



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO PÚBLICA HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE  
CARDIOVASCULAR

CAMILA FERNANDES DE BRITO

**A CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA HOSPITALIZADA  
E A CIRURGIA CARDÍACA: ASPECTOS EMOCIONAIS NO PRÉ-  
OPERATÓRIO**

BELÉM - PA  
2017



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO PÚBLICA HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE  
CARDIOVASCULAR

CAMILA FERNANDES DE BRITO

**A CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA HOSPITALIZADA  
E A CIRURGIA CARDÍACA: ASPECTOS EMOCIONAIS NO PRÉ-  
OPERATÓRIO**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde  
Cardiovascular da Universidade do Estado do Pará.

Orientadora: Msc. Tatiana Carvalho de Montalvão.  
Área de concentração: Atenção à Saúde Cardiovascular  
Local: Fundação Hospital de Clínica Gaspar Vianna

BELÉM - PA  
2017

CAMILA FERNANDES DE BRITO

**A CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA HOSPITALIZADA  
E A CIRURGIA CARDÍACA: ASPECTOS EMOCIONAIS NO PRÉ-  
OPERATÓRIO**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde  
Cardiovascular da Universidade do Estado do Pará.

**Banca Examinadora**

---

Msc. Tatiana Carvalho de Montalvão

---

Msc. Niamey Granhen Brandão da Costa

---

Msc. Teresa Christina Bezerra de Sena

BELÉM - PA  
2017

*Às crianças*

## AGRADECIMENTOS

À minha família, eterna fonte de inspiração e apoio incondicional.

À Carolina Sá, por ter participado de todos os momentos importantes desta etapa, e por ter trazido a paciência, a compreensão e a motivação aos meus dias.

Aos amigos psicólogos Renan Macêdo e Marina Santos, pelas experiências compartilhadas durante a trajetória da residência e por terem se tornado grandes companheiros para toda a vida.

Aos preceptores Adriano Moura, Ecy Ferreira e Krislley Castilho, pela dedicação, respeito e ensinamentos. Além de possuírem grande qualidade profissional, esbanjam caráter pessoal.

À Universidade Estadual do Pará, Residência Multiprofissional em Saúde, Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Tatiana Montalvão, por possibilitarem a concretização desta monografia.

À todas as crianças e mães presentes nesta pesquisa, à vocês toda a saúde e felicidade do mundo.

*Só se vê bem com o coração.  
O essencial é invisível aos olhos.  
(Saint-Exupéry)*

## RESUMO

O diagnóstico precoce da cardiopatia congênita além de envolver a necessidade de hospitalização durante a infância envolve também métodos de diagnóstico e tratamentos invasivos, como a cirurgia cardíaca aberta, fatores estes, geradores de sofrimento psíquico. Portanto, este estudo teve como objetivo investigar os aspectos emocionais das crianças cardiopatas frente à hospitalização durante o pré-operatório da cirurgia cardíaca, através da pesquisa qualitativa de cunho exploratório, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa 03 (três) crianças de 7 a 10 anos, e suas respectivas mães, totalizando 06 (seis) participantes. A coleta de dados foi realizada na Clínica Pediátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém – PA. A análise das entrevistas se organizou em 2 (dois) momentos: 1) Análise das entrevistas com as mães; e 2) Análise das entrevistas com as crianças. As principais reações emocionais das crianças diante da hospitalização foram: a ansiedade e o estresse, expressados através da irritabilidade e da desobediência. O sentimento de ambivalência mostrou-se presente, pois, por um lado a hospitalização gera o sofrimento, mas por outro ela é importante e necessária e imposta como a única solução para o seu problema. Compreende-se que a hospitalização para a realização da cirurgia cardíaca provoca a vivência de sentimentos negativos, e que as crianças que obtiveram informações esclarecedoras acerca da cirurgia durante a espera no pré-operatório, puderam elaborar o enfrentamento da situação, utilizando como estratégia a esperança pela vida normal e o reestabelecimento de uma rotina fora do ambiente hospitalar para minimizar as suas ansiedades e angústias.

**Palavras-chave:** Cardiopatia congênita; Criança Hospitalizada; Pré-operatório hospitalar; Ansiedade hospitalar.

### ABSTRACT

The early diagnosis of congenital heart disease, besides involving the need for hospitalization during childhood, also involves diagnostic methods and invasive treatments, such as open heart surgery, which are generators of psychic suffering. The purpose of this study was to investigate the emotional aspects of cardiac patients there are in hospitalization during the preoperative period of cardiac surgery, through a qualitative exploratory study, using as an instrument the semi-structured interview. Three (3) children (7 and 10 years old) and their respective mothers participated in the study, totaling six (6) participants. Data collection was performed at the Pediatric Clinic of the Gaspar Vianna Clinical Hospital Foundation in Belém - PA. The analysis of the interviews gave rise to the distribution of the results in 2 (two) moments: 1) Analysis of the interviews with the mothers; And 2) Analysis of the interviews with the children. The main emotional reactions of children to hospitalization were: anxiety and stress, expressed through irritability and disobedience. The feeling of ambivalence has been present, for on the one hand hospitalization generates suffering, but on the other hand it is important and necessary and imposed as the only solution to its problem. It is understood that hospitalization for cardiac surgery provokes negative feelings, and that children who obtained enlightening information about the surgery during waiting in the preoperative period, were able to elaborate the situation, using as a strategy the hope of a normal life and the reestablishment of a routine outside the hospital environment to minimize their anxieties.

**Key-words:** Congenic cardiopatics; Hospitalized Child; Preoperative hospital; Hospital Anxiety.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	11
2.1. A CARDIOPATIA CONGÊNITA.....	11
2.2. O ADOECER NA INFÂNCIA: ASPECTOS EMOCIONAIS.....	13
2.3. A CRIANÇA COM CARDIOPATIA E A CIRURGIA CARDÍACA.....	17
<b>3. PERCUSSO METODOLÓGICO</b> .....	24
3.1. A PESQUISA.....	24
3.2. LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.3. PARTICIPANTES.....	25
3.4. INSTRUMENTOS.....	26
3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.6. ANÁLISE DE DADOS.....	27
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS MÃES</b> .....	29
4.1.1. QUADRO 1: VOCÊ PERCEBE MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO DO (A) SEU FILHO (A) DURANTE A INTERNAÇÃO?.....	29
4.1.2. QUADRO 2: QUAL FOI A REAÇÃO DELE(A) NO MOMENTO QUE SOUBE DA CIRURGIA CARDÍACA DURANTE A INTERNAÇÃO?.....	32
<b>4.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS</b> .....	34
4.2.1. QUADRO 1: COMO VOCÊ SE SENTE AQUI NO HOSPITAL?.....	34
4.2.2. QUADRO 2: VOCÊ SABE O QUE É A CIRURGIA CARDÍACA? E PARA QUE ELA SERVE?.....	38
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE II – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A CRIANÇA.....	59
APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ANAMNESE (MÃE/PAI/CUIDADOR).....	60

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as mais comuns no mundo e uma das principais causas de morte no Brasil, sendo a cardiopatia congênita a mais frequente na população. Calcula-se que, a cada 1.000 recém-nascidos, 10 são afetados por alguma anormalidade congênita, dentre esses casos 1/3 requererá intervenção cirúrgica (BERTOLETTI et al., 2014).

O diagnóstico precoce além de envolver a necessidade de hospitalização durante a infância envolve também métodos de diagnóstico e tratamentos invasivos, como a cirurgia cardíaca aberta, fatores estes, geradores de ansiedade, estresse e sofrimento psíquico (GIANNOTTI, 1996).

Para a realização de uma cirurgia cardíaca o paciente necessita estar internado para acompanhamento médico rotineiro, ficando submetido ao desconforto inerente da hospitalização, pois está longe de sua casa, de sua rotina, de seus familiares, precisando realizar intervenções invasivas e incômodas, encontrando-se vulnerável por enfrentar a espera por um momento ameaçador e arriscado: a cirurgia (GORAYEB, 2001).

A criança cardiopata hospitalizada está inserida em uma rotina institucional que gera muitos sentimentos, como o medo e a angústia, e que requererá dela a capacidade de se adaptar às circunstâncias e às mudanças constantes em sua vida, o que pode ocasionar sofrimento (SILVA; GARCIA; FARIAS, 1990).

As reações emocionais da criança cardiopata frente ao procedimento cirúrgico dependerão de vários fatores, que envolvem sua experiência com internações anteriores, o seu nível de desenvolvimento, a forma com a qual ela e a sua família compreendem a doença, o tratamento, o prognóstico, bem como a qualidade das informações, e de que forma estas são repassadas a ela, e que devem levar em consideração a idade e as particularidades de cada caso, caso contrário, podem tornar-se responsáveis por estender a sua ansiedade (BROERING; CREPALDI, 2011).

Para Chiattonne (2003) “o menosprezar de sentimentos envolvidos em uma cirurgia muitas vezes leva a consequências desastrosas” (p. 85), a falta de informações poderá aumentar as fantasias da criança em torno do procedimento, gerando medo e ansiedade

exacerbados e prejudiciais no pré e no pós-operatório e poderão dificultar a sua aderência ao tratamento.

O interesse acerca desta temática surgiu durante a minha experiência como Psicóloga residente em Atenção à Saúde Cardiovascular, onde tive a oportunidade de atuar na Clínica Pediátrica da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, referência em Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria no Estado do Pará.

A Clínica Pediátrica possui 21 leitos, e recebe crianças provenientes de todo o Estado. É constituída por uma equipe multiprofissional de médicos especialistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e pedagogo.

Esta experiência me oportunizou aprofundar os conhecimentos acerca da atuação do Psicólogo Hospitalar com crianças, e a partir disto, pude observar a importância de se conhecer os sentimentos e crenças destas crianças e de suas famílias em relação à realização do procedimento cirúrgico e da hospitalização e como este momento tem sido vivenciado por elas, a fim de direcionar a atenção e o cuidado também para os aspectos emocionais e sociais no processo de saúde e doença destas.

Portanto, este estudo propôs-se a investigar os aspectos emocionais das crianças cardiopatas frente à hospitalização durante o pré-operatório da cirurgia cardíaca, através da pesquisa qualitativa de cunho exploratório, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada.

Os primeiros capítulos apresentam a fundamentação teórica, e englobam os tipos de cardiopatia congênita, o adoecer na infância e seus aspectos emocionais, e a criança com cardiopatia congênita e a cirurgia cardíaca. Em seguida é apresentado o percurso metodológico, os resultados e discussões e por fim, as considerações finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A CARDIOPATIA CONGÊNITA**

As cardiopatias congênitas são definidas como anomalias na estrutura ou na função do coração e ocorrem durante o período embrionário, da terceira semana de gestação até a oitava, ou seja, quando as principais estruturas cardiovasculares estão se desenvolvendo e provocam alterações na anatomia e na fisiologia do órgão, suas sequelas aparecem logo após o nascimento e “sua gravidade pode variar muito de criança para criança” (CARVALHO, 2001, p. 24).

Estima-se que 10 em cada 1.000 crianças adquirirá alguma doença congênita, sendo a cardiopatia a mais comum entre elas (BERTOLETTI et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2012).

Quanto à sua etiologia, ainda não há total conhecimento de suas causas, sendo considerada multifatorial, ou seja, inúmeros fatores podem estar relacionados e interrelacionados com o seu aparecimento (BASTOS et al., 2013; CARVALHO, 2001; CERNACH, 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

Entre as principais causas estão: fatores ambientais predisponentes, genéticos, uso de medicamentos e/ou drogas ilícitas pela mãe durante a gestação, infecções maternas como rubéola, sífilis, diabetes gestacional e alterações cromossômicas na criança, como a: Síndrome de Turner, de Down e de Klinefelter. Entretanto, a herança genética é identificada como fator dominante na maioria dos casos (BASTOS et al., 2013; CARVALHO, 2001; CERNACH, 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

Seus sintomas irão depender do tipo de anomalia e de má formação, e podem aparecer em maior ou menor intensidade. Os principais são: arritmia, hipodesenvolvimento físico, cansaço, tontura, sudorese, dispnéia, cianose, acometimento por infecções frequentes, abaulamento ou retração do tórax, insuficiência circulatória e respiratória (BRAUNWALD, 1999; GIANNOTTI-HALANGE, 1988).

Esses sintomas geram severas sequelas e/ou restrições físicas que acabam por interferir no desenvolvimento dessas crianças, ocasionando “implicações subjetivas de

relevo nos sentimentos e nos comportamentos materno e familiar” e da própria criança (GIANNOTTI-HALANGE, 1988 apud DÓREA, 2010, p. 14).

A cardiopatia congênita é comumente classificada em dois tipos, a acianótica e a cianótica. A presença da cianose é considerada o fator diferencial no diagnóstico e determinará a necessidade de uma conduta terapêutica de emergência, por ser considerada o tipo de cardiopatia congênita mais grave (BASTOS et al., 2013; BRAUNWALD; HOSNI, 1999).

Na cardiopatia congênita cianótica há a redução ou o entupimento do fluxo sanguíneo para os pulmões, provocando um sintoma clínico característico: a cianose, ou seja, a cor azulada da pele nas extremidades, nos lábios e nas mucosas. Observa-se também na criança: apatia, palidez cutânea, prostração (debilidade física), dispneia e frequente cansaço no recém-nascido durante a amamentação. Exemplos importantes de cardiopatia congênita cianótica são: a Tetralogia de Fallot, a Atresia Tricúspide e a Transposição das Grandes Artérias (BRAUNWALD; HOSNI, 1999; ROBBINS et al., 2001).

As cardiopatias congênitas acianóticas são as mais frequentes e definem-se pela ausência de cianose. Entre as mais comuns estão: a Comunicação Interatrial (CIA) e a Comunicação Interventricular (CIV), que são, respectivamente, anomalias nos septos interatrial e defeitos no septo interventricular. Na CIV os principais sintomas são: palidez na pele, fadiga, sudorese, hipodesenvolvimento (restrição do crescimento) e infecções respiratórias. Na CIA, os sintomas são similares e o ritmo cardíaco tende a se tornar irregular (BORN, 2009; BRAUNWALD; HOSNI, 1999; ROBBINS et al., 2001).

De acordo com Bastos (2013) “a extensão da sobrevivência após o nascimento depende do tipo de cardiopatia” (p. 5299). Para Braile, Pellanda e Kalil (2008 apud BARROS, 2012):

Uma vez que haja suspeita de presença de Cardiopatia Congênita por meio de exame físico inicial, são solicitados pelos pediatras os exames complementares e a avaliação do cardiologista. Entre os exames diagnósticos, estão a radiografia de tórax, o eletrocardiograma, o ecocardiograma, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e o estudo hemodinâmico. Dentre eles, o estudo hemodinâmico é um método invasivo também chamado Cateterismo e tem sido extremamente importante no diagnóstico e também no tratamento de diversas cardiopatias, permitindo que algumas sejam tratadas ainda durante o procedimento (p. 26).

A cirurgia cardíaca é a intervenção mais indicada nos casos mais complexos, como nas cardiopatias congênitas cianóticas. Cerca de 50% das crianças cardiopatas necessitarão de cirurgia logo nos primeiros anos de vida, e quando realizada precocemente diminuirá o risco de óbito e de internações por complicações da doença, promovendo melhoras na qualidade de vida desses pacientes (CANELO et al., 2012; PINTO JUNIOR, 2010).

A cirurgia cardíaca é considerada um procedimento de alta complexidade, e pode ser definida como corretiva ou paliativa, pois pode ocasionar a correção total ou parcial dos defeitos cardiovasculares, visando à minimização de sintomas e a prevenção de futuras complicações clínicas (JATENE, 2002 apud ARAGÃO et al., 2013).

De acordo com Pinto Júnior (2010) as cirurgias cardíacas corretivas podem apresentar três possibilidades de intervenção: a definitiva, onde há a possibilidade de resolução do problema cardiovascular, permitindo que a criança tenha sobrevida semelhante à média da população; a parcial, onde haverá a permanência de defeitos cardiovasculares considerados residuais ou permitidos; e o tratamento corretivo funcional, que devido a uma impossibilidade anatômica, “permitem boa evolução clínica, porém, sem qualidade de vida plena por faltar parte do coração” (p. 51).

Outras opções de tratamento envolvem o transplante cardíaco, o uso de medicamentos farmacêuticos e técnicas hemodinâmicas. O constante avanço da medicina vem facilitando cada vez mais a resolução de defeitos cardiovasculares congênitos e proporciona a essas crianças maior possibilidade de sobrevida e de viver a sua infância plenamente (FINKEL, 2000).

## **2.2 O ADOECER NA INFÂNCIA: ASPECTOS EMOCIONAIS**

O adoecer de um sujeito é uma experiência subjetiva e solitária, permeada de sentidos únicos, com significativa influência de sua cultura e ambiente. Encontrar-se doente é estar submetido a mudanças inevitáveis, que envolvem diversas perdas reais e simbólicas, que geram alterações na rotina, no corpo, e o distanciamento de atividades de lazer e do convívio da família e amigos (CAMPOS, 1995; VALVERDE, 2010).

De acordo com Santos e Sebastiani (2003) “entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que através de sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global” (p. 150).

Portanto, estar doente envolve uma interrupção do seu modo de ser, uma paralização forçada e brusca em sua rotina. Torna-se um “percurso incerto e inoportuno na vida do ser humano” (REDONDEIRO, 2003, p. 13).

Estas circunstâncias desencadearão a vivência de um sofrimento emocional, e dependendo da gravidade da doença, haverá a necessidade de internação hospitalar. Apesar de o hospital simbolizar a possibilidade de cura, a hospitalização poderá intensificar os sentimentos naturais de ansiedade, medo, insegurança e angústia, pois proporciona restrições, separações e estranheza (BATISTA, 2003; CAMPOS, 1995; VALVERDE, 2010).

Para Valverde (2010):

Embora a palavra hospital venha da palavra hospitalidade, muitos pacientes não o consideram como local hospedeiro. O bem estar psicológico do paciente não é o principal objetivo do atendimento e sim prestar socorro àquele que tem um sofrimento relacionado com o biológico e o orgânico. Os pacientes são distribuídos por unidades de acordo com seu diagnóstico e, então, são submetidos a normas e rotinas rígidas e inflexíveis, favorecendo um ambiente de solidão e isolamento (p. 4).

Para a criança, a vivência do adoecer torna-se ainda mais intensa, além das mudanças necessárias que ocorrem em sua vida e por experienciar situações inéditas, dolorosas e assustadoras. O adoecimento e a hospitalização na infância interferem diretamente em períodos particulares do processo de desenvolvimento humano que envolve a construção de sua percepção de mundo e personalidade, podendo vir a precipitar, agravar ou provocar desequilíbrios neste processo (CAMPOS, 1995; VALVERDE, 2010; KOVÁCS, 2007).

O enfrentamento da condição da doença para a criança é singular, devido às especificidades próprias do pensamento infantil, e que dependem tanto de sua faixa etária, ou seja, do seu período do desenvolvimento, quanto de suas experiências de vida e vínculos estabelecidos com a família (BATISTA, 2003).

De acordo com as fases do desenvolvimento infantil de Piaget e Inhelder (1978 apud FERRACIOLO, 1999) a criança até os 2 ou 3 anos, se encontra no período sensório-motor, a fase inicial onde o bebê vivência as suas primeiras experiências com o mundo externo através de suas sensações corporais e atua nele pelo deslocamento de seu corpo.

Nesta fase a criança necessita de afeto e segurança, a figura da mãe é primordial, e a hospitalização pode provocar uma intensa sensação de abandono, insegurança, tensão e agitação. Elas tendem a ser tornar apegadas e passivas, e limitadas no exercício de sua necessidade de exploração, essenciais ao seu desenvolvimento (CHIATTONE, 2003; KOVÁCS, 2007).

É de crucial importância estimular o contato físico, pelo máximo de tempo possível, de pessoas próximas e familiares, em especial a mãe, independente de a criança encontrar-se intubada, com sonda ou restrita ao leito hospitalar, estimulando-a a exercitar a sua curiosidade e habilidade de explorar o ambiente em que se encontra (KOVÁCS, 2007).

De 3 a 6 ou 7 anos, a criança encontra-se no período pré-operacional. Neste, ela é capaz de dar significados a objetos ausentes, torna-se egocêntrica e pode vivenciar a doença como punição, onde se vê como a causadora de sua condição de doente. Assim sendo, a hospitalização pode gerar sensação de abandono, desproteção, irritabilidade, estados ansiosos ou depressivos, dificuldades de adaptação e temor da separação da mãe/família/cuidador (CHIATTONE, 2003; BATISTA, 2003; KOVÁCS, 2007; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999).

O pensamento mágico onipotente presente neste período faz com que a criança acredite que é a culpada pelas coisas que acontecem a ela decorrentes de sua doença, como a limitação, a privação e a hospitalização. A morte é compreendida por ela como sendo reversível, e ela pode apresentar reações contra as restrições da doença, fantasias assustadoras e comportamentos agressivos (CHIATTONE, 2003; BATISTA, 2003; KOVÁCS, 2007).

De acordo com Kovács (2007):

No que concerne à hospitalização, pela sua característica de ruptura com a vida cotidiana, separação da família e da escola, é fundamental dar espaço para lidar com o medo deste novo ambiente, procurando torná-lo mais familiar. Um outro elemento é a culpa, relacionada com o pensamento mágico onipotente e o egocentrismo. Deve-se favorecer à criança para que possa compreender estes



processos, e assim diminuir ou eliminar o sentimento de culpa, explicando-se que se trata de situações que têm outras causas ou que são acidentes (p. 22).

A partir dos 7 anos aproximadamente, a criança obtém uma percepção concreta de sua doença e da internação, com um pensamento pré-lógico, artificialista e mágico, com uma lógica predominantemente intuitiva, ao invés de racional, sua linguagem se aprimora e sua capacidade simbólica evolui, e ela começa a estabelecer relações entre o que pode perceber e o seu mundo subjetivo. É neste período que “as principais descobertas sobre o fenômeno morte se processam” (KOVÁCS, 2007, p. 22).

No decorrer dos 7 a 09 ou 10 anos, a criança se encontra no estágio das operações concretas, no qual ela deve adquirir uma organização mental mais integrada, com maior flexibilização no pensamento, tendo seu egocentrismo diminuído e dando lugar à capacidade de estabelecer relações com o outro e à curiosidade em buscar respostas e explicações aos fatos que vivencia. Neste estágio, ela normalmente se encontra na fase escolar e possui a necessidade de conhecer e de compreender o mundo a sua volta (KOVÁCS, 2007; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999).

Nesse período é essencial explicar à criança o que está acontecendo com ela durante a hospitalização, pois é importante que ela entenda o que é a doença, as suas causas e o seu tratamento para que possa se inserir neste processo, o que facilita a sua colaboração e conseqüentemente a sua adesão à internação, lhe proporcionando uma melhor recuperação (KOVÁCS, 2007).

Por fim, a partir dos 11 ou 12 anos, a criança desenvolve o período das operações formais, onde surge uma maior compreensão da morte, pois desenvolve a habilidade de abstração e de raciocinar o mais logicamente possível a partir de suas observações (ALVES, 2014; KOVÁCS, 2007).

Neste estágio “podem expressar preocupação a respeito de um procedimento e tendem a ficarem mais ansiosas, diferentes das crianças no estágio das operações concretas” (FUNGHETTO, 2004, p.19).

De acordo com Chiattonne (2003) quando as crianças sabem sobre a necessidade do tratamento e das medicações, elas participam de forma ativa na sua hospitalização, procuram se cuidar e se resguardar, avisando à equipe acerca de qualquer alteração em suas

rotinas, inclusive ajudam e ensinam as outras crianças menores também internadas, tornam-se parte de seu tratamento e não apenas pacientes.

Dentre as estratégias desenvolvidas com o objetivo de minimizar o sofrimento e os impactos causados às crianças pela hospitalização, destaca-se como recurso terapêutico o brinquedo e a brincadeira, inseridos em um ambiente denominado Brinquedoteca Hospitalar. Este espaço deve oferecer a ela condições necessárias para a “construção da cidadania, criatividade, socialização, afetividade, elevação da autoestima, raciocínio lógico, desenvolvimento das capacidades motoras, memória, percepção, imaginação, senso de organização e assimilação cultural”, além de aprendizado de normas e regras sociais (RAMALHO, 2000 apud DE PAULA; COSTA, 2014, p. 55).

De acordo com Solé (2007 apud DE PAULA; COSTA, 2014) a brinquedoteca hospitalar é um direito legalmente assegurado por meio da Lei 11.104/05, e:

Dispõe de espaços distribuídos e ambientados para o jogo, de um fundo estruturado (organizado e classificado) de brinquedos e elementos lúdicos, de oficinas para desenhar, construir e reparar jogos e brinquedos, de uma equipe de profissionais especializados responsáveis pelo desenho, execução, avaliação do projeto lúdico (p. 55).

É um espaço que auxilia o desenvolvimento da personalidade da criança hospitalizada, pois promove a expressão de sua criatividade e subjetividade, facilitando a elaboração de diversas situações vivenciadas durante a internação, além de promover a construção do vínculo afetivo com a equipe, a diminuição do estresse e o seu bem-estar. O brincar para a criança dentro do ambiente hospitalar surge então, como oportunidade de resgatar o seu equilíbrio físico e psíquico (FRIEDMANN, 2002 apud DE PAULA; COSTA, 2014).

### **2.3 A CRIANÇA CARDIOPATA E A CIRURGIA CARDÍACA**

Ser cardiopata é ter o diagnóstico de “doente do coração”, o órgão que culturalmente é tido como o mais valioso está adoecido, o que pode ocasionar a sensação de fragilidade e invalidez. A descoberta dessa condição se dá muitas vezes de forma súbita e

assintomática, e diante da significação simbólica de o coração ser a máquina da vida, acaba por gerar forte angústia e medo diante da real possibilidade de morte (SOARES; MOREIRA, 2006; ROMANO, 2001).

A doença cardíaca tende a ameaçar a existência do indivíduo e a sua identidade, que se constrói a partir da noção de seu corpo. A percepção do sujeito sobre si mesmo se dá através de sua autoimagem corporal, que neste caso é desconstruída e afetada por causa da doença, desencadeando alterações em sua identidade, conflitos emocionais e intensa ansiedade (ROMANO, 1994).

A ansiedade pode ser um dos sintomas apresentados pela criança cardiopata hospitalizada, e sendo uma resposta emocional de alerta comum a todas as pessoas, é normal manifestar-se quando o sujeito se depara com situações vistas como novas e assustadoras, ela se apresenta em forma de manifestações comportamentais e físicas, como inquietação, taquicardia e sudorese, ocasionando sintomas psicológicos como irritação e alterações de humor. A ansiedade tem a função de nos avisar sobre um perigo eminente, que pode ser real ou imaginário, e dependendo da situação vivenciada e da percepção do sujeito, pode ser passageira ou estender-se a um grau elevado e prejudicial (BATISTA; OLIVEIRA, 2005; ISMAEL, 2010).

A manifestação de ansiedade na criança cardiopata hospitalizada pode advir pelo medo do desconhecido, de ser retirada de sua rotina para um lugar estranho, de se submeter a procedimentos invasivos e desconfortáveis, pela possibilidade de sentir dor e muitas vezes por não compreender o que está acontecendo a ela (CONCEIÇÃO et al., 2004; ISMAEL, 2010).

De acordo com Chiattonne (2003), o primeiro contato da criança com o hospital pode gerar sofrimento por vários fatores:

A hospitalização também determina outros processos de perda. A criança é despida, banhada, vestida com roupas da instituição. Recebe ou obedece ordens de permanecer num local determinado, devendo seguir as regras gerais da Instituição. A criança é enquadrada nos moldes da máquina administrativa do hospital, sendo despojada de seus bens (p. 37).

Crianças ansiosas tendem a queixar-se mais de dor física, de recusar medicações e de terem dificuldades em se adaptar à rotina hospitalar. Podem apresentar choro frequente, irritação, dependência afetiva, angústia e preocupação. Esses sintomas podem se agravar ainda mais diante da espera pela realização de uma cirurgia (CONCEIÇÃO et al., 2004; ISMAEL, 2010).

Dependendo do período do desenvolvimento em que esta criança se encontra, de suas vivências com internações anteriores, e com a qualidade das informações recebidas sobre o procedimento, o período do pré-operatório pode produzir níveis altos de ansiedade e a espera pela cirurgia pode se tornar um evento estressante, podendo ser “percebida pela criança como uma ameaça real ou imaginária” (CASTRO; MORENO-JIMENEZ, 2008 apud MAGALHÃES et al., 2010, p. 149).

A criança com cardiopatia congênita é afetada por diversas alterações em seu desenvolvimento biológico, social e psicológico. A sua condição pode ser diagnosticada ao nascer ou nos primeiros dias de vida. A descoberta da doença normalmente surge nos primeiros momentos de sua vida, o que ocasiona uma experiência intensa e geradora de sofrimento, pois a infância é um processo de constituição do sujeito, ou seja, ela ainda está construindo a forma com a qual lidará com o mundo (GIANNOTTI, 1996; KOVÁCS, 2007).

Esta criança necessita de tratamento médico precoce, sendo a cirurgia cardíaca a intervenção mais indicada, pois possibilita a correção parcial ou total do defeito congênito, promovendo a oportunidade de uma melhor qualidade de vida e maior sobrevida. Isto envolve muitas vezes longos períodos de internação hospitalar, o que pode gerar reações emocionais diversas e que são inerentes à hospitalização (MAGALHÃES et al. 2010).

A criança com cardiopatia congênita, ao entrar no hospital, necessitará realizar exames que podem ser dolorosos e com os quais não está familiarizada. Ela muitas vezes não compreende certos procedimentos hospitalares que podem ser percebidos por ela como agressivos por infringirem sofrimento. A criança que realizará a cirurgia poderá passar por uma sensação de deformação pessoal, ela entende que seu corpo precisará ser cortado, “a criança pode vir a sentir que está em um ambiente que não garante a sua integridade física, ocorrendo então, a partir daí, uma grande angústia quanto ao seu desfiguramento” (CHIATTONE, 2003, p. 37).

De acordo com Crepaldi e Hackbarth (2002 apud MAGALHÃES et al. 2010), a hospitalização e o pré-operatório podem ser para a criança um momento de elaboração de fantasias assustadoras e ameaçadoras, e que podem provocar insegurança e medo:

Quanto mais nova a criança, mais exposta estará a desenvolver problemas psicológicos, em virtude das dificuldades em compreender o que significa estar doente e ser hospitalizada. Embora a hospitalização e o procedimento cirúrgico possuam a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, podem levar os pacientes a um estado conflituoso, ameaçador e agressivo. Em outros casos, a vivência da hospitalização e da cirurgia possibilita a interpretação da doença como punição ou consequência da desobediência (p. 148-149).

A criança pode associar as causas de seu adoecimento a fatores externos, tais como não ter sido obediente à família e por isto está sendo punida, isso acarreta uma sensação de culpa e angústia, gerando desajustamentos e até experiências traumáticas durante a hospitalização, o que pode dificultar a sua relação com a equipe de saúde e a sua adesão ao tratamento (CHIATTONE, 2003).

Na cardiopatia congênita há a limitação física imposta pela condição clínica, a criança geralmente se cansa facilmente, e possui baixo peso e baixa estatura em comparação às crianças saudáveis, isso poderá desencadear baixa autoestima, decorrente de sentimentos de inferioridade, e ela tende a perceber-se frágil e incapaz. Estes sentimentos podem estar influenciados tanto pela gravidade da doença quanto pela “maneira como a enfermidade é percebida pela mãe e ao grau de ansiedade materna” (GIANNOTTI, 1996, p. 54).

O diagnóstico da cardiopatia repercute na família como um todo e pode gerar ansiedade frente à possibilidade de morte e sentimentos de culpa sobre a doença do filho. A frustração pela perda de um filho idealizado como saudável, desencadeia a superproteção da criança e o exagero dos cuidados maternos, um excesso de limitações em suas atividades e a conseqüente maximização dos sintomas da doença (RODRIGUES, 2006).

Esta superproteção surge como uma tentativa de compensação do sentimento de culpa dos pais e gera ainda mais impedimentos no desenvolvimento dessa criança, repercutindo na forma com a qual ela responderá à hospitalização, e que poderá envolver dificuldades de adaptação e aceitação (RODRIGUES, 2006).

De acordo com Giannotti (1996 apud RODRIGUES, 2006), essa atitude dos pais pode trazer consequências negativas, tais como:

[...] comportamentos regressivos, pois os pais tendem por medo a restringir a criança desde as suas atividades físicas a seus relacionamentos interpessoais, bem como a dependência emocional, porque devido a superproteção a criança acaba somente se sentindo segura no convívio com os pais, além de outros efeitos psicopatogênicos, como problemas de adaptação (p. 9).

Esses comportamentos superprotetores com as crianças influenciam no aumento de sua baixa autoestima ao impedir o pleno desenvolvimento de sua autonomia, dificultam a sua capacidade de tolerar frustrações, pois recebem atenção especial e ganhos secundários, como regalias dentro da família e permissividade, tornando-as fixadas em padrões emocionais regredidos e infantilizados (GIANNOTTI, 1996; RODRIGUES, 2006; ROMANO, 1994).

Esses fatores interferem no desenvolvimento psíquico e na formação da personalidade da criança cardiopata, conseqüentemente em sua habilidade de enfrentar a doença e a cirurgia cardíaca (GIANNOTTI, 1996; RODRIGUES, 2006; ROMANO, 1994).

Além destes fatores, a relação que a criança estabelece com os membros da equipe de saúde é de extrema importância, quando há o estabelecimento de um vínculo de confiança terapêutico e eficaz, “a maioria dos pacientes podem se sentir tranquilos frente ao procedimento cirúrgico” (HATEM; LIRA; MATTOS, 2006 apud MAGALHÃES et al., 2010, p.150).

Após a indicação da cirurgia cardíaca, muitos sentimentos vêm à tona na criança, há o medo de que ela poderá acordar durante o procedimento cirúrgico, ou que irá sentir dor durante o mesmo, que poderá não acordar mais e que não verá mais sua mãe, visto que teme a possibilidade da morte mesmo que não compreenda totalmente este conceito (MAGALHÃES et al., 2010).

De acordo com Giannotti (1996, p. 78), tanto para a família quanto para a criança:

[...] Neste período, entre a indicação da cirurgia e sua aceitação ou recusa, acentuavam-se os mecanismos de negação da existência da cardiopatia, associados à angústia persecutória, isto é, à supervalorização dos riscos da

operação. A cirurgia era percebida como envolvendo excessivos e desnecessários riscos, não propiciando nenhum benefício para o paciente.

Nesse momento é crucial que a mãe tenha segurança e conhecimento acerca do procedimento e do prognóstico da criança, e que ela possa transmitir isto a ela, por isso a importância da prévia orientação aos pais ou responsáveis sobre os procedimentos a serem realizados, tanto pelo médico como pelos demais membros da equipe de saúde que fazem parte da rotina hospitalar da criança, em especial o Psicólogo, pois este objetiva minimizar o sofrimento e a ansiedade reativos à hospitalização e a realização da cirurgia (MAGALHÃES et al., 2010).

Para Garcés e Assef (2004 apud MAGALHÃES et al., 2010), o preparo psicológico:

[...] visa favorecer a adaptação do paciente ao procedimento, além de torná-lo mais ativo nas decisões. Os programas mostram que, em geral, os pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia apresentam menos sintomas de ansiedade e condutas negativas e se comportam de maneira mais colaborativa, além de apresentarem menor incidência de transtornos psicológicos após a alta hospitalar. Os pais que recebem o preparo psicológico podem também apresentar menor ansiedade frente à exposição da criança à cirurgia (p. 150).

A intervenção do Psicólogo deve se dar de forma lúdica e acessível a esta criança, a fim de desmistificar crenças e fantasias acerca da cirurgia cardíaca. O uso do brincar na hospitalização serve como um recurso que favorece a comunicação de conteúdos difíceis de serem elaborados e expressados pela criança, diminuindo suas reações psicológicas negativas, como a ansiedade e o medo, facilitando a sua aderência ao tratamento e a recuperação, promovendo assim, o seu bem estar (MAGALHÃES et al., 2010).

Dentre todos esses aspectos negativos citados, e que são inerentes ao processo de hospitalização infantil, existem aquelas crianças que apesar de estarem internadas e necessitarem da intervenção cirúrgica, acabam por receber benefícios realmente satisfatórios e gratificantes durante todo esse processo. Usualmente são crianças que sofrem algum tipo de violência doméstica, negligência e/ou carência afetiva, entre outras mazelas (CHIATTONE, 2003).

Para Soares e Bomtempo (2004 apud MAGALHÃES et al., 2010), a internação pediátrica deve ser um momento de promoção de saúde e humanização:

A hospitalização, assim como o procedimento cirúrgico, deve representar para a criança uma oportunidade para aprender mais sobre sua doença e o funcionamento do seu corpo; desenvolver habilidades de enfrentamento para que seja capaz de tomar decisões, adquirindo independência, autocontrole, autoconfiança, tornando-se participante mais ativa nas decisões clínicas (p. 151).

Desta forma, a equipe biopsicossocial proporciona a possibilidade de desenvolvimento de boas maneiras sociais, bons hábitos de higiene, valorização das relações interpessoais, aprimoramento do conhecimento teórico no processo de ensino-aprendizagem, habilidades manuais com as oficinas, lazer, atividades lúdicas, entre outras (MAGALHÃES et al., 2010).

De acordo com Chiattonne (2003) é substancial que haja uma preparação da criança durante o processo de hospitalização, tanto pela equipe de saúde que a acompanha, como pelos pais, e que haja uma comunicação direta a ela acerca dos motivos da internação e da rotina hospitalar, evidente que essas informações devem ser transmitidas de acordo com o seu nível de compreensão, e ofertando à ela a escuta de suas dúvidas e temores, permitindo “que mostre seu caminho, seus medos, suas fantasias e que consiga elaborar a situação” (p. 42).



### **3 PERCUSSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 A PESQUISA**

O principal objetivo deste estudo embasou-se em investigar os aspectos emocionais das crianças cardiopatas frente à hospitalização durante o pré-operatório da cirurgia cardíaca. Procurou-se analisar os sentimentos da criança cardiopata acerca da hospitalização e o conhecimento da criança cardiopata acerca da cirurgia cardíaca.

Sendo assim, para a realização da pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. De acordo com Turato (2003), este método é a base para acessar as significações individuais atribuídas pelos sujeitos as suas experiências, pois tem como pressuposto básico conhecer e compreender os fenômenos humanos a partir da comunicação da percepção desses sujeitos acerca destes, tendo como alvo a “*significação* que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (TURATO, 2005, p. 509).

O método qualitativo aplicado ao contexto da saúde, objetiva conhecer em particular a *significação* dada aos fenômenos que emergem no processo saúde-doença. Visa também, promover melhoras nas relações entre pacientes, profissionais, família e instituição, bem como facilitar a adesão a tratamentos, compreender ideias, sentimentos e comportamentos, tanto dos pacientes, quanto de seus familiares e equipes de saúde (TURATO, 2005).

O uso da abordagem qualitativa em pesquisas com crianças proporciona valorizar o protagonismo das mesmas ao possibilitar a expressão dos significados a elas atribuídos aos contextos que vivenciam, reconhecendo suas múltiplas linguagens, legitimando suas construções culturais e o lugar que ocupam na sociedade, “tem como pressuposto a crença de que elas têm o que dizer e o desejo de conhecer o ponto de vista delas” (CRUZ, 2008, p. 13).

#### **3.2 LOCAL DA PESQUISA**

A coleta de dados foi realizada dentro da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, individualmente na sala de palestras localizada na Clínica Pediátrica (2º

andar), com prévio agendamento e autorização dos responsáveis pelo setor, e após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da FHCGV.

### 3.3 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo, 6 (seis) pessoas. Sendo 3 (três) crianças com cardiopatias congênitas, na faixa etária de 7 a 10 anos, sendo dois meninos e uma menina, juntamente com seus responsáveis, 3 (três) mães que foram entrevistadas primeiramente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis. Em seguida, as crianças realizaram as entrevistas, também após o consentimento e assinatura do Termo de Assentimento Esclarecido.

Como critério de inclusão optou-se por crianças com diagnóstico de cardiopatia congênita sem comprometimentos cognitivos e/ou fonoaudiológicos, e que encontravam-se internadas na Clínica Pediátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna para a realização da cirurgia cardíaca. Quanto aos adultos participantes da pesquisa, optou-se pelos acompanhantes responsáveis durante o período da internação, que no momento das entrevistas eram as suas respectivas mães.

Todos os participantes foram nomeados com pseudônimos com o objetivo de garantir o sigilo dos mesmos. Realizou-se a caracterização dos participantes com o objetivo de favorecer a compreensão dos sujeitos entrevistados. Os dados foram obtidos através das entrevistas realizadas com as mães, bem como com as próprias crianças.

**Ju**, sexo feminino, 08 anos, diagnóstico de Comunicação Interventricular, primeira internação para a realização da cirurgia cardíaca corretiva, 66 dias de internação até o momento da entrevista. Acompanhada pela mãe, denominada de **Mãe 1**, 34 anos, divorciada e Pedagoga.

**Gui**, sexo masculino, 07 anos, diagnóstico de Comunicação Interventricular, primeira internação para a realização da cirurgia cardíaca corretiva, 09 dias de internação até o momento da entrevista. Acompanhado pela mãe, denominada de **Mãe 2**, 30 anos, casada e Autônoma.

**Edu**, sexo masculino, 10 anos, diagnóstico de Estenose Aórtica, terceira internação para a realização da cirurgia cardíaca corretiva, 11 dias de internação até o momento da

entrevista. Acompanhado pela mãe, denominada de **Mãe 3**, 29 anos, em união estável e Empregada Doméstica.

### **3.4 INSTRUMENTOS**

Foi realizada uma entrevista de Anamnese (apêndice IV) com o familiar responsável pela criança, com o objetivo de “colher dados significativos sobre a história de vida do paciente” (WEISS, 2003, p. 61), para certificar que a mesma se encontra nos critérios de inclusão da pesquisa e obter dados significativos para a compreensão do estado psicológico da criança.

A coleta de dados com as crianças deu-se individualmente, através de entrevista semiestruturada (apêndice III), contendo 3 (três) perguntas sobre a hospitalização e a cirurgia cardíaca.

Para que fosse estabelecido o rapport, ou seja, o desenvolvimento de um vínculo que favorecesse uma boa interação com a criança, forneceu-se uma folha de papel A4 e caixa de lápis de cor, para que estas pudessem desenhar.

### **3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

De acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Serviço de Graduação e Pesquisa da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana – FHCGV, sendo a coleta de dados realizada após o parecer favorável.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e junho de 2016, após a realização do convite aos participantes que se enquadravam nos critérios da pesquisa, e pelo aceite em participar da mesma. Em seguida agendou-se o dia e o horário das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Houve primeiro o momento da entrevista individual com a mãe, e em outro se deu o encontro individual com a criança, com a duração entre 30 e 40 minutos, sendo apenas um encontro com cada participante.

Antes do começo da entrevista com as mães, foi entregue em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde uma permaneceu com cada participante, e continha a descrição dos objetivos, métodos, possíveis benefícios e riscos decorrentes do estudo, bem como os demais esclarecimentos pertinentes à compreensão de como ocorreria a pesquisa. Este mesmo momento foi realizado com as crianças através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Após o aceite, deu-se início as entrevistas semiestruturadas, onde todas tiveram o áudio gravado e em seguida transcritos para posterior análise de dados, com o conhecimento e consentimento dos participantes, levando-se em consideração a sua livre participação na pesquisa e assegurando o sigilo dos mesmos.

### 3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi feita após as transcrições dos áudios gravados durante as entrevistas. Os dados foram analisados pela abordagem qualitativa, com o objetivo de acessar as significações das experiências das crianças, através dos conteúdos obtidos nas entrevistas.

Os conteúdos obtidos foram agrupados em categorias de acordo com os resultados encontrados, a fim de possibilitar a descrição dos mesmos, e interpretados pelo referencial teórico presente neste estudo e pelo método de análise de conteúdo de Bardin (1991). De acordo com este autor a compreensão das informações obtidas deve ir para além da palavra falada e observar outras realidades presentes no conteúdo do sujeito, que envolvem variáveis de ordem psicológica e sociológica.

Considerando os objetivos da pesquisa e os dados obtidos, organizou-se a distribuição dos resultados em 2 (dois) momentos: 1) Análise das entrevistas com as mães; e 2) Análise das entrevistas com as criança. Sendo que cada categoria apresenta 2 (dois) núcleos temáticos, evidenciados em 2 (dois) quadros cada.

Entrevistas com as mães: **Quadro 1:** Você percebe mudanças no comportamento do (a) seu filho (a) durante a internação?; **Quadro 2:** Qual foi a reação dele (a) no momento que soube da cirurgia cardíaca durante a internação?

Entrevistas com as crianças: **Quadro 3:** Como você se sente aqui no hospital?;  
**Quadro 4:** Você sabe o que é a cirurgia cardíaca? E para que ela serve?

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS MÃES

**4.1.1 QUADRO 1:** Você percebe mudanças no comportamento do (a) seu filho (a) durante a internação?

Participante	Resposta
<b>Mãe 1</b> (Ju / 08 anos)	<i>[...] No momento ela tá num período muito desobediente, muito teimosa, ela realmente é bem difícil em algumas situações [...] Antes do Cateterismo, essa desobediência tava muito mais aguçada, agora ela tá bem melhor... Mas continua a tolice! [...]</i>
Participante	Resposta
<b>Mãe 2</b> (Gui / 07 anos)	<i>[...] Ele é meio quieto [...] Tem horas que ele fica meio aborrecido, às vezes ele fica meio inquieto, andando pra todo lado [...] Toda hora ele diz no meu ouvido baixinho: “vamo embora” [...]</i>
Participante	Resposta
<b>Mãe 3</b> (Edu / 10 anos)	<i>[...] Ele é muito tranquilo [...] A gente esperou muito tempo, eu tô otimista! [...] Só a questão do pai dele, que nem tem coragem de visitar [...] Meu filho fica bravo quando eu digo isso! Até pára de falar comigo, e já vi ele chorando sobre isso [...] O pai disse que não quer ver o filho todo cortado [...] Se não fosse isso, meu filho estaria muito melhor [...]</i>

De acordo com os relatos das mães, observa-se que, as principais reações emocionais das crianças diante da hospitalização foram de a ansiedade e o estresse, expressados através da irritabilidade e da desobediência.

A **Mãe 1**, refere a irritabilidade e a desobediência como reações muito presentes na internação da filha, e a **Mãe 2** refere o aborrecimento do filho e o desejo verbalizado de ir embora do hospital. Já a **Mãe 3**, refere sobre a ausência do pai como o principal fator desencadeante de ansiedade e sofrimento no filho durante a internação.

O adoecimento e a hospitalização serão sempre acontecimentos indesejados pela criança, e inesperados pelo curso natural de sua fase de ciclo vital. Portanto, tendem a provocar sentimentos e emoções muito complexas, e de difícil manejo pelas mesmas, tornando-se eventos estressores intensos (CONCEIÇÃO et al., 2004; CHIATTONE, 2003; BONATO, 2011; ISMAEL, 2010; ROMANO, 2001).

Para **Ju** e **Gui**, a hospitalização para a realização de uma cirurgia cardíaca é um evento inédito. Sendo assim, este se torna ainda mais ameaçador, pois a primeira experiência é permeada pelo medo do desconhecido, e de perdas que são reais e simbólicas. Elas se deparam com um ambiente que ameaça a sua integridade física e o seu bem estar emocional (CONCEIÇÃO et al., 2004; CHIATTONE, 2003; ISMAEL, 2010; ROMANO, 2001).

A fase de desenvolvimento em que ambos se encontram, o estágio das operações concretas, os permite perceber a internação de uma forma mais objetiva, ou seja, mais intuitiva do que racional (KOVÁCS, 2007; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999).

Portanto, por não possuírem experiências anteriores com a hospitalização, o “*aborrecimento*” citado pelas mães, pode ser a expressão da raiva, de seu descontentamento, decorrente do estresse da ansiedade pela nova condição, que é sentida como um perigo iminente, e a “*desobediência*” uma tentativa de fugir e de evitar entrar em contato com as situações de risco que provocam o medo (CHIATTONE, 2003; KOVÁCS, 2007; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999).

Além disto, a cardiopatia congênita interfere no desenvolvimento psicomotor das crianças, limitando-as, por exemplo, no exercício de atividades físicas, que influenciam no seu desenvolvimento cognitivo e no estabelecimento de relações sociais que auxiliam na construção de sua personalidade. Portanto, podem se tornar mais facilmente ansiosas, dependentes, deprimidas e agressivas (FONSECA, 1983; GIANNOTTI, 1996; GORETTI, 2009).

Em relação à **Gui**, este manifesta o seu medo através do estar “quieto”, e às vezes “inquieto”. A inquietude é um dos sintomas comportamentais da ansiedade, e foi a forma com a qual ele pôde reagir e lidar com o estresse vivenciado, ao verbalizar o desejo de ir embora do hospital, e apesar deste ter a finalidade de promover a cura, ele fala sobre a

vivência da hospitalização como algo ruim e ameaçador, que lhe gera sofrimento e da qual ele precisa escapar (BROERING; CREPALDI, 2008; CHIATTONE, 2003; ROMANO, 2001).

A **Mãe 1** relata que a “*desobediência*” de **Ju**, diminuiu após a realização do Cateterismo, exame que objetiva averiguar os vasos sanguíneos do coração e que possui certas similaridades com a rotina pré-cirúrgica, por ser um procedimento invasivo e exigir a espera em jejum, a aplicação da anestesia e a estadia na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (ARAGÃO et al., 2013; BARROS, 2012; GIANNOTTI, 1996).

Para **Ju** o Cateterismo foi vivenciado como um preparatório para a cirurgia cardíaca, sendo que a sua ansiedade foi minimizada a partir do momento em que ela pôde deparar-se com a experiência concreta e palpável, ou seja, ela vivenciou um procedimento similar à cirurgia, e através deste, ela provavelmente pôde desmistificar fantasias, comparar suas expectativas com a realidade e eventualmente minimizar medos e receios (CARVALHO, 2001; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999; VALVERDE, 2010).

Para **Edu** esta não é a primeira internação, a **Mãe 3** relata que ele aparenta tranquilidade, não demonstra estresse ou ansiedade em relação à hospitalização e que ambos estão otimistas. Devido ao seu caráter recorrente, suas experiências com internações anteriores possibilitaram que o mesmo também desmistificasse fantasias e crenças, e que pudesse elaborar, a partir de suas vivências e observações, habilidades de enfrentamento, como exemplo, o otimismo, recurso este que possibilita a compreensão de que a cirurgia lhe trará a cura de sua doença, portanto como algo positivo (CHIATTONE, 2003; MAGALHÃES, GUSMAN e GRECCA, 2010).

Considerando os diversos fatores que podem influenciar na hospitalização da criança, destaca-se no caso de **Edu**, a reação dos pais em relação à situação, no caso de sua mãe, a postura positiva em relação à cirurgia cardíaca, favoreceu a placidez do mesmo. Porém, a ausência e a postura negativa de seu pai, conforme relatado pela **Mãe 3** “*não quer ver o filho todo cortado*”, foi provavelmente o fator desencadeante de ansiedade e sofrimento durante a internação (MAGALHÃES, GUSMAN e GRECCA, 2010; GIANNOTTI, 1996).



O medo e a ausência do pai de **Edu** provavelmente advêm da percepção de que o hospital e a cirurgia cardíaca são prejudiciais à criança, e emergem pela carência de conhecimento e informações acerca do procedimento e da internação, além da falta de condições psicológicas para enfrentar a situação, decorrentes da sua recusa em participar ativamente do processo, visto que a família também vive a experiência do adoecimento e todos os seus aspectos negativos inerentes, tais como o estresse e o medo (BATISTA, 2003; GIANNOTTI, 1996).

Os sentimentos conflituosos que a hospitalização e a cirurgia cardíaca provocam nos familiares, como a incerteza, a culpa, a sensação de impotência e o medo da morte, transformam-se em pensamentos fantasiosos, ou seja, por vezes exacerbados ou incoerentes com a real condição da criança (GIANNOTTI, 1996).

A família é a principal referência de segurança e cuidado para a criança, sendo assim, essas reações negativas acabam por influenciar diretamente o estado emocional do mesmo, além de gerar e intensificar a sensação de abandono, tornando a criança ansiosa e insegura durante a internação, aumentando a sua expectativa de que algo ruim irá acontecer. No caso de **Edu**, o tornou choroso e irritadiço (GIANNOTTI, 1996).

#### 4.1.2 QUADRO 2: Qual foi a reação dele(a) no momento que soube da cirurgia cardíaca durante a internação?

<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Mãe 1</b>	<i>Eu vi a minha filha completamente tranquila, não chorou, não falou nada [...]</i>
<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Mãe 2</b>	<i>[...] Pra mim ele tá tranquilo, ele não chora nem nada [...]</i>
<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Mãe 3</b>	<i>[...] Quando a médica disse, ele não tava perto [...] A coleguinha de quarto ouviu tudo e foi correndo contar pra ele “Tu vai fazer a cirurgia amanhã!” [...] Ele veio “branco”, pálido de lá [...]</i>

É importante ressaltar que, as crianças cardiopatas hospitalizadas passam por um período de espera na internação que precede a realização da cirurgia cardíaca, no qual realizam diversos exames e intervenções multiprofissionais, com o objetivo de estabilizar ou melhorar o quadro clínico destas, a fim de prevenir complicações durante e após o procedimento. Sendo assim, há a espera pela comunicação da confirmação da realização do procedimento, e esta comunicação é um evento desencadeador de ansiedade (BORN, 2009; GARANHANI; VALLE, 2012; GIANNOTTI, 1996).

As crianças com cardiopatias congênicas convivem com o diagnóstico precoce da doença, com a constante necessidade de exames, tratamentos medicamentosos e acompanhamento médico. Inevitavelmente em algum momento, recebem ou percebem informações sobre a necessidade da intervenção cirúrgica, sejam estas fornecidas pela família ou equipe de saúde (BROERING; CREPALDI, 2008; GARANHANI; VALLE, 2012; GIANNOTTI, 1996; GORAYEB, 2001).

Porém, estas informações podem ser de difícil acesso à compreensão das mesmas, tanto pelas limitações impostas pela própria infância e suas fases de desenvolvimento, quanto à qualidade de informações e ao tipo de linguagem utilizada. Estas podem ser distorcidas, esquecidas ou ignoradas pelas crianças, como uma forma de evitar entrar em contato com a situação ameaçadora e de difícil elaboração. A vivência da hospitalização torna a espera pela cirurgia cardíaca concreta, portanto, tangível à sua compreensão (BROERING; CREPALDI, 2008; GARANHANI; VALLE, 2012; GIANNOTTI, 1996; GORAYEB, 2001).

Ressalta-se que, em alguns casos, os familiares recusam-se ao diálogo com a criança, excluindo-a de qualquer comunicação acerca do seu diagnóstico ou prognóstico, e no caso destes solicitarem esclarecimentos, as respostas podem ser evasivas ou superficiais, com a crença de que “o desconhecimento os libertaria de um peso tão nefasto” (GIANNOTTI, 1996, p. 105).

Os principais relatos das mães sobre as reações de seus filhos foram de “*tranquilidade*”, “*não chorou*” e ficou “*pálido*”, ou seja, não esboçaram uma reação de forma explícita, porém, isso não necessariamente caracteriza um estado emocional de tranquilidade.

Situações assustadoras e ameaçadoras provocam o medo, e as respostas de defesa envolvem a luta, a fuga, o desfalecimento e o congelamento, ou seja, podem ocasionar a paralisação das reações. A hospitalização e a possibilidade da cirurgia cardíaca são acontecimentos traumáticos para as crianças, sendo a sua notícia um impacto, um choque e provocam a sensação de estarem diante de um perigo imediato e desconhecido (NIGRO, 2004; DUNKER; PINTO, 2010; GIANNOTTI, 1996).

Sendo assim, a reação de **Edu**, de ficar “*pálido*”, pode ser uma manifestação espontânea de seu medo. A aparente “*tranquilidade*” de **Ju** e **Gui**, pode ser compreendida como uma resposta de paralisia diante da ameaça, pois a vivência da doença e da hospitalização lhes impõe a noção de impotência, e da qual não há a possibilidade de fuga ou luta (NIGRO, 2004; DUNKER; PINTO, 2010).

## 4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS

### 4.2.1 QUADRO 3: Como você se sente aqui no hospital?

Participante	Resposta
<b>Ju</b>	<i>Tem vezes que eu me sinto bem... E vezes que eu me sinto mal. Não sei... Na primeira vez que eu fiquei em jejum pra fazer o CAT eu fiquei triste porque eu acabei não fazendo porque eu tava gripada, mas aí na segunda vez aconteceu de novo, e eu entendi que era porque tinha chegado gente em emergência e pegou a minha vez, mas isso me deixou mal... Esperar mais... Eu chorei... Eu fiquei três vezes em jejum e não fui!</i>
Participante	Resposta
<b>Gui</b>	(Permanece em silêncio e não responde a pergunta, ele gesticula com a cabeça que não sabe. Aparenta ansiedade através de movimentos inquietos e repetitivos com os pés e as mãos).
Participante	Resposta
<b>Edu</b>	<i>Bem... Tirar sangue não me incomoda. Mas eu quero ir embora pra minha casa... Quero ir!</i>

**Ju** relata sobre o sentimento de ambivalência durante a internação, ou seja, há a coexistência de dois sentimentos opostos. Pois, por um lado a hospitalização gera o sofrimento, mas por outro ela é importante e necessária e imposta como a única solução para o seu problema (CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

Porém, esta solução, no caso a cirurgia cardíaca, também é a promotora de sofrimento, e esta pode ser percebida tanto como um evento que trará a sua cura, o que gera o sentimento de bem estar, quanto como uma situação que ameaça a sua integridade física e psicológica, provocando o mal estar (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

Além disto, o longo período de internação de **Ju** influencia diretamente na manutenção de seu estado emocional, esta espera intensifica a sua ansiedade e em consequência o seu estresse, “*eu fiquei em jejum três vezes e não fui!*”. O preparatório para o procedimento gera a expectativa pela cura e a tão almejada possibilidade de sair do ambiente hospitalar, e que foi frustrada abrupta e repetidamente (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

Além de que, **Ju** encontrava-se em jejum pré-operatório no momento em que houve a necessidade dos adiamentos. O jejum vem a ser um dos preparos mais importantes antes da cirurgia, sendo também um dos mais desconfortáveis. Ou seja, além de vivenciar e lidar com a assustadora e concreta experiência de que iria realizar o procedimento, e depois enfrentar o desapontamento pelo cancelamento deste, ela ainda deparou-se com um sofrimento de uma privação alimentar que acabou por se tornar dispensável (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

Apesar de **Ju** relatar ter conhecimento acerca das variáveis responsáveis pelo adiamento do procedimento, isto não impediu o seu sentimento de decepção. Sendo assim, somam-se os aspectos negativos da hospitalização, com a espera pela realização de uma cirurgia cardíaca, mais as vivências de privação e frustração pelos adiamentos recorrentes. O resultado, portanto, é o sofrimento, o desgaste físico e psicológico, e os sentimentos ambivalentes (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

No caso de **Gui**, ao ser indagado acerca de seus sentimentos durante a internação, ele não respondeu verbalmente a pergunta, porém, gesticulou sinalizando não saber e apresentou manifestações corporais de ansiedade e angústia através da inquietação, aparentando estar apreensivo.

Para ele, esta é a primeira hospitalização e no momento da entrevista o tempo de internação era de 09 dias, ou seja, um período consideravelmente curto. Portanto, ele se depara com um medo intenso decorrente do impacto inicial de estar inserido em um ambiente hospitalar, que lhe é desconhecido e indesejado, e que impõe restrições, e uma rotina de exames e procedimentos desconfortáveis e dolorosos, com a finalidade de realizar uma cirurgia cardíaca compreendida como algo que ameaça a sua existência (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2009; SOARES; SANAROSA, 2007).

Isto gera desconfiança e receio em relação aos membros da equipe de saúde, pois estes são vistos como os responsáveis pelos acontecimentos que ocorrem a ele durante a internação, tornando-o inseguro e hesitante (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2009; SOARES; SANAROSA, 2006).

Dificultando neste primeiro momento, o estabelecimento de um vínculo de confiança com esta equipe, visto que, ele necessitará de uma convivência maior que propicie a ele a sensação de segurança, para então minimizar as fantasias e o medo de que estas pessoas estão ali para lhe ajudar e não machucar (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2009; SOARES; SANAROSA, 2006).

Acerca dessas fantasias, Saccol, Fighera e Dorneles (2007) referem que elas ocorrem como uma espécie de porto seguro, funcionando como pontos de certeza em situações incertas e desconhecidas, como forma de equilíbrio psíquico visando se proteger da angústia que surge.

**Gui** defronta-se com uma série de sentimentos novos, e por isso angustiantes e incômodos, pois independentemente da idade, a hospitalização sempre acarretará rupturas na vida da criança, provocando a apreensão e a ansiedade. Ele se depara com um novo ambiente e uma nova realidade, e que em nada se assemelham com o que ele vivenciou até o momento (ANGERAMI, 2003; CHIATTONE, 2009; SACCOL; FIGHERA; DORNELES, 2007).

Gomez, et al. (2012) expõem que a experiência da internação durante a infância “pode determinar agravos emocionais, difíceis de serem exteriorizados e traduzidos em palavras” (p. 704), pois esta é uma vivência intensamente complexa para a criança, e de difícil compreensão e manejo.

Portanto, as reações emocionais de angústia, medo e pânico nas crianças são variadas e vão de acordo com a sua idade e características psicológicas, e podem vir a dificultar a sua identificação e fonte causadora de sofrimento. No caso das crianças que apresentam dificuldades em se expressar verbalmente, as abordagens mais indicadas envolvem o uso do lúdico para favorecer a expressão e a elaboração de seus sentimentos (PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013).

Todavia, no caso de **Edu**, ele refere de forma reticente estar “*bem...*”, e cita que um dos procedimentos de rotina hospitalar, como a coleta de sangue, e que é usualmente desconfortável e doloroso, já não lhe provoca medo e incômodo. Ou seja, ele demonstra possuir recursos adaptativos que propiciam o enfrentamento de sua condição.

O enfrentamento é a maneira com a qual ele lida e maneja a situação problema causadora de estresse. No caso, os aspectos negativos inerentes à hospitalização, como a realização de exames físicos que provocam a dor (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007; STRAUB, 2005).

Tendo como seu principal objetivo “aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal frente a uma situação de estresse” (STRAUB, 2002 apud RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007, p. 178) reduzindo assim, os seus efeitos.

Portanto, a sua estratégia de enfrentamento é a de redirecionar o seu foco do desconforto decorrente da coleta de sangue, para a percepção da necessidade deste como algo imprescindível para atingir o seu objetivo, o de sair do ambiente hospitalar (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007; STRAUB, 2005).

Para **Edu**, as vivências de internações anteriores e as percepções destas, construíram os seus recursos de enfrentamento, facilitando a sua adaptação nesta hospitalização, e esta construção envolve tanto os seus aspectos emocionais, sociais e culturais, quanto as suas características pessoais, em um somatório de experiências pessoais (BROERING; CREPALDI, 2008; CHIATTONE, 2009; SACCOL; FIGHERA; DORNELES, 2007; STRAUB, 2005).

Dessa forma, o hospital já não é visto por ele como um lugar desconhecido e assustador, o que reduz significativamente a sua ansiedade e os efeitos negativos da internação (BROERING; CREPALDI, 2008; CHIATTONE, 2003; STRAUB, 2005; SACCOL; FIGHERA; DORNELES, 2007).

Entretanto, ele expressa o seu sentimento de mal estar ao verbalizar o seu desejo de ir embora, ressaltando que a percepção da hospitalização ainda é de um ambiente desagradável e que envolve perdas, rupturas e restrições, sendo assim, uma experiência indesejada e causadora de sofrimento (ANGERAMI, 2003; BROERING; CREPALDI, 2008; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010; ROMANO, 1994).

#### 4.2.2 QUADRO 4: Você sabe o que é a cirurgia cardíaca? E para que ela serve?

<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Ju</b>	(acena com a cabeça que não sabe o que é a cirurgia). <i>Ela serve para a gente ficar bem... Só isso que eu sei... E eu não tô bem agora. A cirurgia vai botar a minha artéria no lugar certo. E eu vou ficar bem e vou poder sair daqui!</i>
<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Gui</b>	<i>Eu não sei o que é... Eu nunca fiz isso, como eu vou saber? Mas serve pra me salvar! Ela vai me endireitar... Vai mexer lá dentro de mim e consertar tudo!</i>
<b>Participante</b>	<b>Resposta</b>
<b>Edu</b>	<i>Sei... Eu sei que eu vou na maca, tem o anestesista que “anestesa” a gente pra gente não sentir nada, primeiro é a anestesia, depois o corte, e depois vão colocar a válvula, é o que eu sei. Vai curar o defeito na minha veia, e eu vou poder voltar pra minha casa!</i>

**Ju** e **Gui** referem não saber o que é a cirurgia cardíaca, enquanto **Edu** afirma saber e descreve as etapas do procedimento a partir de seu conhecimento. Entretanto, todas as

respostas inferem o discernimento de que a cirurgia serve para promover a correção de um defeito congênito no coração, portanto, algo que lhes confere a cura.

**Ju** e **Gui** interpretam o que é uma cirurgia cardíaca e qual a sua finalidade a partir das respostas: “*Serve pra gente ficar bem*” e “*Serve pra me salvar!*”, o que remete a um pensamento superficial e mágico, portanto percebido de forma concreta e palpável. Sendo estas percepções características de sua infância (KOVÁCS, 2007; PIAGET; INHELDER, 1978 apud FERRACIOLO, 1999).

A realização da cirurgia cardíaca naturalmente provoca a mobilização de sentimentos complexos que envolvem diversos medos. Sendo assim, há a necessidade da elaboração de uma resposta adaptativa à situação e que visa tentar conter a ansiedade e a angústia (FIGHERA; VIERO, 2005 apud BROERING; CREPALDI, 2008).

**Ju** relata sobre a cirurgia com expectativas otimistas, como algo que irá reparar o que provoca a sua doença e que possibilitará a sua alta hospitalar. Portanto, a compreensão do procedimento é focada apenas nos seus resultados finais e positivos, utilizando-se da esperança como estratégia de enfrentamento, adaptando-se à situação causadora de estresse, que é a necessidade de realizar a cirurgia (BROERING; CREPALDI, 2008).

Para **Gui**, a cirurgia cardíaca é assimilada como algo extraordinário que irá solucionar todos os problemas que ocasionaram a sua doença. Como relatado por ele, “*Vai mexer lá dentro de mim e consertar tudo!*”, inferindo acerca da expectativa depositada no procedimento de ser o responsável por salvá-lo, tanto da sua doença, quanto da sua hospitalização (GARANHANI; VALLE, 2012; GIANNOTTI, 1996; MIKOWSKI, 2008; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013; PFEIFER, 2015).

A fantasia de **Gui** acerca da mágica do procedimento cirúrgico surge de sua insegurança e medo, e é reflexo de sua compreensão precária: “*Eu nunca fiz isso, como eu vou saber?*”. Portanto, serve para auxiliá-lo a lidar com os sentimentos que emergem no pré-operatório (GARANHANI; VALLE, 2012; MIKOWSKI, 2008; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013; PFEIFER, 2015).

Esta fantasia funciona como um mecanismo de defesa diante da angústia de se deparar com uma realidade amedrontadora, invasiva e desconhecida, exercendo a função de aliviar a sua apreensão, a partir de uma satisfação imaginária de seus desejos, pois ela é



uma composição de seus pensamentos, sentimentos e ideias (GARANHANI; VALLE, 2012; MIKOWSKI, 2008; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013; PFEIFER, 2015).

No caso de **Edu**, ele descreve informações específicas das etapas da cirurgia cardíaca a partir da compreensão das informações que obteve. Portanto, demonstra que o fornecimento de orientações adequadas acerca da cirurgia, favorece a minimização da ansiedade e das angústias diante da situação e devem estar de acordo com a idade e com as características pessoais de cada um (BROERING; CREPALDI, 2008; CHIATTONE, 2003; GIANNOTTI, 1996; MAGALHÃES et al. 2010).

De fato, as cirurgias cardíacas corretivas visam recuperar parcialmente ou totalmente as funções prejudicadas pela má formação congênita, assimilando-se ao conceito de cura, apesar de ela não excluir a necessidade do acompanhamento médico constante ou impedir outras internações e procedimentos futuros (GIANNOTTI, 1996).

Portanto, considera-se que a percepção das crianças acerca deste procedimento é coerente, e apesar das fantasias estarem presentes, todas compreendem os motivos para a realização da cirurgia e qual a sua finalidade.

Entende-se que, as crianças que obtiveram informações esclarecedoras acerca da cirurgia durante a espera no pré-operatório, puderam elaborar o enfrentamento da situação, utilizando como estratégia a esperança pela vida normal e o reestabelecimento de uma rotina fora do ambiente hospitalar para minimizar as suas ansiedades e angústias (GIANNOTTI, 1996).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do resultado deste estudo, compreende-se que a hospitalização para a realização da cirurgia cardíaca provoca a vivência de sentimentos negativos na criança, pois a internação impõe uma ruptura na sua rotina de vida e conseqüentemente no seu desenvolvimento, visto que o hospital é um ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador, que provoca desconforto físico e psicológico, portanto uma experiência indesejada.

A espera no pré-operatório pode envolver um longo tempo de duração (2 ou 3 meses em média) e, portanto intensificar a ansiedade e o estresse, provocando a ambivalência de sentimentos, pois o ambiente que deveria prover a cura gera o sofrimento. Atingindo mais intensamente as crianças que não possuem vivências de internações anteriores.

Enfatiza-se a necessidade de considerar as fases do desenvolvimento infantil como influenciadores dos sentimentos e comportamentos das crianças hospitalizadas no pré-operatório cardíaco, bem como, nos tipos de estratégias de enfrentamento desenvolvidas por elas, compreendendo de que forma elas vivenciam a experiência da hospitalização e da cirurgia cardíaca.

Percebeu-se que, a cirurgia foi concebida como a esperança de cura, e que traz consigo o resgate do ambiente hospitalar. As crianças apresentaram o otimismo de que o procedimento as beneficiariam, e algumas descreviam informações específicas sobre as etapas da cirurgia. Observou-se que essas informações auxiliaram na minimização da ansiedade frente ao procedimento.

Ressalta-se que, as crianças entrevistadas estavam internadas em um hospital de referência na região norte, e recebiam acompanhamento psicológico do serviço de Psicologia da Clínica Pediátrica, além de fazer parte do setor, a Brinquedoteca Hospitalar.

Portanto, uma das atividades da Psicologia neste cenário é a preparação psicológica, que se fundamenta na escuta qualificada, no esclarecimento de procedimentos e na orientação sobre formas de enfrentamento, intervindo de forma que vise facilitar a compreensão da criança da vivência da espera pela cirurgia. Através do estabelecimento de

um vínculo de confiança que possibilite a expressão de seus sentimentos e medos, considerando a sua subjetividade, contexto e necessidades emocionais.

Sendo que esta preparação psicológica também deve ser direcionada aos familiares, pois se compreende que a percepção e a reação destes diante da doença e da cirurgia, irão influenciar diretamente na forma com a qual a criança enfrentará o processo.

A Brinquedoteca Hospitalar objetiva garantir o direito de acesso da criança ao brincar e a sua infância, proporcionando que siga com o seu desenvolvimento natural. Pois as restrições impostas pela hospitalização acabam por provocar a ruptura de sua rotina. Portanto, surge como um importante espaço que favorece a minimização dos aspectos negativos na internação.

A importância da escuta psicológica na hospitalização infantil se dá pela possibilidade de proporcionar a fala destas crianças, ou seja, dar voz a quem muito se expressa mas pouco é ouvida. A comunicação de significados por elas atribuídos e o sentido que dão a sua doença e ao seu tratamento, auxiliando-as no acesso aos seus sentimentos, medos e anseios, facilitando o desenvolvimento de suas próprias possibilidades de ajustamento e de adaptação psicológica.

Ao se identificar e compreender os aspectos emocionais destas crianças e analisar as suas principais causas, é possível também auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com estes pacientes no desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção adequados às demandas emergentes e inerentes à hospitalização pediátrica, possibilitando a promoção de saúde ao influenciar de forma positiva em seu tratamento e, como consequência, no seu prognóstico, promovendo qualidade de vida a estas crianças.

Desta forma, cuidar dos aspectos emocionais das crianças cardiopatas proporciona a elas a vivência da hospitalização com menos sofrimento, validando assim, a busca contínua em prol da Humanização Hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. S. G. **Hospitalização em setores de isolamento nas unidades de pediatria.** 41f. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/6162/1/21030679.pdf>>.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **A Psicologia no Hospital.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ARAGÃO, J. A.; MENDONÇA, M. P.; SILVA, M. S.; MOREIRA, A. N.; ARAGÃO, M. E. C. S.; REIS, F. P. O perfil epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidas à cirurgia do Hospital do Coração. **R. Bras. Ci. Saúde.** Aracaju, V. 17, n. 3, p. 263-268, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/download/13221/9808>>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.

BARROS, L. A. F. **Qualidade de vida em crianças portadoras de cardiopatia congênita.** 88f, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/10966-final.pdf>>.

BASTOS, L. F.; ARAÚJO, T. M.; FROTA, N. M.; CAETANO, J. A. Perfil epidemiológico de crianças com cardiopatias congênitas submetidas à cirurgia cardíaca. **Rev. Enfermagem UFPE.** Recife, v. 7, n. 8, p. 5298-5304, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3226/6983>>.

BATISTA, C. V. M. **Brincriança: a criança enferma e o jogo simbólico**. Estudo de Caso. 251f. 2003. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <[http://www.brinquedotecavirtual.unopar.br/teses/brincrianca\\_a\\_crianca\\_enferma.pdf](http://www.brinquedotecavirtual.unopar.br/teses/brincrianca_a_crianca_enferma.pdf)>.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Revista de Psicologia**. Pouso Alegre, v. 6, n. 2, p. 43-50, jul./dez. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142005000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142005000200006&script=sci_arttext)>.

BERTOLETTI, J. et al., Qualidade de vida e cardiopatia congênita na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 102, n. 2; p.192-198, 2014. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/dss/resources/lil-704609>>.

BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5 ed. São Paulo: Roca, v. 2, 1999.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. In: **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>>.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 15-23, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100003&lng=en&nrm=iso)>.

BONATO, C. A. A. **Estudo das representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização em uma abordagem piagetiana**. 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011. Disponível em: <<http://alexandria.cpd.ufv.br:8000/teses/economia%20domestica/2011/249614f.pdf>>.

BORN, D. Cardiopatia Congênita. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 93, n. 6, p. 130-132, 2009.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.

CANEO, L. F.; JATENE, M. B.; YATSUDA, N.; GOMES, W. J. Uma reflexão sobre o desempenho da cirurgia cardíaca pediátrica no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** São Paulo, v. 27, n. 3, p. 457-462, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382012000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300018)>.

CARVALHO, F. M. F. **A criança submetiva a cateterismo cardíaco: contributo da informação para a parceria de cuidados.** 2001. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem-Pediatria) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2001. Disponível em: <[http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9948/2/3997\\_TM\\_01\\_C.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9948/2/3997_TM_01_C.pdf)>.

CERNACH, M. C. S. P. Genética das Cardiopatias Congênitas. In: CROT, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIO, V. C.; AIELLO, V. D. (org.). **Cardiologia e Cirurgia cardiovascular pediátrica.** São Paulo: Roca, 2008.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a Hospitalização. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A.; CHIATTONE, H. B. C.; MELETI, M. R. (Org.). **A Psicologia no hospital.** 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003, p. 23-99.

CRUZ, S. H. V. (Org.). **A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas.** 1 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CONCEIÇÃO, D. B. et al. A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória. **Revista Brasileira de**

**Anestesiologia**. Florianópolis, v. 54, n. 6, p. 769–733, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n6/v54n6a03.pdf>>.

DE PAULA, N. M.; COSTA, E. Brinquedoteca hospitalar e a importância da higienização dos brinquedos. **Rev. SCIAS Arte/Educação**. Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 51-66, 2014. Disponível em: <[www.uemg.br/openjournal/index.php/SCIAS/article/download/589/pdf](http://www.uemg.br/openjournal/index.php/SCIAS/article/download/589/pdf)>.

DÓREA, A. A.. **Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas**. 130f. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30072010-111538/>>.

DUNKER C. I. L.; PINTO, G. C. P. **Medo**. São Paulo: Duetto, 2010.

FERRACIOLO, L. Aspectos da construção do conhecimento e da aprendizagem na obra de Piaget. **Cad. Cat. Ens. Fís.** Vitória, v. 16, n. 2, p. 180-194, 1999. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/fisica/article/download/6808/6292>>.

FINKEL, L. A. A ausculta e a escuta: reflexões sobre a psicodinâmica da criança cardiopata. **Rev. SOCERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 30-33, 2000. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000\\_01/a2000\\_v13\\_n01\\_art03.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000_01/a2000_v13_n01_art03.pdf)>.

FOSECA, V. **Psicomotricidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

FUNGHETTO, S. S. **O cuidado à criança hospitalizada com câncer**: concepções dos cuidadores. 88f. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4573>>.

GARANHANI, M. L.; VALLE, E. R. M. **O significado da experiência cirúrgica para a criança**. *Ciência Cuidado em Saúde*, v. 11, p. 259-266, 2012.

GIANNOTTI, A. **Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas: Psicologia em instituições médicas.** São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

GIANNOTTI-HALLAGE, A. **Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas sobre o paciente e a família.** 1988. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000125&pid=S1414893201400020000300013&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000125&pid=S1414893201400020000300013&lng=pt)>.

GOMEZ, I. L. V.; QUEIROZ, M. V. O.; BEZERRA, L. L. A. L.; SOUZA, N. P. G. **A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas.** Rev. Cotigare Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 703-709, 2012.

GORAYEB, R. **A prática da psicologia hospitalar.** In: CABALLO, V.E.; MARINHO, M. L. (Orgs.). Psicologia Clínica e da Saúde. p. 263-278. Londrina: UEL, 2001.

GORETTI, A. C. **A Psicomotricidade.** In: CEPAGIA – Centro de Estudo Pesquisa e Atendimento Global da Infância e Adolescência. Disponível em: <[http://www.cepagia.com.br/textos/a\\_psicomotricidade\\_amanda\\_cabral.doc](http://www.cepagia.com.br/textos/a_psicomotricidade_amanda_cabral.doc)>.

ISMAEL, S. M. C. **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** In: \_\_\_\_\_. A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 115-128.

KOVÁCS, M. J. A criança e a morte. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização.** Rio de Janeiro: Wak Ed, 2007, p. 21-25.

MAGALHÃES, F. M.; GUSMAM, D. P.; GRECCA, K. R. R. Preparo psicológico em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. **Ver. Bras. de Terapias Cognitivas.** v. 6, n. 2, p. 144-166. 2010. Disponível em: <[http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=115](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=115)>.



MARTINS-SILVA, M. E. **Efeitos de uma intervenção breve em preparo psicológico pré-cirúrgico na evolução clínica de portadores de cardiopatia.** 2007. 120f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2014/03/Efeitos-de-uma-intervenA3o-breve-em-preparo-psicol%C3%B3gico-pr%C3%A9-cir%C3%BArgico-na-evolu%C3%A7%C3%A3o-cl%C3%ADnicas-de-portadores-de-cardiopatia.pdf>>.

MIKOWSKI, E. M. P. **Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo.** Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2008.

NIGRO, M. **Hospitalização:** o impacto na doença, no adolescente e no psicólogo hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estudos de Psicologia, v. 12, n 2, p. 177-184, 2007.

REDONDEIRO, M. E. F. R. **O cotidiano hospitalar da criança:** constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento. 2003. 246f. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Infancia) – Instituto de Estudos da Criança, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, 2003. Disponível em: <[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Em%C3%ADliaRedondeiro.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Em%C3%ADliaRedondeiro.pdf)>.

ROBBINS, S. L.; CONTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia estrutural e funcional.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES, E. G. **Características psicológicas da criança portadora de cardiopatia congênita no Hospital Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis / SC.** 2006. 44f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro de Educação Biguaçu, Universidade Vale do Itajaí, Biguaçu, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/22.pdf>>.

ROMANO, B. W. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia cardíaca das coronárias. In: STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. (Org.). **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998, p. 257-273.

ROMANO, B. W. **A prática da Psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

\_\_\_\_\_. **Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SACCOL, C. S.; FIGHERA, J.; DORNELES, L. **Hospitalização infantil e educação: caminhos possíveis para a criança doente**. Rev. Vidya, v. 24, n. 42, p. 181-190, 2007.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, M. L.; GARCIA, E.; FARIAS, F. A doença - aspectos psicossociais e culturais – manifestações e significados para a equipe de saúde. In: **Revista Enfoque**. v. 2, n. 18, p. 31-33, 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-10534>>.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SOARES, A. L. M.; MOREIRA, V. **Ser cardiopata: uma condição estigmatizante que causa sofrimento psíquico**. In: II Congresso Internacional De Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro De Psicopatologia Fundamental. Belém. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2006. Disponível em:

<[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii\\_congresso\\_internacional/mesas\\_redondas/ii\\_con\\_ser\\_cardiopata.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con_ser_cardiopata.pdf)>.

SOARES, M. S. **Ambientes digitais Virtuais e Saúde**: alternativa para uma melhor qualidade de vida de crianças hospitalizadas. Dissertação de Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico – Qualitativa**: Construção teórico – epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>.

OIVEIRA, P. M. N.; HELD, P. A.; GRANDE, R. A.; RIBEIRO, M. A.; OBBIO, T. G.; SCHIVINSKI, C. S. Perfil das crianças submetidas à correção de cardiopatia congênita e análise das complicações respiratórias. **Rev. Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p-116-121, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000100017&script=sci_arttext)>.

PFEIFER, P. M. **O papel da fantasia em crianças face ao ato cirúrgico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015. Disponível:<[http://w3.ufsm.br/ppgp/images/O\\_PAPEL\\_DA\\_FANTASIA\\_EM\\_CRIAN%C3%87AS\\_FACE\\_AO\\_ATO\\_CIR%C3%9ARGICO.pdf](http://w3.ufsm.br/ppgp/images/O_PAPEL_DA_FANTASIA_EM_CRIAN%C3%87AS_FACE_AO_ATO_CIR%C3%9ARGICO.pdf)>.

PINTO JÚNIOR, V. C. **Avaliação da política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica**. 2010. 221f. Dissertação (Mestrado profissional em avaliação de políticas públicas) – Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 2010. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc522/1/2010\\_DIS\\_ValdesterCPJUNIOR.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc522/1/2010_DIS_ValdesterCPJUNIOR.pdf)>.

PRUDENCIATTI, S. M.; TAVANO, L. D.; NEME, C. M. B. O Desenho: Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré - cirúrgica. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 276-291, dez. 2013.

VALVERDE, D. L. D. **O suporte psicológico e a criança hospitalizada:** o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares. 2010. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, Bahia, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>>.

WEISS, M. L. L. **Psicopedagogia Clínica:** uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar. Rio de Janeiro, DP&A, 2003.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** A CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E A CIRURGIA CARDÍACA: ASPECTOS EMOCIONAIS NO PRÉ-OPERATÓRIO.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa citada acima como parte da monografia de pós-graduação em Atenção à Saúde Cardiovascular pela UEPA. Sendo a sua autorização necessária para a participação da criança.

Esta pesquisa será realizada pela Psicóloga Camila Fernandes de Brito, orientada pela Psicóloga Tatiana Carvalho Montalvão. Você poderá ter acesso a estas profissionais a qualquer momento deste estudo para esclarecimento de qualquer dúvida, nossos dados para contato se encontram no final deste documento.

O objetivo deste estudo é conhecer os aspectos emocionais das crianças cardiopatas frente à realização da cirurgia cardíaca, investigar a compreensão que ela possui acerca deste procedimento, suas expectativas e seus sentimentos relacionados.

Caso você participe, será realizada uma entrevista primeiramente com você sobre a criança e a internação dela, e depois outra entrevista individual com a criança sobre a internação e a realização da cirurgia cardíaca.

Estas entrevistas serão previamente agendadas de acordo com a sua disponibilidade e a da criança, e irão ocorrer dentro deste hospital, na Clínica Pediátrica em que vocês se encontram. As entrevistas serão gravadas em áudio para a realização de uma transcrição mais fidedigna, ou seja, mais fiel aos relatos de vocês, e serão deletadas logo após serem transcritas.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento e no da criança. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome e o da criança pela

qual você é responsável não aparecerão em qualquer momento do estudo. Somente serão divulgados os dados relevantes aos objetivos da pesquisa citados neste documento.

Não será realizado nenhum procedimento que objetive trazer riscos à saúde de vocês. No caso deste assunto trazer algum desconforto emocional, as entrevistas poderão ser adiadas ou encerradas, e será ofertado o atendimento psicológico imediato, bem como, encaminhamentos que forem necessários ou solicitados. Vocês podem desistir a qualquer momento de participar deste estudo.

Esta pesquisa irá contribuir cientificamente com a Psicologia Hospitalar e Infantil, e poderá trazer benefícios aos participantes, ao possibilitar a expressão das dúvidas e os sentimentos da criança cardiopata acerca da situação em que se encontra, bem com compreender como está sendo a sua hospitalização e a sua espera pela realização da cirurgia cardíaca através de seus próprios relatos.

Os dados obtidos neste estudo serão utilizados na elaboração da Monografia de especialização em Atenção à Saúde Cardiovascular e submetidos à banca de examinadores para aprovação final. Os resultados finais serão submetidos em Congressos de Psicologia, Revistas Científicas, Jornadas de Estudos, entre outros.

Para notificação de qualquer situação de anormalidade que não puder ser resolvida pelos pesquisadores poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas Gaspar Vianna pelo telefone 4005-2676, endereço Tv. Alferes Costa, s/n, 1º andar.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li e ouvi o esclarecimento sobre o projeto e compreendi para que serve o estudo, e qual procedimento a criança pela qual estou responsável será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará seu tratamento. Sei que seu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Diante desse entendimento eu concordo em participar do estudo e autorizo a criança: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ impúbere, nascido(a) ...../...../....., a participar do estudo, na qualidade de voluntária.

Belém, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) voluntário(a) e responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

*Camila Fernandes de Brito*  
*Psicóloga – CRP: 10ª/04123*  
*Telefone: (91) 982274478*  
*E-mail: camilafdb@hotmail.com*

\_\_\_\_\_  
Orientadora da pesquisa

*Tatiana Carvalho de Montalvão*  
*Psicóloga – CRP: 10ª/02175*  
*Telefone: (91) 991442605*  
*E-mail: tatimont@ig.com.br*



## APÊNDICE II

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (PARA A CRIANÇA)

**TÍTULO DA PESQUISA:** A CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA E A CIRURGIA CARDÍACA: ASPECTOS EMOCIONAIS NO PRÉ-OPERATÓRIO.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa citada acima. Seu responsável (mãe/pai/cuidador) sabe desta pesquisa e já permitiu que você participe. Esta pesquisa será realizada por mim, Camila Fernandes de Brito (psicóloga), juntamente com Tatiana Montalvão (psicóloga).

Esta tem como objetivo conversar com você sobre o que você faz aqui no hospital, como você se sente e o que você entende sobre a cirurgia cardíaca, quero saber como está sendo este momento para você. Caso você aceite participar, irei realizar uma entrevista com você, lhe farei perguntas sobre esses assuntos.

Nosso encontro será aqui no hospital neste mesmo andar, e será realizado quando você quiser e puder, sem atrapalhar as suas atividades e o seu tratamento. Eu irei gravar a sua entrevista apenas para escrevê-las depois, e irei apagá-las, mais ninguém poderá escutar a nossa conversa.

Só as suas respostas sobre como você se sente e o que pensa sobre a realização da sua cirurgia estarão no meu trabalho, o seu nome não irá aparecer, e outros assuntos que você queira falar, também não irão aparecer. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram.

Você pode parar a nossa entrevista quando quiser, e também pode decidir não participar mais, a sua participação é escolha sua.

Esta pesquisa poderá trazer coisas boas, como possibilitar que você fale como se sente aqui no hospital e em relação a sua cirurgia, também ajudará os profissionais que trabalham aqui a entender a suas dúvidas e esclarecê-las. Caso você se sinta mal, vamos lhe oferecer o cuidado necessário para ajudar você a se sentir melhor.

Quando terminarmos a pesquisa nós mostraremos para as pessoas interessadas neste tema. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar, eu escrevi os nossos telefones na parte de baixo deste texto.

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Entendi o que vai acontecer durante esse estudo, sei que posso dizer “sim” ou “não” para participar, e que a qualquer momento posso desistir caso não queira mais, sem que haja nenhum problema para mim. A pesquisadora tirou as minhas dúvidas e conversou com o meu responsável (mãe/pai/cuidador), e que eles me deixaram participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e ele foi lido para mim. E caso eu não saiba escrever meu nome, meu responsável irá assinar para mim.

Eu, \_\_\_\_\_, idade: \_\_\_\_\_,  
aceito participar desta pesquisa.

Belém, ..... / ..... / .....

\_\_\_\_\_  
Assinatura da criança

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável  
*Camila Fernandes de Brito*  
Psicóloga – CRP: 10ª/04123  
Telefone: (91) 982274478

\_\_\_\_\_  
Orientadora da pesquisa  
*Tatiana Montalvão*  
Psicóloga – CRP: 10ª/02175  
Telefone: (91) 991442605

**APÊNDICE III**  
**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA A CRIANÇA**  
**ROTEIRO**

1. Você sabe o que você veio fazer aqui no hospital?
2. Como você se sente estando aqui?
3. Você sabe o que é uma cirurgia? E para quê serve?

**APÊNDICE IV**  
**ROTEIRO DE ANAMNESE (MÃE/PAI/CUIDADOR)**

- Nome da criança: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
- Nome do responsável (mãe/pai/cuidador): \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_ Com quem mora: \_\_\_\_\_
- Motivo da internação da criança: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Possui algum outro diagnóstico? Histórico de doenças: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- A criança já esteve internada antes? Como ela se comportou? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Já realizou algum procedimento cirúrgico antes? Qual? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- A criança está ciente que irá realizar a cirurgia cardíaca? ( ) SIM / ( ) NÃO
- Como está sendo a reação dela? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Você percebe alguma alteração de humor/comportamento? Qual?

---

---