

Projeto saúde mental brincando em família: caracterizando sociodemograficamente crianças cardiopatas hospitalizadas e familiares

Mental health project toying in family: sociodemographic characterization of hospitalized cardiopathy children and of relatives

Proyecto salud mental jugando en familia: caracterización sociodemográfica de niños cardiopatas hospitalizados y de familiares

Rodrigues, Everaldo Santana¹; Dejo, Vânia Nora Bustamante²; Santos, Leticia Marques³; Santos, Darci Neves⁴; Cortes, Helena Moraes⁵

Como citar este artigo: Rodrigues ES, Dejo VNB, Santos LM, Santos DN, Cortes HM. Projeto saúde mental brincando em família: caracterizando sociodemograficamente crianças cardiopatas hospitalizadas e familiares. J nurs health. 2018;8(3):e188309

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e de morbidade da clientela assistida, bem como os fatores associados com a qualidade do atendimento psicológico realizado entre janeiro e dezembro de 2013. **Métodos:** trata-se de um estudo exploratório, com 357 crianças e seus familiares, no Hospital Ana Nery em Salvador, Bahia, Brasil. **Resultados:** a maioria das crianças era do sexo masculino, pardas ou negras e com idade média de cinco anos. Verificou-se que aspectos relativos aos familiares, assim como o local onde ocorreram as sessões, influenciaram na qualidade das interações estabelecidas entre familiares e acolhedores do projeto. **Conclusões:** essa forma de cuidar demonstra a importância de incluir aspectos psicossociais capazes de ampliar as estratégias de cuidado para além do enfoque clínico, contribuindo para promoção e reabilitação em saúde mental.

Descritores: Saúde mental; Hospitalização; Cardiopatias; Criança.

ABSTRACT

Objective: characterize the sociodemographic and morbidity profile of the assisted clientele as well as the factors associated with the quality of psychological care performed between January and December 2013. **Methods:** we conducted an exploratory study with 357 children and their families at the Ana Nery Hospital in Salvador, Bahia, Brazil. **Results:** we observed that them a majority of children were male, mixed race or black, and the average age was five years old. Family related

1 Bacharel em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). E-mail: everufba@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0002-5388-5493>

2 Psicóloga. Doutora em Psicologia. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: vaniabus@yahoo.com <http://orcid.org/0000-0002-6736-041X>.

3 Psicóloga. Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: marquesleticia@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0001-5963-2166>

4 Médica Psiquiatra. Doutora em Epidemiologia Psiquiátrica. Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: darci@ufba.br <http://orcid.org/0000-0003-1500-8294>

5 Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). E-mail: helenamoraescortes@gmail.com <http://orcid.org/0000-0001-8538-8400>

aspects and the location in which these sessions took place influenced the quality of interactions established between family members and Play Therapists. **Conclusions:** this way of caring demonstrates the importance of incorporating psycho-social aspects to extend care strategies beyond the clinical focus, contributing to the promotion and rehabilitation in mental health.

Descriptors: Mental health; Hospitalization; Heart diseases; Child.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la clientela asistida, así como los factores asociados con la calidad de la atención psicológica realizada entre enero y diciembre de 2013. **Métodos:** se trata de un estudio exploratorio, con 357 niños y sus familiares, en el Hospital Ana Nery en Salvador, Bahia, Brasil. **Resultados:** se observó que la mayoría de los niños era del sexo masculino, pardas o negras y con edad media de cinco años. Se verificó que aspectos relativos a los familiares, así como el lugar donde ocurrieron las sesiones, influenciaron en la calidad de las interacciones establecidas entre familiares y acogedores del proyecto. **Conclusiones:** esta forma de cuidar de muestra la importancia de incluir aspectos psicosociales capaces de ampliar las estrategias de cuidado más allá del enfoque clínico, contribuyendo a la promoción y rehabilitación en salud mental.

Descriptores: Salud mental; Hospitalización; Cardiopatías; Niño.

INTRODUÇÃO

As cardiopatias congênitas graves estão entre os principais processos de adoecimento, com consequências importantes para crianças, adolescentes e familiares. São responsáveis por tratamentos prolongados, internações e quando não diagnosticadas e tratada precocemente, podem levar rapidamente a morte.¹ Os problemas congênitos do coração são definidos como alterações de conformação deste órgão ou dos vasos sanguíneos formados durante a vida fetal. As malformações envolvem artérias, válvulas, coronárias e grandes vasos do coração, anomalias classificadas como simples ou complexas.²

Processos patológicos dessa natureza constituem a segunda principal causa de morte entre crianças e adolescentes. Somente nos Estados Unidos, estima-se que 875 crianças com cardiopatias congênitas não sindrômicas serão detectadas,

anualmente, na triagem enquanto recém-nascidas.² No Brasil, a prevalência de cardiopatia congênita é de aproximadamente 5,5: 1.000 nascidos vivos. Um estudo realizado em uma maternidade referência na cidade de Salvador-BA, encontrou 5,98% de cardiopatia no universo de 2.592 recém-nascidos.³

Muitas vezes as cardiopatias causam sofrimento físico e psicológico tanto pelas manifestações clínicas da doença, quanto por despertar sentimentos de medo, angústia e ansiedade que modificam de forma indesejável a rotina dos indivíduos em condições de adoecimento, assim como dos respectivos familiares.⁴⁻⁵ Além disso, muitas vezes as crianças deixam de frequentar a escola e de brincar, não se relacionam com amigos, e privam-se de atividades relevantes nesta importante fase do desenvolvimento. Os familiares, por sua vez, além de administrar demandas

do lar e do trabalho, precisam gerenciar os cuidados domiciliares e hospitalares da criança enferma.⁵

A necessidade de hospitalização de uma criança cardiopata é frequente, o que pode se caracterizar como uma experiência traumática por afastá-la do ambiente familiar e submetê-la ao convívio de estranhos e a procedimentos médicos invasivos. O hospital é tido como um ambiente de sofrimento e dor, o que repercute negativamente na saúde mental da criança e conseqüentemente no seu processo de recuperação.⁵

Dessa forma, o suporte adequado durante o tratamento hospitalar pode minimizar ou evitar prejuízos imediatos ou de longo prazo decorrentes dessa experiência de adoecimento. Uma das possibilidades de instrumentos utilizados no contexto hospitalar com esta finalidade é o brincar ou o brinquedo terapêutico.⁶

O brincar durante o processo de hospitalização possibilita que os indivíduos passem pela experiência de adoecimento de forma menos traumática, uma vez que as atividades lúdicas e interativas oferecem momentos de descontração e permitem que as crianças expressem suas vivências.⁷⁻⁸

Considera-se o brincar no contexto hospitalar como uma ferramenta importante para o desenvolvimento infantil, bem como um mecanismo que facilita a compreensão dos familiares e profissionais de saúde sobre as necessidades não verbalizadas pelas crianças.⁸ Desta forma, torna o cuidado hospitalar mais humanizado por

favorecer o respeito à dignidade das famílias, considerar suas necessidades, valores, crenças e princípios morais. Além de oferecer suporte para o alívio da dor e do sofrimento infantil, proporcionando ambientes e condições favoráveis a manutenção e melhoria da assistência de sua saúde.⁹

Alguns fatores podem influenciar nessa interação, como as relações interpessoais e a comunicação. A relação entre profissionais, pacientes e acompanhantes mantidas sob uma perspectiva objetiva e técnica dificulta o contato interpessoal e, portanto, o estabelecimento de vínculos de confiança. Por isso, relações pautadas na empatia e que considerem subjetividade do sujeito devem ser priorizadas. O processo de comunicação também deve ser considerado nesse contexto, pois a orientação ao familiar e a criança hospitalizada, através de um diálogo informativo e harmonioso sobre a conduta terapêutica proporciona mais conforto a esses indivíduos, bem como auxilia na melhor adesão ao tratamento.¹⁰

Pouco se conhece sobre as repercussões emocionais, tanto nas crianças como no familiar, do enfrentamento do processo de adoecimento decorrente das cardiopatias. São também escassas experiências de abordagem terapêutica orientada por um esforço de integração do cuidado somático e psíquico para crianças e adolescentes no contexto hospitalar.¹¹

Nesse sentido, foi implantado no setor de cardiologia pediátrica do Hospital Ana Nery em Salvador uma estratégia de atenção psicossocial

denominada “Projeto Saúde Mental Brincando em Família”, tendo como proposta oferecer um espaço terapêutico utilizando o “brincar” como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, além de ser um instrumento facilitador na abordagem psicológica da criança e familiares no enfrentamento da cardiopatia infantil.

Diante disso, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e de morbidade da clientela assistida pelo Projeto Saúde Mental Brincando em Família, bem como os fatores associados com a qualidade do atendimento psicológico realizado entre janeiro e dezembro de 2013.

Nessa perspectiva, a análise dos dados referentes às crianças e adolescentes acompanhados pelo Projeto Saúde Mental Brincando em Família, nos permitiram conhecer as condições sociais dos usuários, os aspectos psicossociais que envolviam o contexto familiar, bem como a influência desses fatores e do atendimento psicológico prestado nos moldes apresentados, no que se refere ao enfrentamento do processo de hospitalização e suas repercussões emocionais nas crianças e seus familiares.

Entende-se que as experiências de assistência em saúde devem ser monitoradas, principalmente no contexto público de atenção à saúde, fazendo-se necessário o registro de dados relativos aos usuários, como a caracterização dos procedimentos de cuidado, no intuito de fornecer subsídios, os quais possibilitem o monitoramento, o acompanhamento e

a avaliação de serviços e tecnologias aplicadas a esta população específica.

Esta pesquisa emerge da necessidade de se mensurar a qualidade da interação profissional de saúde (“acolhedor”) e usuários (crianças cardiopatas hospitalizadas e seus familiares), todavia a literatura não apontou nenhuma escala que se preste a tal medida. Neste sentido, este estudo se propôs a medir a qualidade da interação por meio de uma escala construída para tal.

Sugere-se ainda, que a experiência da clínica da atenção psicossocial em ambiente hospitalar, desvelada pelo Projeto Saúde Mental Brincando em Família, que repercutiu na criação da escala que propor-se a mensurar a qualidade da interação entre profissionais de saúde e usuários, possa ser replicada em outros espaços terapêuticos; uma vez que a qualidade da interação entre profissional e crianças hospitalizadas/familiares configurou-se como um marcador significativo no cuidado em saúde mental prestado a esta população.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório transversal, baseado em dados de prontuários médicos e fichas de registro dos participantes das sessões semanais, oferecidas pelo Projeto Saúde Mental Brincando em Família no seu primeiro ano de implantação.

A amostra foi constituída por 357 crianças e seus respectivos familiares em realização de tratamento cardiológico no Hospital Ana Nery,

entre janeiro e dezembro de 2013. Foram incluídos no estudo os participantes do projeto, cuja ficha do primeiro atendimento foi preenchida, e cujos prontuários médicos foram vistos para obter informação sobre diagnóstico e procedimentos hospitalares.

Dados de identificação, sociodemográficos, econômicos e de avaliação da equipe de psicologia sobre o atendimento realizado foram coletados a partir das fichas de acompanhamento, preenchidas durante as sessões por um dos membros da equipe. A coleta dos dados clínico-cirúrgicos das crianças atendidas no ambulatório foi realizada em prontuários médicos localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital. Os dados daqueles que participaram das sessões na enfermaria foram coletados no Sistema de Informação Eletrônico (SMART) do hospital. Ao início de cada mês, realizava-se a coleta de dados referente aos atendimentos do projeto no mês anterior, sendo a primeira coleta realizada em fevereiro de 2013 e, a última em dezembro de 2013.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. A ficha de primeiro atendimento psicológico desenvolvida pela equipe de psicologia do projeto; e uma segunda ficha foi elaborada por um graduando em saúde coletiva para coleta de dados em prontuário. O instrumento de avaliação do atendimento psicológico foi construído em formato de questionário com itens para identificação da criança, características sociodemográficas das famílias e registro quantitativo da

natureza do atendimento, conforme avaliação do acolhedor responsável. O segundo instrumento buscou identificar aspectos da história e curso da doença, através coleta de dados clínico-cirúrgicos no prontuário médico das crianças e adolescentes. Constituiu-se um banco de dados com as seguintes variáveis: a) características sociodemográficas e situação clínica da criança: sexo, raça/cor, faixa etária, nível educacional e procedência, diagnóstico de cardiopatia, nefropatia, transtornos do desenvolvimento; b) aspectos familiares: com quem vive a criança, acompanhante da criança na trajetória hospitalar, presença paterna na vida da criança; c) aspectos do atendimento psicossocial: local de realização da sessão, três modalidades de interação estabelecida pelo acolhedor: 1) acolhedor e criança, 2) acolhedor e familiar, 3) acolhedor, criança e familiar simultaneamente.

A qualidade de cada interação estabelecida, foi aferida pela percepção do acolhedor empregando uma escala numérica de 1 a 3, cujos valores correspondiam respectivamente, as classificações insatisfatória, regular e satisfatória. Os critérios utilizados para atribuir tais pontuações incluíram: envolvimento, interesse e participação da criança e do familiar. Não foram encontrados na literatura instrumentos de mensuração para qualidade das interações entre profissionais de saúde e usuários em contexto hospitalar ou em outros espaços terapêuticos de saúde, que fossem compatíveis com o modelo de intervenção proposto pelo Projeto Saúde Mental Brincando em Família.

Desta forma, a escala utilizada foi construída.

Assim obteve-se uma medida para classificar o atendimento a partir da qualidade percebida pelo acolhedor no seu contato individual com a criança, com o familiar, e com a criança e o familiar simultaneamente. Quando apenas a criança ou o familiar individualmente frequentou a atividade, utilizou-se a mesma escala de notas para registrar a qualidade da interação estabelecida.

Para cada criança atendida, somaram-se as notas obtidas em cada modalidade de interação, obtendo-se uma pontuação global que variou entre 1 e 9 pontos. Considerando os critérios de observação do acolhedor, classificou-se como qualidade de interação insatisfatória os escores globais de 1 até 3 pontos, regular entre 4 e 6 pontos e satisfatória entre 7 e 9 pontos. Na etapa de associação das variáveis definiu-se que o conjunto de atendimentos classificados como regular e insatisfatório constituiriam uma só categoria, em contraste com a categoria satisfatório.

Os resultados da análise estatística foram expressos por frequências e médias. Para examinar relações entre variáveis sociodemográficas e aspectos familiares com a qualidade do atendimento realizado, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Person com valores de $p < 0,05$ indicando existência de associação estatisticamente significativa. A construção do banco de dados utilizou o programa Epidata e as análises foram feitas pelo programa *Data Analysis and Statistical Software (Stata)*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, com o número de registro: 20140813.4.0000.5030.

RESULTADOS

No período estudado, 357 crianças e adolescentes foram atendidos pelo projeto. Deste total, 51,5% eram do sexo masculino, 61,7% tinham entre 0 e 6 anos e 38,3% entre 7 e 19 anos. A maioria era de cor de pele parda e preta (61,6%), predominantemente procedentes do interior da Bahia (72%), frequentavam a escola, sendo que a maior parcela cursava o ensino fundamental (35,8%). A maioria dos sujeitos atendidos era portadora de cardiopatia (94,7%), embora o projeto tivesse recebido uma parcela mínima de nefropatas (3,9%), assim como crianças que acompanhavam outros pacientes.

Identificaram-se 48 crianças (11,3%) com diagnósticos secundários de transtornos do desenvolvimento como síndrome de Down, Noonan e autismo. Entre os diagnósticos cardiológicos, os mais frequentes foram comunicação inter-atrial, comunicação inter-ventricular e insuficiência cardíaca congestiva. (dados não mostrados em tabela). Observou-se que 83,2% estavam acompanhadas pela mãe, 8,8% pelo pai e 8% por outros familiares. Identificou-se que 72,4% residia com ambos os pais.

Observou-se que não há diferenças na avaliação da qualidade da interação de acordo com o sexo do

participante ou sua faixa etária. Tanto meninos como meninas apresentaram percentual de interação satisfatória acima de 50%, acontecendo o mesmo em relação as faixas etárias de 0 a 6 e 7 a 19 anos.

Ao avaliar a qualidade da interação entre cuidador-criança, acolhedor-criança e cuidador-acolhedor-criança durante o atendimento, observou-se um predomínio da classificação satisfatória, sendo 61% para a modalidade acolhedor-criança, 58,6% para acolhedor-familiar, e 53,9% para a modalidade acolhedor-criança-familiar. A mesma tendência foi observada na avaliação global do atendimento, onde registrou-se 67,5% de classificação satisfatória (Tabela 1).

Embora a avaliação global da qualidade dos atendimentos ultrapasse 50% de classificação satisfatória, independentemente do local onde se

realizou a acolhida de crianças e familiares, a atribuição satisfatória atingiu 81,8% quando o atendimento ocorreu no espaço da brinquedoteca para as crianças internadas, comparado com 59,8% para as sessões realizadas no ambulatório, durante a espera da consulta médica ($p=0,00$) (Tabela 2).

Não houve diferenças na avaliação da interação entre crianças que conviviam com ambos os pais (68,5%) em comparação com aquelas que conviviam com apenas um dos genitores ou outro familiar (64,3%). Por outro lado, o grau de satisfação global da interação obtida variou conforme o acompanhante da criança na trajetória hospitalar. Encontrou-se 69,7% de classificação satisfatória para aqueles acompanhados por pai ou mãe e 50% quando por outro parente, diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$) (Tabela 3).

Tabela 1: Modalidades de interação entre acolhedor, criança e familiar. Projeto brincando em família do Hospital Ana Nery, Salvador (BA), 2013.

Interações Estabelecidas	N	%
Interação acolhedor-criança		
Insatisfatória	135	39,0
Satisfatória	211	61,0
Interação acolhedor-familiar		
Insatisfatória	143	41,4
Satisfatória	202	58,6
Interação acolhedor-criança-familiar		
Insatisfatória	159	46,1
Satisfatória	186	53,9
Classificação global do atendimento		
Insatisfatória	112	32,5
Satisfatória	233	67,5

*Apresentação dos dados válidos

Tabela 2: Local de atendimento e qualidade global dos atendimentos realizados pelo Projeto Brincando em Família no Hospital Ana Nary, Salvador (BA), 2013.

Local de atendimento	Qualidade Global do Atendimento						Valor de p
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		
	N	%	N	%	N	%	
							0,000
Ambulatório	90	40,2	134	59,8	224	100,0	
Enfermaria	22	18,2	99	81,8	121	100,0	

*Apresentação dos dados válidos

Tabela 3: Aspectos familiares e qualidade global da intervenção estabelecida no atendimento das crianças e familiares pelo Projeto de Saúde Mental Brincando em Família no Hospital Ana Nery, Salvador (BA), 2013.

Aspectos familiares	Qualidade Global do Atendimento						Valor de p
	Insatisfatório		Satisfatório		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Criança convive com							0,561
Ambos os pais	78	31,5	170	68,5	248	100,0	
Apenas pai, mãe ou outro familiar	33	34,7	62	64,3	95	100,0	
Acompanhante hospitalar							0,038
Pai ou mãe	92	30,3	212	69,7	304	100,0	
Ouro parentesco	13	50,0	13	50,0	26	100,0	

*Apresentação dos dados válidos

Examinando os aspectos familiares, observou-se que participantes convivendo com ambos os pais, alcançaram percentuais de satisfação mais elevados, nas modalidades de interação acolhedor-criança (61%) acolhedor-familiar (59%) e acolhedor-criança-familiar (57,4%). Porém, conviver com apenas um dos pais ou outro familiar demonstrou menor percentual de atribuição satisfatória para a modalidade de

interação acolhedor-criança-familiar (44,7%) ($p=0,35$). Crianças acompanhadas pelos próprios pais, tiveram percentuais de classificação satisfatória acima de 50% em cada modalidade de atendimento, enquanto aquelas que se fizeram acompanhar por outro parente, tiveram a qualidade da interação comprometida na modalidade acolhedor-criança-familiar com apenas 38% de classificação satisfatória ($p=0,08$) (Tabela 4).

Tabela 4: Aspectos familiares e qualidade da interação entre acolhedor, criança e familiar durante os atendimentos realizados pelo Projeto de Saúde Mental Brincando em Família no Hospital Ana Nery, Salvador (BA), 2013.

Aspectos Familiares	Qualidade da interação acolhedor-criança			Qualidade da interação acolhedor-familiar			Qualidade da interação acolhedor-criança-familiar		
	Insatisfatória	Satisfatória	Valor de p	Insatisfatória	Satisfatória	Valor de p	Insatisfatória	Satisfatória	Valor de p
Criança convive com	%	%		%	%		%	%	
Ambos os pais	38,8	61,2		41,0	59,0		42,6	57,4	
Apenas pai, mãe ou outro familiar	3,4	60,6	0,92	42,6	57,4	0,79	55,3	44,7	0,35
Acompanhante									
Pai ou mãe	37,9	62,1	0,40	40,3	59,7	0,33	43,9	56,1	0,08
Outro parente	46,2	53,8		50,0	50,0		61,5	38,5	

*Apresentação dos dados válidos

DISCUSSÃO

Aspectos da dinâmica de trabalho do Projeto Saúde Mental Brincando em Família foram apreendidos a partir de três modalidades de interação, entre acolhedores, crianças e seus familiares em um espaço terapêutico hospitalar. Foi possível quantificar estas interações e identificar aspectos sociodemográficos e familiares dos participantes, relacionados com a qualidade dessas interações.

Observou-se que sexo e idade das crianças não interferiram na qualidade das interações estabelecidas. A avaliação realizada pelos acolhedores demonstrou que os meninos, meninas e familiares responderam positivamente, em cada modalidade de interação quanto ao envolvimento, interesse e participação nas sessões. O mesmo aconteceu para ambos os grupos de 0 a 6 anos e 7 a 19 anos.

A maioria das crianças em tratamento cardiológico estavam ainda na primeira infância (45,7%) e apenas 5,4% não convive com pai e mãe, mas sim com outro parente. A ausência de convivência com pai e mãe e, não ter um dos dois como acompanhante no tratamento hospitalar, contribuíram para redução de níveis satisfatórios de interação com percentuais abaixo de 50%. A modalidade de interação simultânea entre acolhedor, criança e familiar, foi a mais atingida; com 44,7% de classificação satisfatória para crianças sem convivência com ambos os pais, diminuindo este nível satisfatório para 38,5%, quando o acompanhante no tratamento hospitalar era alguém diferente de pai ou mãe.

O interesse dos acompanhantes no cuidado dos pacientes hospitalizados está intimamente relacionado com os laços emocionais

estabelecido entre ambos.¹² Desse modo, supõe-se que a ligação entre pais e filhos e sua presença nas sessões, teria sido fator determinante para que as interações fossem melhor sucedidas, em relação aquelas em que os participantes estiveram acompanhados por outro tipo de familiar.

O brincar terapêutico também potencializa a interação entre as crianças hospitalizadas, assim como com outras pessoas resultando na construção e fortalecimento de vínculos afetivos e de segurança.⁸ A manutenção destes vínculos entre crianças e familiares é importante para o fortalecimento da capacidade de enfrentamento infantil, uma vez assegurando que a ansiedade e medos advindos da hospitalização sejam amenizados devido sentimento de amparo e confiança.¹³

A qualidade das interações acolhedor-criança, acolhedor-familiar, acolhedor-criança-familiar e a pontuação global foi majoritariamente satisfatória para aqueles que conviviam com ambos os pais. Já nas famílias de configuração monoparental, a interação acolhedor-criança-familiar mostrou-se insatisfatória.

Nas famílias monoparentais, o cuidador assume sozinho toda responsabilidade familiar e precisa conciliar sustento econômico, vida social, tarefas domésticas e criação dos filhos.¹⁴ Portanto, a sobrecarga diária e o desgaste da rotina hospitalar podem ter repercutido para qualidade insatisfatória de sua interação com a criança e acolhedor simultaneamente.

Em relação aos atendimentos realizados no ambulatório, estes assim como os que ocorreram na enfermaria foram bem avaliados, considerando a pontuação global de cada atendimento. Contudo, o segundo espaço apresenta percentuais bem mais elevados de satisfação e menores de insatisfação, em relação ao primeiro. Essa diferença sugere que na enfermaria, as interações foram ainda melhores que no ambulatório.

Apesar do interesse das crianças por brincar enquanto esperavam pela consulta no ambulatório, as sessões acabavam sendo breves e interrompidas, devido a entrada no consultório médico. Além disso, o tamanho reduzido do espaço físico da sala de espera e o elevado número de crianças participantes, podem ter repercutido nos atendimentos realizados naquele espaço.

Espaços coletivos como as brinquedotecas e as salas de recreação permitem que a criança hospitalizada manifeste a sua subjetividade de forma mais livre, interagindo com as outras crianças de forma a estabelecer relações próprias do ser infantil, contrapondo-se ao que as duras rotinas hospitalares possam lhes impor.¹⁵

Na perspectiva da assistência pediátrica, um estudo italiano aponta que, tanto a “Política Nacional de Humanização” no Brasil, quanto o modelo de “Cuidados Centrados na Família e no Paciente” nos Estados Unidos, e o modelo europeu denominado “Cuidado Amigo da Criança”, convergem no sentido de que o ambiente de cuidado precisa ser capaz de suprir ao máximo as necessidades da criança e da família,

minimizando o trauma e o sofrimento que a doença possa impor.¹⁶

Na enfermagem os processos aconteciam de forma mais contínua, pela permanência das crianças no hospital. Os encontros constantes nos leitos e na brinquedoteca, entre profissionais e crianças / familiares, possibilitaram a manutenção de um vínculo mais duradouro e interações mais satisfatórias entre os acolhedores e os participantes.

Os vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde são importantes, pois eles oferecem uma escuta sensível e constroem, junto a família, formas amenizadoras do sofrimento das crianças, assim como acolhem cuidadores que se sentem culpados e impotentes frente ao adoecimento dos filhos. Estas atitudes aumentam as possibilidades de superação das consequências do adoecimento infantil.¹⁷

O modo de atenção psicossocial, advoga um jeito diferente de se “fazer saúde mental”, seja nos serviços de base comunitária ou no hospital geral. Esta aproximação entre profissional e usuário precisa ser pautada na horizontalidade relacional, na construção de vínculos, empregando o acolhimento e o afeto como potentes recursos terapêuticos, e desta forma, minimizar possíveis distâncias na relação de cuidado.¹⁸

No ambiente hospitalar, o profissional além da competência técnica, precisa integrar sensibilidade ao cuidado ofertado. Estar atento e transmitir segurança diante de atitudes que representem sofrimento como nervosismo, choro, gritos ou

perda de fôlego, torna a criança mais calma e confiante no profissional. O cuidado pautado na relação de confiança e disponibilidade auxilia na expressão de sentimentos dos pacientes e, minimiza o desconforto psicológico causado pela hospitalização, portanto otimiza as respostas aos tratamentos, assim como favorece a recuperação e reintegração social desses indivíduos.¹⁹

CONCLUSÕES

Entende-se que o espaço físico e rotina dos locais onde ocorrem as “sessões de cuidado em saúde mental” à criança hospitalizada e seus familiares, assim como os aspectos da dinâmica familiar podem ser fatores que influenciem na qualidade das interações estabelecidas nos atendimentos a serem realizados.

Assinala-se como limites deste estudo, as eventuais imprecisões sobre dados sociodemográficos e aspectos familiares levantados. O preenchimento das fichas no primeiro comparecimento, exigia dos acolhedores uma divisão de tarefas no espaço de realização do atendimento. Portanto, a oscilação da dinâmica de atendimento grupal, poderia interferir no registro de informações dos participantes. Destaca-se ainda que, as pontuações atribuídas a cada modalidade de atendimento, bem como o ponto de corte para os scores de avaliação geral do atendimento, basearam-se unicamente na percepção dos acolhedores.

Entende-se que modelos de atenção na perspectiva apresentada, pautados no modo de fazer da atenção psicossocial, procuram ampliar o

cuidado, neste caso o da criança cardiopata hospitalizada e seus familiares, proporcionando ações que promovam saúde mental e qualidade de vida no curso da internação hospitalar.

O Projeto Saúde Mental Brincando em Família, ao trabalhar na perspectiva do modo de atenção psicossocial, demonstra a importância de se ampliar as estratégias de cuidado para além do enfoque clínico, exclusivamente. O esforço para o fortalecimento do vínculo entre crianças e cuidadores, num momento de enfrentamento físico e emocional, podem contribuir significativamente para promoção e reabilitação da saúde mental desses indivíduos.

Os achados sugerem ainda, maior investimento em possibilidades de interação entre acolhedores, criança e respectivos acompanhantes, no contexto da internação hospitalar, principalmente se estes forem outro parente da criança, ou invariavelmente apenas um dos pais.

REFERÊNCIAS

- 1 Lantin HMR, Berger S, Bhatt AB, Richerson JE, Morrow R, Freed MD et al. The care of children with congenital heart disease in their primary medical home. *Pediatrics* [Internet]. 2017[cited 2018 Nov 19];5(140):2017-607. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/140/5/e20172607>
- 2 Ailes EC, Gilboa SM, Honein MA, Oster ME. Estimated number of infants detected and missed by critical congenital heart defect screening. *Pediatrics* [Internet]. 2015[cited 2018 Nov 19];6(135):2014-3662. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/1000>
- 3 Silva MA. Estudo das características clínicas e epidemiológicas de recém-nascidos com cardiopatia congênita em uma maternidade pública da cidade de Salvador (Bahia, Brasil), nos anos de 2012 e 2013 [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014.
- 4 Ortiz LCM, Pereira MQ, Valença MA. Classe hospitalar e escola: mãos dadas na feitura da educação de enfermos. *Revista de ciências da educação* [Internet]. 2014[acesso em 2018 nov 19];1(30):136-44. Disponível em: <https://www.revista.unisal.br/ojs/index.php/educacao/article/view/328>
- 5 Murariu C, Negut A, Popescu MO. Quality of life of children with congenital heart disease. *Acta medica transilvanica* [Internet]. 2015[cited 2018 Nov 19];3(20):28-31. Available from: <http://www.amsibiu.ro/Arhiva/2015/Nr3-en/Murariu.pdf>
- 6 Fioreti FCCF, Manzo BF, Regino AEF. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. *REME rev min enferm* [Internet]. 2016[acesso em 2018 nov 19];(20):1-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1110>.
- 7 De Oliveira RLB, de Barros MSL, da Silva EDA, de Mello AL, Lúcio IML. Atividades Lúdicas de Saúde Bucal com Crianças e Adolescentes Hospitalizados. *Gep news* [Internet]. 2018[acesso em 2018 nov 19];2(2):36-42. Disponível em:

<http://www.seer.ufal.br/index.php/gpnews/article/view/5237/3670>

8 Sabino A, Esteves A, de Oliveira A, da Silva M. O conhecimento dos pais quanto ao processo do cuidar por meio do brincar. *Cogitare enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 19];23(2):528-49. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52849/pdf>.

9 Regan KM, Curtin C, Vorderer L. Paradigm shifts in inpatient psychiatric care of children: approaching child-and family-centered care. *J child adolesc psychiatr nurs* [Internet]. 2006[cited 2018 Nov 19];30:186-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464214>

10 Azevêdo AV, Júnior ACL, Crepaldi MA. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Cien saúde colet* [Internet]. 2017[acesso em 2018 nov 19];22(11):3653-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>.

11 Bustamante V, Neves D, Dantas de Matos MS, Oliveira R. O brincar em família como possibilidade de humanização para crianças no hospital. *Revista epos* [Internet]. 2014[acesso em 2018 nov 19];5(2):293-310. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000200007&lng=pt&tlng=pt.

12 Dragalzew DCC, Braga EB, Carrijo LF, Almeida LN. Assistência humanizada aos pais de crianças internadas em uti pediátrica: o estado da arte. *Revista científica facmais* [Internet]. 2017[acesso em 2018 nov

19];11(4): 96-115. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/6-ASSISTÊNCIA-HUMANIZADA-AOS-PAIS-DE-CRIANÇAS-INTERNADAS-EM-UTI-PEDIÁTRICA-O-ESTADO-DA-ARTE.pdf>

13 Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes; 2015.

14 Lustosa HBES. Família monoparental: uma análise sobre sua estruturação pela perspectiva dos filhos de mães solteiras na cidade de Santa Cruz, RN. [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.

15 Ribeiro JP, De Oliveira AMN, Gomes GC, Thofehrn MB, Mota MS. Ambiência da pediatria: produção de subjetividades nas crianças internadas. *Revista saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017 maio[acesso em 2018 nov 19];1(43):123-32. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasau/article/view/22362/pdf>

16 Tripodi M, Siano MA, Mandato C, de Anseris AGE, Quitadamo P, Nuzio SG, et al. Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. *Ital j pediatr* [Internet]. 2017[cited 2018 Nov 19];1(34):35-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577665/>

17 Avanci JQ, Assis SG, Pescer RP. Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescerem meio a violência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

18 Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Chiavagatti FG, Willrich JQ. Saberes e fazeres que integram o ensino de enfermagem psiquiátrica na perspectiva de enfermeiros docentes.



Rev port enferm saúde mental [Internet]. 2014 Dez[acesso em 2018 nov 19];(12):34-42. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300005&lng=pt.

19.Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. Esc anna nery rev enferm [Internet]. 2014[acesso em 2018 nov 19];18(2):234-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140034>

Data de submissão: 16/07/2018
Data de aceite: 18/11/2018
Data de publicação: 29/11/2018