



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

Almeida Moraes, Allana; Lessa Horta, Rogério; Farina, Marianne; de Lima Argimon, Irani Iracema  
Sintomas depressivos e ansiosos em mães de crianças em pós-operatório por cardiopatia congênita  
Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 34, núm. 86, enero-junio, 2014, pp. 244-261  
Academia Paulista de Psicologia  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632921016>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

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

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

• **Sintomas depressivos e ansiosos em mães de crianças em pós-operatório por cardiopatia congênita**

*Signs of distress in mothers of children in post-surgery for congenital heart disease*

*Síntomas depresivos y de ansiedad en madres de niños sometidos a cirugías de cardiopatía congénita*

Allana Almeida Moraes<sup>1</sup>

Rogério Lessa Horta<sup>2</sup>

Marianne Farina<sup>3</sup>

Irani Iracema de Lima Argimon<sup>4</sup>

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)*

*Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)*

**Resumo:** O presente estudo investiga a ocorrência de sintomatologia depressiva e avalia os níveis de depressão, ansiedade e desesperança em mães de bebês cardiopatas em processo pós-cirúrgico em UTI pediátrica. Para tanto foram utilizados os Inventários de Depressão (BDI), de Ansiedade (BAI) e de Desesperança (BHS) das Escalas Beck. A amostra foi composta por 16 mães de crianças com idades do nascimento aos 2 anos. Os resultados sugerem o predomínio do otimismo, ainda que alta incidência de sintomas depressivos e ansiosos. A verificação da ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e de desesperança em mães submetidas a condições estressoras como os cuidados em UTI contribui para a afirmação da necessidade da oferta de apoio sistemático no contexto hospitalar a elas, independentemente das mães serem ou não portadoras de transtornos mentais previamente identificados ou de predisposição para o desenvolvimento dos mesmos. Destaca-se a importância de se assegurar a manutenção e ampliação dos cuidados, juntamente com a inserção de medidas preventivas em saúde mental, tanto de pacientes quanto da equipe profissional, em função de que os cuidadores requerem cuidados a fim de permanecerem no papel de cuidar.

**Palavras-chave:** Depressão; ansiedade; cardiopatia; maternidade.

**Abstract:** *The present study investigates depressive symptoms occurrence and assesses the levels of depression, anxiety and hopelessness in mothers of babies in post-cardiac surgical procedure in pediatric ICU. For such, the Depression Inventory*

<sup>1</sup> Psicóloga (Unisinos), Pós-Graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental (WP), Colaboradora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon – Porto Alegre/RS – Brasil CEP: 90619-900 Telefone: (51) 3320-3500. E-mail: allanaam@gmail.com

<sup>2</sup> Graduado em Medicina (UFPel), Doutor em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNISINOS). Contato: Rua Jari 671 Ap 703 - Passo D'Areia - Porto Alegre - CEP 91350-170 Telefone: (51) 9201-8397. E-mail: rogeriohorta@prontamente.com.br

<sup>3</sup> Psicóloga (PUCRS), Pós-Graduação em Terapia Sistêmica (INFAPA), Mestranda em Psicologia (PUCRS), Bolsista CNPq. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon – Porto Alegre/RS – Brasil CEP: 90619-900 Telefone: (51) 3320-3500. E-mail: mariannefarina@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Psicóloga (PUCRS), Doutora em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação (PUCRS), Pesquisadora Produtividade CNPq. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon – Porto Alegre/RS – Brasil CEP: 90619-900 Telefone: (51) 3320-3500. E-mail: iargimon@puccrs.br

*(BDI), Anxiety (BAI) and hopelessness (BHS) of the Beck Scale were used. The sample consisted of 16 mothers of children ages birth to 2 years old. The results suggest the predominance of optimism, yet high incidence of depressive and anxiety symptoms. The verification of the occurrence of depression, hopelessness and anxiety symptoms in mothers subjected to stressful conditions such as care in the ICU contributes for the statement about the need for the provision of systematic support in the hospital context for them, regardless of whether they are mothers with previously identified mental disorders or predisposition for their development. The importance of ensuring the maintenance and expansion of care is highlighted, along with the inclusion of preventive measures in mental health, both to patients and professional staff, considering that caregivers require care in order to remain in the role of caring.*

**Keywords:** *Depression; anxiety; heart disease; motherhood.*

**Resumen:** *El presente estudio investiga la presencia de síntomas depresivos y evalúa los niveles de depresión, ansiedad y desesperanza en madres de bebés con cardiopatías en situación post-operatoria en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica. Se utilizaron el Inventario de Depresión (BDI), de ansiedad (BAI) y de desesperanza (BHS), de la Escala de Beck. La muestra estuvo constituida por 16 madres de niños de 0 a 2 años. Los resultados sugieren el predominio del optimismo, con alta incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad. La verificación de la presencia de síntomas de depresión, desesperanza y de ansiedad en estas madres sometidas a condiciones de estrés, tal como el cuidado en la UTI Pediátrica, contribuye a la afirmación de la necesidad de la prestación de apoyo sistemático en el contexto hospitalario para estas madres, independientemente de si padecen de trastornos mentales previamente identificados o predisposición a su desarrollo. Se destaca la importancia de asegurar el mantenimiento y la ampliación de los cuidados, junto con la inclusión de medidas preventivas en salud mental, tanto de los pacientes como del equipo de profesionales, considerando que los cuidadores necesitan atención con el fin de permanecer en el papel de cuidar.*

**Palabras claves:** *Depresión; ansiedad; cardiopatía; maternidad.*

## **Introdução**

No Brasil a prevalência estimada de cardiopatia congênita é de 5,5:1000 nascidos vivos (Guitti, 2000). Situada entre as mais sérias e perversas doenças crônicas encontradas em crianças, a patologia é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade (Davis, Brown, Bekaman, & Campbell, 1998; Burd & Mello Filho, 2004; Fuenmayor, Redondo, & Saori e outros, 2013). Seu espectro clínico amplo compreende desde defeitos que evoluem de forma assintomática até aqueles que determinam sintomas complexos englobando uma série de malformações anatômicas e funcionais, presentes desde o nascimento da criança (Rivera e outros, 2007; Pinheiro, da Justa Pinheiro, & Marinho, 2012). O tratamento

pode ser clínico ou cirúrgico, com diferentes níveis de comprometimento para o paciente, sendo evidentes as implicações psicológicas aos envolvidos (Aguiar, Lauritzen, Melo, Azevedo, & Assunção, 2003; Monteiro, 2003), especialmente pela representação associada ao órgão coração: símbolo universal da vida, da coragem e do sentimento humano (Monteiro, 2003; Burd & Mello Filho, 2004; Chagas & Nóbrega, 2005; Prates, 2005).

As cardiopatias podem ser diagnosticadas logo após o nascimento da criança, e nos casos mais urgentes a realização de intervenções cirúrgicas é indicada enquanto ainda bebês. Tais enfermidades são causadoras de estresse intenso para a criança e para os cuidadores que acompanham a hospitalização, surgindo manifestações de desestabilização emocional, ansiedade acentuada e sentimentos de impotência e culpa durante a permanência das famílias no ambiente hospitalar (Nieweglowski, 2004; Almeida, Molina, Vieira, Higarashi, & Marcon, 2006; Da Nóbrega, Collet, Gomes de Holanda, & de Araújo, 2010).

Sabe-se que o nascimento de uma criança mobiliza toda a família e que os pais tem expectativas que seu filho nasça com boas condições de saúde (Zani, Marcon, Santos, & Teston, 2013). Além do enfrentamento com o fato do bebê ser portador de uma cardiopatia, existe a possibilidade da cronificação do quadro e exigência de cuidados continuados. As doenças já representam imprevisto, desordem do costumeiro e urgência no enfrentamento do desconhecido (Lustosa, 2007).

A doença crônica, por sua vez, acarreta ainda profundas transformações no paciente e na família (Almeida e outros, 2006), que se vê obrigada a enfrentar condições de dor da criança, procedimentos invasivos e aversivos, e prováveis períodos de recaída e melhora. O tratamento de um doente crônico tem como objetivo prevenir a mortalidade, reduzi-la e promover a qualidade de vida do doente (Guedes, 2013).

O surgimento de doenças orgânicas instala conflitos que constituem estresse permanente, elevação de ansiedade (Amaral & Albuquerque, 2002; Castro & Piccinini, 2002; Vieira & Lima, 2002; Castro & Piccinini, 2004; Almeida e outros, 2006; Lustosa, 2007) e risco de outros transtornos que podem ocasionar deterioração da qualidade de vida e do funcionamento familiar além de representar um organizador de respostas parentais, com consequências para as interações da díade mãe-bebê (Piccinini, Castro, Alvarega, Vargas, & Oliveira, 2003; White & Trief, 2007; Simões, Pires, & Barroca, 2010). O Estratégia da Saúde da Família (ESF), dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma possibilidade de articular na instrumentalização e cuidado da família para lidar com a doença crônica da criança (Costa, Dupas, Sousa, & Wernet, 2013).

Qualquer que seja sua estrutura, a família mantém-se como meio relacional básico da criança para com o mundo. Na primeira infância os principais vínculos,

cuidados e estímulos necessários ao desenvolvimento são fornecidos pela família (Andrade e outros, 2005), o que permite que os sentimentos e atitudes dos pais tenham grande influência no tratamento dos filhos (Battikha, Faria, & Kopelman, 2007). O suporte familiar e as competências de cada membro funcionam como fontes de informação para a criança, influenciando no modo de lidar com sua enfermidade e promovendo um ambiente facilitador à medida que o grupo familiar funcione como moderador na atenuação dos efeitos negativos da doença (Piccinini e outros, 2003; Ferro & Amorim, 2007).

Os processos recursivos, de influências recíprocas entre membros dos grupos familiares, podem também induzir a estados negativos ou indesejáveis, numa perspectiva sistêmico-complexa (Labbadia & Castro, 2008; Grandesso, 2009): quando a criança adoecer é como se todo esse campo dinâmico enfermizasse também, ocasionando um estresse familiar (Monteiro, 2003; Rocha, 2012). E por considerá-la uma unidade de pessoas em interação, onde o bem-estar de um afeta diretamente a condição do outro, a família também apresenta a necessidade de ser atendida e cuidada (Bouso & Angelo, 2001; Collet & Rocha, 2004; Jacob & Bouso, 2006; Silveira & Angelo, 2006; Molina, Varela, Castilho, Bercini, & Marcon, 2007).

O padrão reativo do grupo familiar varia sendo frequentes, os afetos negativos na internação do filho, como sentimentos de impotência, culpa, confusão, ansiedade, medo da morte, vulnerabilidade, submissão, frustração, insegurança, desespero, raiva, incredulidade e risco de desenvolver doenças físicas. Surge a busca por explicações para a realidade que se apresenta na tentativa de atribuir uma causa a doença. Os pais sentem seus papéis parentais muito mais exigidos do que em situações onde a criança é saudável, por isso é importante encorajá-los a participar das rotinas de cuidados com a criança (Aguiar e outros, 2003; Monteiro, 2003; Castro & Piccinni, 2004; Nieweglowski, 2004; Ferro & Amorim, 2007; Albuquerque, Pereira, Fonseca, & Canavarro, 2012).

Em geral são as mulheres, mais especificamente as mães, que assumem a posição de cuidadoras nas famílias. Elas permanecem mais tempo no hospital e interagem mais com a equipe profissional. A relação mãe-bebê constitui uma unidade funcional onde um é o suporte vital para promover o equilíbrio do outro (Castro & Piccinini, 2002; 2004; Moura e outros, 2004; Nieweglowski, 2004; Almeida e outros, 2006; Ditz, Mota, & Sena, 2008; Neto & Cabral, 2008; Gomes & Piccinini, 2010). A reciprocidade na comunicação - expressa nos olhares, sorrisos, vocalizações, postura, gestos, expressões faciais, tom de voz, brincadeiras, choros, na aproximação e no afastamento corporal - caracterizam as interações mãe-bebê, permitindo o desenvolvimento da intersubjetividade.

A mãe então atua como emissora, receptora e processadora de estímulos, podendo reduzir estados de tensão e, conseqüentemente, facilitar a adaptação e

o bem-estar da criança (Gonçalves, 2003). O nascimento de um filho que não corresponda à imagem ideal projetada anteriormente pela mãe pode deixá-la abalada, fazendo com que ela não consiga responder às necessidades da criança. Daí o desenvolvimento do vínculo também pode sofrer perturbações, dificultando a avaliação da mãe a respeito do que acontece no presente e sua imaginação quanto ao futuro da criança, que através do diagnóstico é sancionado a partir de uma falha (Castro & Piccinini, 2002; 2004; Monteiro, 2003).

É intrínseco um processo de elaboração (luto), sendo necessária a adaptação do filho idealizado para o real. O diagnóstico pode impregnar um bebê de significados, imobilizar a mãe e até mesmo impossibilitar uma relação (Aguiar e outros, 2003; Coser, 2003; Monteiro, 2003; Chagas & Nóbrega, 2005; Almeida e outros, 2006). Por isso a promoção de cuidados efetivos destas mães - bem como de qualquer eventual cuidador - é importante, visando a promoção de cuidados futuros, o investimento na criança e no tratamento que, em muitos casos, precisa ser continuado. A mulher, considerada muitas vezes como a cuidadora principal do filho, em virtude de sua dedicação com a saúde da criança, pode muitas vezes limitar a sua rede de relacionamentos, podendo ter uma rede de suporte social limitada e frágil (Neves, Cabral, & Silveira, 2013). O cansaço, o tempo incerto de permanência no espaço hospitalar e o estresse associado a fatores de personalidade de cada mãe, podem provocar o surgimento, manifestação ou intensificação de sintomas depressivos e ansiosos nessas cuidadoras (Lima, 1999; Dittz e outros, 2008; Nieweglowski & Cloo, 2008).

No contexto hospitalar, a passagem ou permanência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica é fator altamente estressante para o paciente e seus familiares: o ambiente de UTI é caracterizado por normas rígidas, muita luz e barulhos de alarme dos monitores, restrição de horários de visitas e dificuldades de comunicação com a equipe. Considerado altamente impactante para as mães, além de contribuir para o surgimento de queixas de ordem emocional e provocar alterações na função parental, o ambiente também suscita angústias referentes aos riscos de morte do paciente. É comum o relato de insônia, falta de apetite, desconforto mental e depressão nas mães (Dittz e outros, 2008). Podem surgir evidências de quadros mais perturbadores, como ansiedade, depressão, delírium (quadros confusionais), entre outros (Lucchesi, Macedo, & De Marco, 2008). Nesse contexto, a psicologia e seus profissionais assumem papel fundamental na compreensão e entendimento desta temática, pois podem auxiliar diretamente na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, por dispor de subsídios para investigar, avaliar e, posteriormente, criar intervenções específicas.

Este estudo teve por objetivo investigar a ocorrência de sintomatologia depressiva, avaliando os níveis de ansiedade e desesperança em mães de bebês cardiopatas em processo pós-cirúrgico, internados em UTI pediátrica.

## **Método**

A instituição sede deste estudo foi feita em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital considerado referência regional no diagnóstico e tratamento de doenças pediátricas, sobretudo as de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas com recém-nascidos. A estimativa de procedimentos prevê uma média de 16 cirurgias cardíacas realizadas por mês com crianças de zero a dois anos.

O estudo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Porto Alegre, teve delineamento transversal, descritivo. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi constituída por conveniência.

Todas as mães de bebês do nascimento aos dois anos de idade que estavam internados na UTI entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009, totalizando 32 dias de atuação em campo, foram convidadas a participar do estudo. Foram feitas visitas na UTI regularmente em busca de informações sobre o ingresso de pacientes cardiopatas em período pós-operatório, com a idade indicada e acompanhados de suas mães. O total de participantes foi de 16 mulheres.

Foram excluídos da pesquisa pacientes não portadores de cardiopatias; aqueles que não haviam sido submetidos a intervenção cirúrgica; crianças acompanhadas por outros cuidadores; e pacientes de faixa etária superior a dois anos. A delimitação da faixa etária das crianças se justifica pelo interesse em avaliar as respostas das mães ainda nos primeiros anos de vida de seus filhos, em função das especificidades inerentes a esta etapa do desenvolvimento.

No contato com as mães foram explicados todos os objetivos e procedimentos da pesquisa e, após o consentimento, realizou-se uma entrevista informal com a coleta de dados para o levantamento do perfil sócio-demográfico. Posteriormente, foram aplicados os instrumentos.

Três instrumentos das Escalas Beck (Cunha, 2001) foram utilizados em conjunto, uma vez que depressão e ansiedade muitas vezes coincidem, e são vinculadas à desesperança: inventários de depressão (BDI), de ansiedade (BAI) e de desesperança (BHS). O *Inventário de Depressão Beck (BDI)* serve para medir a intensidade da depressão; é constituído por uma escala de auto-relato de 21 itens, cada um com quatro alternativas e escores de zero a três. O seu total permite a classificação da intensidade da depressão em níveis mínimo (0 – 11), leve (12 – 19), moderado (20 – 35) e grave (36 – 63). O *Inventário de Ansiedade*

*Beck (BAI)* mede níveis da intensidade de sintomas de ansiedade. É constituído por 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade - os sujeitos devem se auto-avaliar numa escala de quatro pontos que referem a gravidade do sintoma -, o escore total permite a classificação de intensidade da ansiedade nos níveis mínimo (0 – 10), leve (11 – 19), moderado (20 – 30) e grave (31 – 63). Já o *Inventário de Desesperança Beck (BHS)* constitui-se numa escala que engloba 20 itens, formada por afirmações que envolvem cognições sobre desesperança, aos quais os sujeitos devem concordar (CERTO) ou discordar (ERRADO). Trata-se de um instrumento sobre atitudes frente ao futuro, cujo escore total é o resultado da soma dos itens, que pode variar de zero a 20 - estimativa da extensão das expectativas negativas frente ao futuro, que pode ser classificada em níveis mínimo (0 - 4), leve (5 – 8), moderado (9 – 13) e grave (14 – 20).

Corrigidos os instrumentos, segundo suas normas, desenvolveu-se análise univariada com os seguintes pontos de corte: para sintomas depressivos foi utilizado o ponto de corte maior ou igual a 12; para categorização de sintomas ansiosos utilizou-se ponto de corte maior ou igual a 10; e para a desesperança foi utilizado ponto de corte igual ou maior que cinco. As escalas de ansiedade e depressão de Beck são amplamente utilizadas tanto em pesquisa como em clínica e usam os mesmos especificadores de gravidade descritos no DSM-IV (APA, 2002). Segundo o manual, os sintomas graves podem prejudicar a vida do sujeito e interferir na capacidade de auto-cuidado e de auto-sustentação da vida, os sintomas moderados expressam prejuízo na ocupação, indicando dificuldades para cumprir ou executar tarefas obrigatórias, habituais ou rotineiras e os sintomas leves indicam prejuízo no lazer e na vida social; e os considerados mínimos não são discrepantes.

## **Resultados**

No período da realização deste estudo, apenas uma criança, com o perfil desejado estava acompanhada de outro familiar, no caso, o pai. Este cuidador não foi incluído no estudo. Não houve recusas entre as mães identificadas durante o período de coleta de dados.

Participaram deste estudo 16 mães com idades entre 20 e 44 anos de idade. Nove eram casadas e sete solteiras, sendo que 14 delas possuíam companheiro fixo que residia juntamente com a mãe e a criança. Além do paciente internado, 10 mães tinham outros filhos, com idades entre dois e 19 anos. Nove entrevistadas residiam no interior do RS, e três no estado de Santa Catarina. Somente quatro mulheres moravam na capital – Porto Alegre.

Tendo em vista à rede de amparo social, 15 mães dispunham do auxílio emocional ou financeiro de cônjuge, familiares e amigos, e apenas uma recebia

amparo somente das outras mães internadas na unidade. Todas estavam afastadas do trabalho, em benefício, ou demitiram-se para cuidar dos bebês.

Com relação aos bebês, o tempo de internação na UTI pediátrica, até a data da entrevista, variou de dois dias até três meses. Todos eram cardiopatas e haviam sido submetidos a uma ou mais intervenções cirúrgicas, sendo que três deles também eram portadores de Síndrome de Down. Uma criança apresentava genitália ambígua ao nascer. Todos estavam em processo de recuperação pós-operatória. A idade das crianças ficou compreendida entre oito dias até dois anos, e apenas quatro delas se encontravam em sua primeira internação em UTI. O restante contabilizava de duas até quatro internações na unidade. Quanto a indicadores de sintomas - de depressão, de ansiedade e de desesperança - pode ser visto na Tabela 1.

**Tabela 1** – Indicadores de Sintomas

<b>Intensidade</b>	<b>Depressão (n)</b>	<b>Ansiedade (n)</b>	<b>Desesperança (n)</b>
<b>Leve</b>	3	4	2
<b>Moderado</b>	4	2	2
<b>Grave</b>	3	5	0

## **Discussão**

Foi procedida revisão da literatura científica, sem limite de tempo, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-psi), incluindo as bases de dados Scielo, Pepsic, Lilacs, Index Psi e Índex Psi Teses. Dos títulos que usam isoladamente os descritores psicologia, pediatria, mãe, cirurgia, cardiopatia, UTI, Beck, depressão, ansiedade, esperança ou desesperança não foi localizado nenhum estudo com desenho semelhante a este, o que torna a comparação dos dados aqui obtidos possível apenas por aproximação. O tema ansiedade e depressão materna nos primeiros anos de vida é abordado, mas não entre mães de crianças em pós-operatório de cardiopatia congênita.

Na UTI, tarefas de cuidado implicam a mãe para promover o bem-estar e a saúde da criança, sendo de extrema importância a identificação de sintomas depressivos e ansiosos durante a gestação e nos primeiros anos de vida do bebê (Vitolo, Benetti, Bortolini, Graeff, &, Drachler, 2007), tendo em vista que tal investigação pode auxiliar no planejamento do tratamento ou nas diretrizes de cuidado a serem implementadas pelo profissional da saúde mental (Correia, Carvalho, &, Linhares, 2008). A atenção precoce pode atuar na prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, além de prevenir

a ocorrência de prejuízos na vida da mulher (Schwengber & Piccinini, 2003; Correia e outros, 2008) e a adoção de medidas terapêuticas preventivas se justifica em função das conseqüências que os altos níveis de depressão e ansiedade podem acarretar ao desenvolvimento da criança (Powel, Abreu, Oliveira, &, Sudak, 2008).

Entre as entrevistadas, 68,7% apresentavam escores positivos para ansiedade. Já a ocorrência de sintomas depressivos em 10 das 16 mães equivale a dizer que 62,5% das mães eram positivas para esta variável - resultado que difere de estudo que utilizou o BDI em mães de bebês saudáveis em seu primeiro ano de vida, fora do contexto hospitalar, em que 37,5% das mães apresentaram sintomas depressivos leves, moderados ou graves (Vitolo e outros, 2007). É preciso vigiar a possível sobrecarga das mulheres, de certo modo reproduzida neste estudo ao se definirem os critérios de composição da amostra. Consideradas cuidadoras por natureza com base na construção sócio-cultural das mulheres como sustentáculos dos lares (Almeida e outros, 2006), os profissionais da saúde vêm nelas os elos de ligação entre a família e a equipe, assumindo o risco de reproduzir e reforçar a obrigação das mulheres neste papel.

A expectativa de encontrar predominantemente ou exclusivamente mulheres e as diferenças esperadas entre homens e mulheres quanto à expressão e informação de sintomas depressivos e ansiosos levou à opção de entrevistar exclusivamente mulheres. Estudos recentes revelam a necessidade de olharmos para as mães como alguém que também precisa de cuidados específicos, para que elas não se sentissem oprimidas com o discurso da boa mãe cuidadora, cuidado que merece reforço neste estudo. É importante reorientar a prática profissional, deixando de reproduzir a ideologia dominante da mãe como cuidadora inata para incluir o restante da família no processo. Sobretudo, é imprescindível não se fomentar uma responsabilização e culpabilização da mãe-mulher que venha a diferir das demais em sua abnegação e resignação no processo do cuidar (Jacob & Bouso, 2006; Neves & Cabral, 2008).

Walsh (2005) ressalta o apoio da família como essencial na adesão ao tratamento e às rotinas de medicação, sendo que os cuidadores devem ser encarados como pessoas com necessidades humanas que precisam ser entendidas e validadas. A autora verificou que as intervenções com familiares melhoram o funcionamento do paciente e da família, pois evitam ou adiam recidivas, reduzem o estresse familiar e aumentam a adesão ao tratamento. Na reabilitação de doenças graves e crônicas é essencial incentivar as famílias para que desenvolvam potencialidades, estratégias e recursos de enfrentamento bem sucedidos a fim de que a família consiga planejar como lidar com o estresse e atenuar ou evitar crises futuras.

A constatação de sintomas graves e moderados, tanto de depressão quanto de ansiedade, aponta para a importância da utilização de escalas que avaliem não só a presença destes sintomas, mas especialmente no que se refere a uma possível redução da capacidade de cuidar das mães que exercem esse papel em UTI pediátrica. A identificação da intensidade da depressão, através de instrumentos confiáveis, pode auxiliar no reconhecimento de problemas subclínicos que não chegam a atingir os critérios necessários para um diagnóstico formal, mas que podem evoluir para transtornos graves ou implicar em prejuízos, especialmente no que tange a capacidade de prover cuidados às crianças em questão (Paranhos, Cardoso, Fagundes, &, Werlang, 2008).

Ainda que os sintomas depressivos e ansiosos tenham aparecido de forma considerável nas mães pesquisadas, o otimismo encontrava-se predominante. Diante de eventos estressantes, dispomos de recursos, estratégias e estilos de enfrentamento que consistem em todos os esforços cognitivos e comportamentais para prevenir, eliminar ou reduzir o mal-estar e a dor emocional. O otimismo pode ser um destes recursos, com poderosa influência sobre o enfrentamento por ser uma espécie de filtro perceptivo que dá cor positiva a muitas situações. A esperança - uma crença orientada para o futuro - combina decisão interna com um evento externo que o indivíduo deseja intensamente que aconteça. A esperança e o otimismo seriam então essenciais para se forjar a força necessária na resistência e recuperação nas adversidades (Walsh, 2005; Caballo, 2007; Rice, 2007).

Na população pesquisada, em função de uma questão contextual, pode-se compreender porque essas mulheres se encontram em uma posição de maior otimismo: apesar do desgaste e do estresse induzidos pela cirurgia dos filhos, está pressuposta a reversão da doença cardíaca. O procedimento, ainda que de alto risco, se apresenta como solução para um problema mais grave e ganha conotação positiva. O papel de cuidar se associa a ter esperança para que tal promessa se realize de forma efetiva.

A ocorrência de indicadores de depressão elevados também pode ser relacionada com o possível estado de exaustão física e psíquica das mães, decorrente da situação de doença e hospitalização. Segundo Nieweglowski (2004) as mães de crianças internadas em UTI podem apresentar mais sintomas de estresse e exaustão do que mães de crianças hospitalizadas em qualquer outra unidade hospitalar. No estudo de Neves e Cabral (2008) com mães de crianças com necessidades especiais de saúde, foram relatados sentimentos de estresse e sofrimento, desgaste e esgotamento físico, mental, emocional e afetivo, principalmente nos períodos de pós-operatório oriundos da vigilância constante em função da fragilidade clínica da criança. Falta de apetite, distúrbios no sono,

atenção prejudicada, introspecção, tendência ao isolamento e perda de interesse por situações normais do dia a dia, que também são comuns nessas cuidadoras (Ismael, 2004; Dittz e outros, 2008).

Ao priorizar a presença junto ao filho hospitalizado, a mãe também acaba por distanciar-se de suas atribuições de mulher, filha, companheira, trabalhadora e mãe de outros filhos para conviver com um novo cotidiano. Embora isto seja reconhecido, não se tem levado em consideração a percepção da mãe e as dificuldades com as quais ela se depara durante a permanência no hospital. Cuidar das mães ou de qualquer outro cuidador que se apresente deve ser rotina incorporada na assistência em saúde como integrante do tratamento da criança, considerando sempre as peculiaridades de adaptação de cada sujeito (Dittz, Mota, & Sena, 2008).

A ocorrência de escores reduzidos de desesperança podem indicar que há cuidados minimamente adequados, com acesso à informações claras sobre o estado de saúde do paciente. Isto pode indicar a existência de cuidados minimamente adequados oferecidos pela equipe: pode-se supor que talvez o serviço de atenção à saúde esteja amparando estas mulheres a partir da oferta de uma escuta não especializada, mas reconfortante e encorajadora. O fato de contar com uma equipe considerada referência em nível nacional e os indicadores objetivos de resposta no período pós-operatório imediato também podem ajudar a explicar a pouca constatação de desesperança nestas mães, assim como os estados mínimos e leves de ansiedade. Para Collet e Rocha (2004) atitudes de empatia na relação entre a equipe de enfermagem e as mães podem gerar um ambiente em que elas se sintam mais seguras e fortalecidas. Se durante a internação e perante procedimentos que prometem ser resolutivos a mãe recebe esclarecimento quanto as suas dúvidas, é escutada, amparada e continuamente informada pela equipe, percebendo adequada evolução no período da recuperação pós-cirúrgica, pode-se supor que daí surjam sentimentos de esperança, aliados a condutas que conferem maior otimismo.

A dificuldade de compreensão da mãe sobre a linguagem médica é um fator bastante ansiogênico, e mais do que passar informações, é necessário adaptá-las ao entendimento leigo: há diminuição significativa dos níveis de ansiedade e estresse na família da criança, em função da aquisição de conhecimentos acerca da doença, do tratamento e dos recursos disponíveis (Neves & Cabral, 2008). É necessário que os pacientes sejam informados numa linguagem simples, clara e acessível, reconhecendo-se sua capacidade de pensar para que possam fortalecer-se como sujeitos de si e da situação (Lunardi, Lunardi, Silveira, Soares, & Lipinski, 2004). Cuidados especializados dos serviços de psicologia e psiquiatria – já que o suporte adequado e um terapeuta a quem recorrer auxiliam o indivíduo a suportar

mais facilmente as potenciais crises da vida (Freeman & Dattilio, 2004), podem estar indicados em algumas situações.

A constatação de que um grupo de mães não apresenta indicadores de depressão e ansiedade sugere que os efeitos da situação não se exercem de modo uniforme sobre todas as cuidadoras. A ocorrência de sintomas graves e moderados de depressão e ansiedade aumenta o risco de que futuramente as crianças possam vir a desenvolver significativos problemas comportamentais e emocionais, inclusive por comprometimento neurológico, por estimulação insuficiente ou inexistente (Sanders, 2005; Vitolo e outros, 2007).

A depressão causa incapacitação em função de gerar imobilidade e pessimismo, culpabilidade, instabilidade de humor e manifestações intensas de ansiedade - além de desinteresse pelo bebê dificuldades nas trocas afetivas, estabelecimento de apego inseguro e falta de sensibilidade ao choro da criança, as mães podem tornar-se negligentes (Schwengber & Piccinini, 2003; Andrade, Viana, &, Silveira, 2006; Rice, 2007; Vitolo e outros, 2007). O diagnóstico de cardiopatia congênita no bebê pode se constituir em um trauma não suportável para a mãe, resultando em pânico, ansiedade, depressão e o conseqüente ajustamento psicológico precário da criança. As sensações de desamparo e desesperança podem se generalizar por toda a existência (Aguiar e outros, 2003; Monteiro, 2003; e Moorey, 2004; White & Trieff, 2007).

As equipes profissionais são importantes para o fornecimento de suporte e amparo às famílias e aos pacientes hospitalizados, assim, há um impacto esperado sobre cada um dos profissionais (Bandeira, Ishara, & Zuardi, 2007; De Marco, Cítero, Moraes, & Nogueira-Martins, 2008). Treinamentos e capacitações que englobem a saúde mental e os aspectos emocionais envolvidos no processo de cuidar são alternativas que podem preparar o profissional para sustentar a complexidade de sua profissão. Quando constatados sintomas depressivos e ansiosos graves e moderados, também é importante capacitar estes profissionais no sentido de identificar e qualificar a triagem e os encaminhamentos em casos específicos, que contemplem as dimensões psicossociais dos cuidados aos pacientes com doenças clínicas, não necessariamente incluindo manejo psicofarmacológico da pessoa envolvida no exercício de cuidados (White & Trief, 2007).

Tão fundamental quanto à capacitação, porém, é a atenção à saúde mental da equipe, garantindo amparo emocional a este outro grupo de cuidadores - especialmente aos do grupo de enfermagem por despenderem mais tempo junto ao paciente e à família. Em sua rotina de trabalho estes profissionais são altamente exigidos: espera-se que tenham conhecimento científico apurado e que acompanhem as mudanças técnicas e tecnológicas além de estarem expostos às

exigentes solicitações dos pacientes, familiares, médicos e ao agressivo ambiente de UTI. Trabalhar com o sofrimento, a dor, a fragilidade e a morte acarreta desgaste aos profissionais, havendo risco de misturarem emoções e projetarem sofrimento para si mesmos (Cavalheiro, Moura Júnior, & Lopes, 2008; Martins & Robazzi, 2009). Há alto grau deste tipo de sentimento nas equipes de enfermagem, manifestado através de sintomas físicos e psíquicos que afetam a qualidade do trabalho - o que incide diretamente nos pacientes. É preciso planejar a ação de cuidados a partir dos recursos que a equipe dispõe, tendo sempre em vista as necessidades do profissional. Nas práticas em saúde é necessário o cuidado de si para assegurar o cuidado ao outro, pois só conseguirá cuidar aquele que se sente cuidado (Lunardi e outros. 2004; Graeff, & Drachler, 2007).

### **Conclusão**

Os resultados deste estudo sugerem que o emprego dos instrumentos BDI e BAI das Escalas Beck podem ser úteis na detecção de sintomatologia depressiva e ansiosa em mães de crianças num contexto pós-operatório de cirurgia cardíaca em UTI. Além de validados e fidedignos, os instrumentos contam com as vantagens da facilidade de aplicação e do baixo custo.

Escores indicadores de desesperança tiveram baixa ocorrência, possivelmente associado ao fato de ser a cirurgia um procedimento que promete ser resolutivo na reversão de um quadro ainda pior que a condição pós-operatória. A verificação da ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e de desesperança em mães submetidas a condições estressoras como os cuidados em UTI contribuiu para a afirmação da necessidade da oferta de apoio sistemático no contexto hospitalar, independentemente das mães serem ou não portadoras de transtornos mentais previamente identificados ou de predisposição para o desenvolvimento dos mesmos.

Merece destaque a importância de se assegurar a manutenção e ampliação dos cuidados, juntamente com a inserção de medidas preventivas em saúde mental, tanto de pacientes quanto da equipe profissional, visto que os cuidadores requerem cuidados a fim de permanecerem no papel de cuidar.

### **Referências**

- Aguiar, F. S. L., Lauritzen, M. L. F., Melo, R.M., Azevedo, R. M., & Assunção, T. (2003). *Os sentimentos das genitoras diante do diagnóstico de cardiopatia congênita de um filho*. Dissertação de Especialização em Psicologia Hospitalar, Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste Ltda./CPHD, Pernambuco, Brasil.

- Albuquerque, S., Pereira, M., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita: Influência dos determinantes da criança. *Revista de Psiquiatria Clínica, 39*(4), 136-141.
- Almeida, M. I., Molina, R. C. M., Vieira, T. M. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: Realizando cuidados complexos. *Escola Anna Nery, 10*(1), 36-46.
- Amaral, V. L. A. R., & Albuquerque, S. R. T. P. (2002). Crianças com problemas crônicos de saúde. In E. F. M. Silvaes (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp. 219-232). São Paulo: Papyrus.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: Uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 606-11.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(2), 43-54.
- APA (American Psychiatric Association). (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, M., Ishara, S., & Zuardi, A. W. (2007). Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: Validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56*(4), 280-286.
- Battikha, E. C., Faria, M. C. C., & Kopelman, I. (2007). As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23*(1), 17-24.
- Bousso, R. S., & Angelo, M. (2001). Buscando preservar a integridade da unidade familiar: A família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Revista da Escola de Enfermagem – USP, 35*(2), 172-9.
- Burd M., Mello Filho, J. (2004). Cardiopatias e família. In J. Mello Filho, & M. Burd (Orgs.), *Doença e família* (pp. 337-357). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(3), 625-635.
- Castro, E.K., & Piccinini, C. A. (2004). A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia (Natal), 9*(1), 89-99.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & LOPES, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(1), 29-35.

- Chagas, C. F. P. A., & Nóbrega, Z. S. (2005). *Atendimento Psicológico a pais de crianças portadoras de cardiopatia congênita*. Dissertação de Especialização em Psicologia Hospitalar, Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste Ltda./CPHD, Pernambuco, Brasil.
- Collet, N., & Rocha, S. M. M. (2004). Criança hospitalizada: Mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 191-197.
- Costa, E. A. D. O., Dupas, G., Sousa, E. F. R., & Wernet, M. (2013). Doença crônica da criança: necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista gaúcha de enfermagem*, 34(3), 72-78.
- Correia, L. L., Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. M. (2008) Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 64-70.
- Coser, L. M. S. A. (2003). Subjetivação “em risco”: Um estudo de bebês e crianças com anomalia congênita. In Estados Gerais Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro. 1;1 *Anais eletrônicos*. Rio de Janeiro.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davis, C. C., Brown R.T., Bakeman R., & Campbell, R. (1998). Psychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: Stress, coping, and family functioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 3(4), 219-228.
- Dittz, E. S., Mota, J. A. C., & Sena, R. R. (2008). O cotidiano no alojamento materno das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(1), 75-81.
- Ferro, F. O., & Amorim, V. C. O. (2007). *As emoções emergentes na hospitalização infantil*. Maceió: CESMAC.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (2004). Introdução. In F. M. Dattilio, A. Freeman (Orgs.). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de intervenção em situações de crise* (pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Fuenmayor, G., Redondo, A.C.C., Shiraishi, K.S., Souza, R., Elias, P.F., & Jatene, I.B. (2013). Prevalência de dislipidemia em população infantil com cardiopatia congênita. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 101(3), 273-276.
- Guedes, M. L. (2013). Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes com asma. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.6/1405>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2014.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: Aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38.

- Gonçalves, M. J. (2003). Uma nova perspectiva em saúde mental do bebê. *Análise Psicológica*, 21(1), 5-12.
- Grandesso, M. A. (2009). Desenvolvimentos em terapia familiar: Das teorias às práticas e das práticas às teorias. In L. C. Osorio, & M. E. P. Valle (Orgs.), *Manual de Terapia Familiar*, (pp. 104-118). Porto Alegre: Artmed.
- Guitti, J. C. S. (2000). Aspectos epidemiológicos das cardiopatias congênitas em Londrina, Paraná. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 74(5), 395-399.
- Ismael, S. M. C. (2004) A família do paciente em UTI. In J. Mello Filho, & M. Burd (Orgs.). *Doença e Família* (pp. 251-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jacob, Y., & Bousso, R. S. (2006). Validação de um modelo teórico usado no cuidado da família que tem um filho com cardiopatia. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 40(3), 374-380.
- Labbadia, E. M., & Castro, L. L. (2008). Intervenções para pais de crianças e adolescentes em terapia cognitivo-comportamental. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 1-5.
- Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & De Marco, M. A. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 11(1), 19-30.
- Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., Silveira R. S., Soares, N. V., & Lipinski, J.M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 933-939.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH*, 10(1), 3-8.
- Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: Transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. C. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: Sentimentos de sofrimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 52-58.
- Molina, R. C. M., Varela, P. L. R., Castilho, S. A., Bercini, L. O., & Marcon, S. S. (2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: Visão da equipe multidisciplinar. *Escola Anna Nery*, 11(3), 437-44.
- Monteiro, M. C. (2003). *Um coração para dois: A relação mãe-bebê cardiopata*. Rio de Janeiro: PUC-RIO.
- Moorey, S. (2004). Quando coisas ruins acontecem com pessoas racionais: Terapia Cognitiva em circunstâncias adversas da vida. In P. M. Salkovskis (Org.), *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp. 389-404). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C. P., Pessôa, L. F., Ribas, J. R. R. C., & Nogueira, S. E. (2004) Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 295-302.
- Neves, E. T., & Cabral, I. E. (2008) Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 552-560.
- Neves, E. T., Cabral, I. E., & da Silveira, A. (2013). Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(2).
- Nieweglowski, V. H. (2004). *Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: vozes e vivências da família*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Nieweglowski, V. H., & Moré, C. L. O. O. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: Impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1), 111-122.
- Nóbrega, R. D., Collet, N., Gomes, I. P., Holanda, E. R., & Araújo, Y. B. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: Significado da condição crônica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 425-433.
- Paranhos, M. E., Aranhos, M. E., Ranhos, M. E, Cardoso, C. O., Fagundes, F., & Werlang, B. S. G. (2008). *Estudos de fidedignidade e validade do Inventário de depressão de Beck – II (BDI-II) em adolescentes*. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação, PUCRS.
- Piccinini, C. A., Castro, E. K., Alvarega, P., Vargas, S., & Oliveira, V. Z. (2003) A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1), 75-83.
- Pinheiro, D. G. M., Justa Pinheiro, C. H., & Marinho, M. D. J. F. (2012). Comprometimento do desenvolvimento pondero-estatural em crianças portadoras de cardiopatias congênitas com Shunt Cianogênico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(2), 98-102. doi: 10.5020/18061230.2008.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80.
- Prates, P. R. (2005). Símbolo do coração. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12(3), 1025-31.
- Rice, P. L. (2007). O enfrentamento do estresse: Estratégias cognitivo-comportamentais. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde* (pp. 301-336). São Paulo: Santos Editora.

- Rivera, I. R., Silva M. A. M, Fernandes J. M. G, Thomaz, A. C. P., Soriano, C. F. R, & Souza, M. G. B. (2007). Cardiopatia congênita no recém-nascido: Da solicitação do pediatra à avaliação do cardiologista. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(1), 6-10.
- Rocha, C. M. S. F. (2012). Stress parental em pais de crianças hospitalizadas: Influência de variáveis socio demográficas e clínicas. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.19/1526>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2014.
- Sanders, M. R. (2005). Uma estratégia de intervenção comportamental familiar em níveis múltiplos para a prevenção e tratamento dos problemas de comportamento infantis. In V. E. Caballo, & M. A. Simón (Org.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 387-415). São Paulo: Santos Editora; (pp. 387-415).
- Schwengber, D. D. S, & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 403-411.
- Silveira, A. O, & Angelo, M. (2006) A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(6), 893-900.
- Simões, S., Pires, A., & Barroca, A. (2010). Comportamento parental face à cardiopatia congênita. *Análise Psicológica*, 28(4), 619-630.
- Vieira, M. A., & Lima R. A. G. L. (2002) Crianças e adolescentes com doença crônica: Convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10(4), 552-560.
- Vitolo, M. R., Benetti, S. P. C., Bortolini, G. A., Graeff, A., & Drachler, M. L. (2007) Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 28-34.
- Zani, A. V., Marcon, S. S., Santos, C. L. S. M., & Teston, É. F. (2013). Experiências vivenciadas por uma família que possui um filho portador de insuficiência renal crônica, em tratamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua (capd): estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Editora Roca.
- White, C. A., & Trief, P. M. (2007) Psicoterapia para pacientes com doença clínica. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (pp. 534-556). Porto Alegre: Artmed.

Recebido: 28/02/2014 / Corrigido: 26/03/2014 / Enviado a Parecerista: 31/03/2014 / Aceito: 15/04/2014.