a internação, as condutas foram similares para os dois grupos de estudo, assim como as orientações sobre o IDATE.

Um formulário especialmente preparado para registro dos dados clínicos e pessoais foi aplicado em todos os participantes deste estudo. Nesse impresso, foram anotados os dados que permitiram traçar o perfil dos pacientes quanto à: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, ocupação, localização do foco epiléptico, tipo de crise, tempo da doença, terapia medicamentosa, além de frequência e fatores predisponentes das crises.

O Inventário de *traço* de Ansiedade foi respondido, antes da internação na unidade. O Inventário de *estado* de Ansiedade foi aplicado em dois momentos durante a internação: antes do início do exame e após o seu término, momento antes da alta do paciente, quando este

já estava sendo medicado e após a equipe médica ter informado os primeiros resultados do exame, e a provável conduta a ser seguida.

Ansiedade como *traço* de personalidade refere-se às diferenças individuais em reagir às situações percebidas como ameaçadoras e à tendência para ver o mundo como perigoso⁶. Ansiedade como *estado* refere-se às reações emocionais desagradáveis, caracterizadas por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo, causado por uma tensão específica^{6,7}.

Na aplicação do IDATE, os valores atribuídos às respostas seguiram o estabelecido pelos autores do inventário, tanto na escala de traço, como estado de ansiedade. Após a atribuição dos pontos, foi realizada a somatória e aplicada a categorização proposta por Chaves⁸, em que: baixa ansiedade inclui escores $\geq 20 < 40$, média ansiedade, $40 < 60$ e alta ansiedade, $\geq 60 \leq 80$.

Os dados deste estudo foram submetidos a provas estatísticas, conforme segue: a similaridade dos grupos, experimental e controle, foi verificada pela prova de associação qui-quadrado (χ^2); a prova "U" de Mann-Whitney foi feita para comparação dos escores dos grupos independentes, considerando-se um grupo experimental e o outro controle; a prova de Wilcoxon foi empregada na comparação dos escores dos grupos não independentes, com base na pontuação do IDATE, no mesmo grupo, nas diferentes avaliações (traço, estado pré e pós-vídeo-EEG)⁹. Todas as provas estatísticas utilizadas foram feitas admitindo um erro de primeira espécie de 5%.

RESULTADOS

As características demográficas dos participantes do estudo, apresentadas na Tabela 1, mostram que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, 70,0% no grupo experimental e 56,7% no grupo controle. A idade dos pacientes do grupo experimental variou entre 15 e 64 anos, a média foi 33,6 anos. No grupo controle, a variação da idade foi 16 a 58 anos e a média, 35,3 anos. Em relação à situação conjugal, houve distribuição equitativa de casados e solteiros em ambos os grupos. Indivíduos que cursaram o 2º grau ou o nível superior completo foram mais frequentes no grupo controle que no experimental.

Quanto ao tipo de ocupação, observou-se que 33,3% do grupo experimental e 40,0% do grupo controle desenvolviam profissões liberais, sendo também expressivo o percentual de estudantes nos dois grupos, 20% e 30%, respectivamente.

Nos dados da Tabela 2, nota-se que a maioria dos entrevistados dos grupos experimental e controle apresentaram epilepsia de lobo temporal direito ou esquerdo. Ainda a mesma tabela mostra que 63,4% dos pacientes do grupo experimental e 83,3% do grupo controle apresentavam, em geral, crises associadas. As crises eram bastante frequentes nos participantes dos dois grupos: mais de uma vez por semana em 83,3% do grupo experimental (70,0% + 13,3%) e 73,3% do grupo con-

Tabela 1. Distribuição dos pacientes do grupo experimental e controle, segundo variáveis demográficas.

	Experimental (N=30)		Controle (N=30)		Sign (p<0,05)
Sexo					
Feminino	21	(70,0%)	17	(56,7%)	0,421
Masculino	9	(30,0%)	13	(43,3%)	
Idade					
$\geq 15 < 31$	14	(46,7%)	12	(40,0%)	0,473*
$\geq 31 < 46$	11	(36,7%)	9	(30,0%)	
$\geq 46 < 60$	4	(13,3%)	9	(30,0%)	
Acima de 60	1	(3,3%)	-	-	
Situação Conjugal					
Casado	15	(50,0%)	16	(53,3%)	1,000*
Solteiro	14	(46,7%)	14	(46,7%)	
Viúvo	01	(3,3%)	-	-	
Escolaridade					
1º Grau completo	11	(36,7%)	7	(23,3%)	0,520
2º Grau completo	8	(26,7%)	9	(30,0%)	
Superior completo	11	(36,6%)	14	(46,7%)	

*Categorias com colchete no corpo da tabela foram reunidas para atender as exigências de aplicação do teste χ^2 .

Tabela 2. Distribuição dos pacientes do grupo experimental e controle, segundo variáveis clínicas.

	Experimental (N=30)		Controle (N=30)		Sign (p<0,05)
Localização do foco epiléptico					
Lobo temporal direito	14	(46,7%)	10	(33,4%)	0,334
Lobo temporal esquerdo	10	(33,4%)	9	(30,0%)	
Outras	6	(19,9%)	11	(36,6%)	
Tipo de Crise					
Associadas	19	(63,4%)	25	(83,3%)	0,144*
Crise parcial complexa	8	(26,6%)	2	(6,7%)	
Crise parcial simples	2	(6,7%)	-	-	
Generalizadas	1	(3,3%)	3	(10,0%)	
Frequência das crises					
Menos de 1 vez/semana	5	(16,7%)	8	(26,7%)	0,285
De 1 a 7 vezes/semana	21	(70,0%)	15	(50,0%)	
Mais de 7 vezes/semana	04	(13,3%)	7	(23,3%)	
Fatores predisponentes das crises					
Diversos ou não identificados	17	(56,6%)	19	(63,4%)	0,792*
Relacionado ao sono	6	(20,0%)	2	(6,7%)	
Problemas emocionais (nervoso)	2	(6,7%)	6	(20,0%)	
Outros	5	(16,7%)	3	(9,9%)	

*Categorias com colchete no corpo da tabela foram reunidas para atender as exigências de aplicação do teste χ^2 .

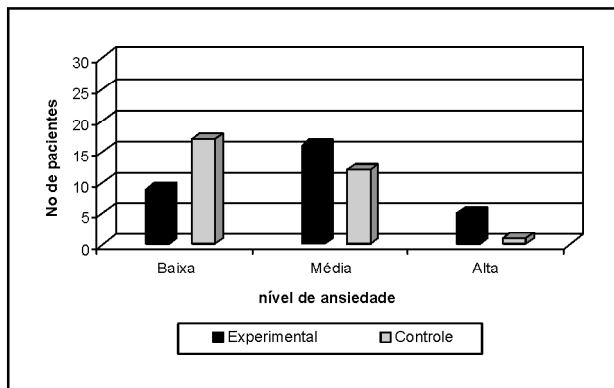


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes dos grupos experimental e controle, segundo sua categorização quanto ao traço de ansiedade.

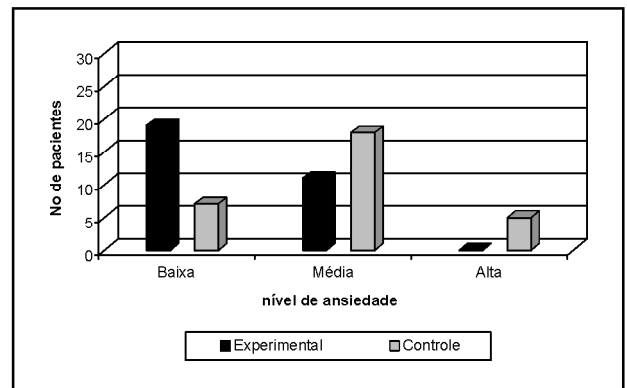


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes dos grupos experimental e controle, segundo sua categorização quanto ao estado de ansiedade pré-vídeo-EEG.

role (50,0% + 23,3%). Referente à fatores predisponentes das crises epilépticas, constatou-se que 56,6% dos pacientes do grupo experimental e 63,4% do grupo controle não relatavam ou não identificavam um fator, em especial. Entre aqueles que apontaram algum fator desencadeante de suas crises, destacaram-se os relacionados ao sono no grupo experimental e os problemas emocionais no grupo controle.

Nos dois grupos, todos os pacientes utilizavam mais de um medicamento em seu tratamento e a carbamazepina foi a medicação que prevaleceu, utilizada por 29,3% dos participantes de ambos os grupos.

O tempo de doença foi bastante longo nos dois

grupos. A média foi 21,7 anos para o grupo experimental e 21,3 anos para o controle.

A análise comparativa dos grupos experimental e controle, pelo teste qui quadrado, indicou que não houve diferença significativa entre os mesmos quanto as variáveis: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, ocupação, localização do foco epiléptico, tipo de crise, tempo de doença, frequência das crises e fatores predisponentes das crises epilépticas.

Considerando a pontuação numérica obtida no IDATE, os pacientes foram categorizados nos três níveis de ansiedade, conforme descrito no método.

O Gráfico 1 apresenta os resultados relacionados ao traço de ansiedade dos participantes no estudo. A maioria dos pacientes dos dois grupos apre-

Tabela 3. Comparação dos resultados do IDATE dos grupos experimental e controle, por meio da aplicação do teste de Mann-Whitney.

Idate	Experimental		Controle		Sign (p<0,05)
	Média	Desvio- padrão	Média	Desvio- padrão	
Traço	49,9	10,6	38,9	9,2	<0,001
Estado Pré-vídeo-EEG	38,6	6,6	43,4	11,5	0,013
Estado pós-vídeo-EEG	31,2	6,0	33,3	6,5	0,136

Tabela 4. Distribuição dos participantes dos grupos experimental e controle, segundo a comparação de sua categoria de estado pré-vídeo-EEG e traço de ansiedade.

Estado PRÉ-VÍDEO-EEG	Experimental		Controle	
	Nº	%	Nº	%
Estado < Traço	26	86,7	11	36,6
Estado > Traço	3	10,0	16	53,4
Estado = Traço	1	3,3	3	10,0
Total	30	100	30	100

Tabela 5. Distribuição dos participantes dos grupos experimental e controle, segundo a comparação de sua categoria de estado pós-vídeo-EEG e traço de ansiedade.

Estado Pós-Vídeo-EEG	Experimental		Controle	
	No	%	No	%
Estado < Traço	27	90,0	22	73,3
Estado > Traço	3	10,0	6	20,1
Estado = Traço	-	-	2	6,6
Total	30	100%	30	100%

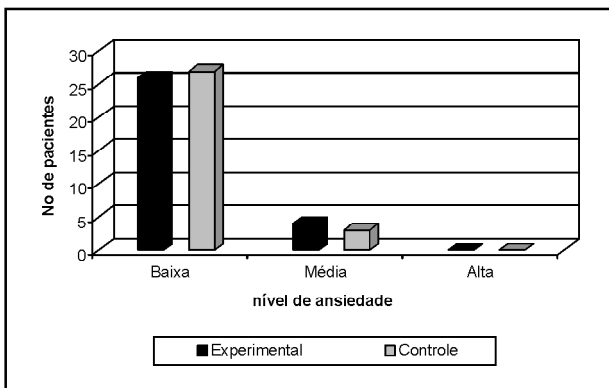


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes dos grupos experimental e controle, segundo sua categorização quanto ao estado de ansiedade pós-vídeo-EEG.

sentou traço de baixa ou média ansiedade, entretanto, a baixa predominou no grupo controle e média no experimental.

No Gráfico 2, nota-se que a maioria (63,3%), dos pacientes do grupo experimental apresentou

estado de baixa ansiedade no período pré-vídeo-EEG. No grupo controle, o estado de média ansiedade foi o mais freqüente, representado por 60,0% dos pacientes. Verificou-se, também, nesse grupo, 16,7% dos pacientes com estado de alta ansiedade no período pré-vídeo-EEG.

No Gráfico 3, pode-se observar que o estado de ansiedade, após o exame, manteve-se baixo, na maioria dos participantes, nesta fase de avaliação poucos apresentaram indicação de nível médio de ansiedade e nenhum paciente alcançou pontuação condizente com alta ansiedade.

Nas comparações por meio da aplicação do teste de Mann-Whitney, (Tabela 3), verificou-se diferença significativa entre grupos em relação a traço e estado pré-vídeo EEG: o grupo experimental mostrava traço mais acentuado de ansiedade, porém estava menos ansioso pré-exame. O estado de ansiedade dos grupos foi similar pós-vídeo-EEG.

Tendo em vista a categorização do paciente quanto à ansiedade, os participantes do grupo experimental e controle foram distribuídos nas Tabelas 4 e 5, considerando-se três situações observadas: estado de ansiedade menos acentuado que o traço nas avaliações pré ou pós-exame (estado<traço); maior ansiedade pré ou pós-exame em relação ao perfil do paciente (estado>traço); igual categoria na avaliação estado de ansiedade e traço (estado=traço).

Na Tabela 4, observa-se que a maioria 86,7% do grupo experimental apresentou na avaliação pré-exame estado de ansiedade menor que seu traço enquanto no grupo controle a maioria dos participantes (53,4%) demonstrou estado de ansiedade maior que seu perfil.

Nos dados da Tabela 5, verifica-se que, em ambos os grupos, a maioria dos pacientes estava após o exame de vídeo-EEG, menos ansiosa em relação à sua condição habitual. Porém, ainda nesse momento, foram observados nos dois grupos, indivíduos mais ansiosos que seu perfil, 10,0% no grupo experimental e 20,1% no grupo controle.

No presente relatório, até então, as provas estatísticas foram realizadas entre os dois grupos de

Tabela 6. Comparação do traço de ansiedade e estado de ansiedade pré-vídeo-EEG dos grupos experimental e controle, por meio da aplicação do teste Wilcoxon.

Grupo	Traço de Ansiedade		Estado de Ansiedade Pré-Vídeo-EEG		Sign (p<0,05)
	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio- Padrão	
Experimental	49,9	10,6	38,6	6,6	< 0,001
Controle	38,9	9,2	43,4	11,5	0,061

Tabela 7. Comparação do traço de ansiedade e estado de ansiedade pós-vídeo-EEG dos grupos experimental e controle, pela aplicação do teste de Wilcoxon.

Grupo	Traço de Ansiedade		Estado de Ansiedade Pós-Vídeo-EEG		Sign (p<0,05)
	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio- Padrão	
Experimental	49,9	10,6	31,2	6,0	< 0,005
Controle	38,9	9,2	33,3	6,5	0,002

estudo; no entanto, nos próximos resultados, as comparações serão realizadas tendo em vista o comportamento de cada grupo nas diferentes avaliações: traço, estado de ansiedade pré-vídeo-EEG e estado de ansiedade pós-vídeo-EEG.

Na Tabela 6, nota-se que o grupo experimental apresentou pontuação média na avaliação pré-exame menor que a média de escore de seu perfil. No grupo controle, o valor médio no teste de ansiedade pré-exame superou a média de seu traço.

Pelo resultado do teste de Wilcoxon pode-se concluir que no grupo experimental houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o traço e estado de ansiedade pré-vídeo-EEG, resultado não observado no grupo controle.

A Tabela 7 mostra que ambos os grupos apresentaram média do estado de ansiedade pós-vídeo-EEG inferior ao seu perfil e que, em ambos os grupos, houve diferença estatística significativa entre o traço e estado de ansiedade pós-vídeo-EEG.

DISCUSSÃO

A análise comparativa das características demográficas e clínicas dos participantes do grupo experimental e controle indicou que não houve diferença significativa entre os grupos quanto a essas variáveis, afastando a possibilidade de atuarem como fatores intervenientes nos resultados relativos à ansiedade.

O exame de vídeo-EEG representa uma situação de tensão e geradora de ansiedade ao paciente, visto que se trata de procedimento desconhecido,

com final incógnito e podendo representar mudanças no curso do tratamento da epilepsia.

No período pré-vídeo-EEG, a maioria dos participantes do grupo experimental apresentava nível baixo de ansiedade e encontrava-se menos ansioso do que seu perfil. Por outro lado, no grupo controle predominou, nessa fase do exame, estado de média ansiedade, e a maioria dos participantes estava mais ansiosa que seu habitual.

Provavelmente, as orientações do manual acrescidas às verbais, contribuíram para a diminuição no estado de ansiedade dos pacientes antes do exame de vídeo-EEG. Estudos com familiares de crianças mostram que informações fornecidas aos pais por meio de um manual contribuem para a redução de sua ansiedade e servem para que eles auxiliem nas orientações e preparem os pacientes para um determinado procedimento¹⁰⁻¹³.

Alguns autores avaliaram a importância de orientações a pacientes com síndrome do pânico através de um manual. Observaram que o uso desse instrumento, contendo informações sobre psico-educação contribuiu de forma significativa e benéfica no tratamento, na redução da ansiedade e nos ataques de pânico^{14,15}.

Grey e col.⁴ verificaram, também, a redução do nível de ansiedade durante exame de ressonância magnética, após o emprego das estratégias de orientação para o procedimento. Entre essas estratégias incluem um manual contendo informações sobre a finalidade e procedimentos realizados du-

rante o exame, favorecendo, também, a relação paciente e equipe. Outros autores¹⁶ avaliaram a aceitação de um manual de perguntas e respostas destinado a pacientes em estágio inicial de câncer de próstata e a seus familiares, concluíram que o manual foi considerado instrumento de grande valia para veicular informações e instrumento de consulta para esclarecer dúvidas.

Diferente do que foi observado no período pré-exame, a avaliação pós-vídeo-EEG mostrou estado similar de ansiedade no grupo experimental e controle, não havendo, portanto, indicação de benefícios adicionais para amenizar a ansiedade com o uso do manual, nessa fase do exame.

Ainda quanto ao estado de ansiedade pós-vídeo-EEG, vale ressaltar que a maioria dos participantes dos dois grupos apresentou baixo nível de ansiedade na avaliação dessa fase de internação e, em consequência, mostrou um estado emocional de menor ou igual ansiedade que seu perfil (Tabela 5).

Deve-se considerar que o estado de ansiedade é gerado por um tensor, que é percebido como uma ameaça desconhecida, potencialmente nociva e perigosa⁷. Nesse sentido, vale lembrar que no período pós-vídeo-EEG, o paciente estaria mais tranqüilo, pois já conhecia o exame e o resultado.

Deve-se considerar que o estado de ansiedade é gerado por um tensor, que é percebido por uma ameaça desconhecida, potencialmente nociva e perigosa⁷. Nesse momento, o paciente encontrava-se mais tranqüilo, pois já conhecia o exame e o resultado.

Para os profissionais da área da saúde, orientar é inerente a muitas atividades realizadas. A orientação verbal continua sendo fundamental, mas, frente a situações onde são fornecidas muitas informações, o manual auxilia como instrumento de continuidade dessas orientações e pode servir como suporte para integração das expectativas médicas e psicossociais do paciente e família¹³. As orientações precisam ser dirigidas tanto aos pacientes quanto a seus familiares e acompanhantes, uma vez que a ansiedade familiar é uma resposta ao estresse; alguns têm a capacidade de controlar esta resposta, manter a calma e enfrentar com maior facilidade situações críticas, porém, a alta ansiedade é frequente e resulta em deficiência no aprendizado e incapacidade de resolução de problemas dos parentes de indivíduos com doenças graves e crônicas³.

Para finalizar, vale ressaltar que os resultados deste estudo apontaram para benefícios no uso do manual de orientação ao paciente portador de epilepsia, que é submetido ao exame de vídeo-EEG, a medida que, no período imediato que antecedeu ao exame, o grupo experimental encontrava-se menos ansioso que o seu habitual e do que o grupo controle. Dois aspectos relevantes devem, porém, ser ponderados na aplicação dos resultados observados: o manual deve ser desenvolvido e avaliado quanto a adequação e compreensão do conteúdo para seus usuários, além disso a pouca escolaridade da maioria da população brasileira¹⁷ inviabiliza o uso desse tipo de recurso indiscriminadamente.

REFERÊNCIAS

1. Yacubian EMT. Novos recursos diagnósticos em epilepsia. In: Nitrini R, Machado LR, (eds). *Conduitas em neurologia*. São Paulo: Clínica Neurológica HC/FMUSP;1993:1-4.
2. Garzon E. Vídeo - eletrencefalografia conceito e metodologia, eletrodos convencionais e eletrodos especiais, o sistema 10-20 e o uso racional do sistema 10-10, técnica e indicação. In: Yacubian EMT, (eds). *Vídeo-eletrencefalografia: fundamentos e aplicação na investigação das epilepsias*. São Paulo: Lemos; 1999:9-43.
3. Reider JA. Anxiety during critical illness of a family member. *Dimens Crit Care Nurs* 1994;13:272-279.
4. Grey SJ, Price G, Matheus A. Reduction of anxiety during MR imaging: a controlled trial. *Magn Reson Imaging* 2000;18:351-355.
5. Biaggio AMB, Natalício I, Spielberg CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), de Spielberg. *Arq Bras Psicol Aplic* 1997;29:31-44.
6. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)*. Trad. Biaggio AMB e Natalício L. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1979.
7. Spielberg CD. *Tensão e ansiedade*. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1979.
8. Chaves EC. *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno*. Tese, São Paulo: Instituto de Psicologia, USP, 1994.
9. Siegel S. *Estatística não paramétrica (para ciências do comportamento)*. São Paulo: Mc Graw Hill; 1975.
10. Tournig J. Effects of a preoperative educational intervention on the behavior of parents of three to six-year old children having day surgery. *Can J Nurs Res* 1998;30:135-159.
11. Ponsford J, Willmott C, Rothwell, et al. Impact of early intervention on outcome after mild traumatic brain injury in children. *Pediatrics* 2001; 108:1297-1303.
12. Hansen BL. A health education booklet for young families - its need, use and effect. *Patient Educ Couns* 1995;25:137-142.
13. Van Dongen-Melman JE. Information booklet for parents of children surviving cancer. *Leukemia* 1997;11:1799-1806.
14. Dannon PN, Iancu I, Grunhaus L. Psychoeducation in panic disorder patients: effect of a self - information booklet in a randomized, masked-rater study. *Depress Anxiety* 2002;16:71-76.
15. Sorby NG, reavley W, Huber JW. Self help programme for anxiety in general practice: controlled trial of an anxiety management booklet. *Br J Gen Pract* 1991;41:417-420.
16. Stewart FD, Brundage MD, Manen LV, Skarsgard D, Siemens R. Evaluation of a question- and- answers booklet on early-stage prostate-cancer. *Patient Educ Couns* 2003;49:115-124.
17. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Informações de saúde. [online]. Brasília; 2003. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br/](http://www.datasus.gov.br/) (15 out. 2003).