

CIRURGIA PEDIÁTRICA: BENEFÍCIOS DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Pediatric Surgery: Benefits of Psychological Monitoring

CORONEL, M. K.

Recebimento: 14/10/2010 – Aceite: 20/12/2011

RESUMO: Vários sentimentos são despertados no paciente pediátrico que realizou um procedimento cirúrgico. Considerando que trata-se de uma pessoa em início de seu desenvolvimento físico e mental, um procedimento desta natureza pode trazer consequências para o restante da vida deste sujeito. Com isso buscou-se avaliar as narrativas elaboradas por 8 crianças que realizaram procedimento cirúrgico, com idade entre 5 e 8 anos, 4 delas realizaram acompanhamento psicológico no pré e trans operatório (G1), e 4 não fizeram tal acompanhamento (G2). Utilizou-se do método qualitativo-descritivo utilizando-se da prancha do pintinho e a do tigre do Teste de Apercepção Temática infantil, com figuras de animais (CAT-A) em cada criança associado ao preenchimento da ficha de dados sociodemográficos com o/a acompanhante. Pode-se concluir que tanto G1 quanto G2 relacionaram suas narrativas a conflitos agressivos e de ataque, referenciando talvez a agressão sofrida pela cirurgia. Quanto às defesas pode-se verificar que G1 valeu-se mais da projeção, enquanto G2 utilizou-se mais da repressão, apresentando superego exigente ou rígido e ego realístico. Portanto pode-se verificar que o procedimento cirúrgico, remete as crianças a fantasias de agressão e que o acompanhamento psicológico pode atenuar o sofrimento deste paciente pediátrico.

Palavra-chave: Sentimentos. Cirurgia pediátrica. Acompanhamento psicológico.

ABSTRACT: Many feelings are aroused in pediatric patients who went through a surgical procedure. Considering that this person is at the beginning of his physical and mental development, a procedure of this nature can have consequences for the rest of his life. Thus we sought to evaluate the narratives produced by eight children who underwent surgery, aged between 5 and 8 years, 4 of them underwent psychological counseling before and during the operative process (G1), and four did not have such monitoring (G2). We used a qualitative descriptive method using a chick and tiger cards from the

Children Apperception Test with figures of animals (CAT-A) for each child associated with the completed demographic data with his/her companion. It can be concluded that both G1 and G2 related their stories to conflicts and aggressive attacks, perhaps referring the aggression to the surgery. As for the defenses, it could be seen that G1 is used more the projection, while G2 used the repression, with a demanding or rigid superego or a realistic ego. Therefore we can verify that the surgical procedure, let children to fantasy the aggression and that the counseling can alleviate the suffering of the pediatric patient.

Keyword: Feelings. Pediatric surgery. Psychological counseling.

Introdução

As internações hospitalares na infância, não são mais, tão raras como antes, atualmente, num período de 12 meses em mil residências avaliadas, 3.268 crianças foram internadas no Brasil (IBGE, 2008).

A hospitalização traz consigo uma alteração de rotina, de quem é internado e de seus familiares, os expõem à rotinas rígidas em um ambiente hostil. Integrado com procedimentos desconfortáveis e até dolorosos. (SPIRI, GARCIA, 2007) Somado a isto pode ocorrer a necessidade de um procedimento cirúrgico, momento de crise e fator de ansiedade e estresse para o paciente, pois ao se deparar com ela, traz consigo dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer e a necessidade de confiar sua vida a profissionais que acredita serem hábeis (CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000; PASCHOAL, GATTO, 2006).

O bloco cirúrgico se mostra um local dentro do hospital, muito diferenciado em seu ambiente físico o que assusta a criança. Há temores desencadeados por estímulos ameaçadores, entre eles: os profissionais, o material utilizado para procedimentos médicos, o ambiente, os termos clínicos, entre outros. A criança para se defender, muitas vezes, acaba por apresentar reações fisiológicas e psicológicas, representantes

da agressão sentida. Portanto, o trabalho do psicólogo junto à pediatria em bloco cirúrgico tem como objetivo atenuar a ansiedade da criança e dos familiares, desmistificando as fantasias e medos muito frequentes, presentes nesta situação (CREPALDI, HACKBARTH, 2002).

Cada criança que adoece reage de modo específico em relação à doença. No entanto, as reações, segundo Lewis e Volkmar (1993), dependem de alguns fatores, entre eles: o estágio evolutivo da criança; o grau de sofrimento e mutilação; relação pais-filho; reações da criança frente a procedimentos médicos, separação e hospitalização; e por fim, a interferência resultante nas funções físicas, psicológicas e sociais. Todos estes aspectos sempre relacionados à severidade e causa do adoecimento.

Dentro da mesma perspectiva, Angerami-Camon (2003) enfatiza o quanto a doença e a hospitalização, desencadeiam fantasias, estas relacionadas com toda a história do indivíduo. A hospitalização seria a quebra do “como se era antes” assumindo um papel de passividade. A doença pode ser vista como uma falha no processo de adaptação, um risco de paralisação no processo de organização dinâmica do organismo e um esforço de novas experiências. Esta é uma das razões pela qual o adoecimento pode ser visto como uma situação de crise. A hospitalização seria uma situação estressante, pois cabe à criança enfrentar um confronto: em seu alojamento

corporal, tratamentos dolorosos e invasivos; ambiente hospitalar estranho e, muitas vezes, ameaçador; eventuais separações; quebra na rotina de vida e afastamento da escola. Seria, portanto, uma ruptura com os elementos que lhe dão suporte social. (TOSTA, 1997; JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 2000)

Numa situação de adoecimento, a criança e seus cuidadores utilizam-se de mecanismos, que segundo Wallander e Varni (1998) surgem a partir do diagnóstico e tratamento ambulatorial associado às dificuldades relatadas, mobiliza-se, então, um processo de estresse que envolve: temperamento da criança, estratégias pessoais de enfrentamento das situações de crise e o suporte da família. Enquanto componente causador de ansiedade e depressão está a modificação da aparência e diminuição da autoestima. Robaey et al (2000) explicam o mesmo processo de enfrentamento em crianças com doenças oncológicas, associando características pessoais, enfrentamento, suporte familiar e ausências escolares.

O mundo para criança hospitalizada foi alterado, seu corpo sofre transformações, e, conseqüentemente, a imagem corporal se modifica. A criança sente medo das reações dos outros, teme à rejeição, mantendo-se, muitas vezes, isolada, vendo-se diferente das crianças sadias (MOTTA, 1998; SOARES, VIEIRA, 2004).

Podendo apresentar quadros depressivos, já que a doença representaria um ataque à imagem idealizada que o sujeito tem de si, podendo estar associada à regressão, que se manifestaria através dos sentimentos de abandono e desvalorização (JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 2000; PIRES, 2004).

A criança que necessita estar internada sofre pelo medo do desconhecido, criando um clima de suspense, fantasias e temores. Ainda sofre pela sensação de punição e culpa – acredita que errou e por isso está sendo punida, deixando-a resignada à doença, e pela limi-

tação de suas atividades. Há também aquela que chega ao hospital sem se sentir doente, e embora não sinta nada coerentemente, passa a vivenciar situações agressivas. E a criança sofre também pela despersonalização – ao ser hospitalizada ela enfrenta vários processos de perda na concepção que tem de si mesma e de sua identidade, através da perda do apoio dado pelo seu mundo social e doméstico, pela ruptura com o mundo externo através da proibição de visitas e proibição de contato direto entre a criança e os visitantes, pelo despojamento de seus hábitos, pela substituição obrigatória dos seus bens pelos do hospital e pela padronização (ALCANTARA, 2008).

Assim, alguns autores afirmam que com a hospitalização há uma revivência do nascimento, da perda da mãe sendo largada ao desconhecido, portanto, o hospital é vivido como um lugar de separação. A criança teme sua desintegração pelo ataque a sua identidade decorrente de alterações no esquema corporal pela doença e também o deixar de ser sujeito e ter de se comportar passivamente, para não ser rejeitado. Sendo assim, o hospital seria considerado como uma mãe que agride e castiga (MOTTA, 1998; TORRES, 1999; MURPHY-TAYLOR, 1999; CREPALDI, HACKBARTH, 2002).

Em decorrência disto, a criança sentiria a hospitalização como um castigo, por ter feito algo errado não conseguindo associá-la, enquanto busca da cura. Utiliza-se, então, de defesas contra a angústia, produzindo um triunfo sádico onipotente, seguido de culpa, perseguição e sentimentos de desamparo. (SILVA FILHO, 1996; MELLO e Cols, 1999) O que Novaes (1998) considerou como sentimento de falta-culpabilidade e agressão-punição.

Lewis e Volkmar (1993) complementam esta ideia afirmando que regressão e o sentimento de punição estariam relacionados a uma intensificação da ansiedade de castração pelo procedimento cirúrgico. Onde a

agressividade estaria a serviço do sofrimento decorrente das limitações motoras. Já, no que se refere a doenças agudas e cirurgias emergenciais, Ajuriaguerra e Marcelli (1991), destacam que esta intensificação pode gerar um trauma psíquico, quando acrescida de um drama ou de agressão sádica.

O sofrimento é, muitas vezes, real representado pela dor de um procedimento cirúrgico e/ou curativos, não constituindo uma ameaça corporal fantasiada o medo, então, é real quando existe a ameaça concreta da dor física. (BARBOSA, FERNANDES, SERAFIM, 1991; HAGGLOF, 1999; CREPALDI, HACKBARTH, 2002) O que acarretaria mudanças no esquema corporal, comprometendo a identidade como forma de agressão ao corpo, crise e necessidade de reestruturação da identidade. (CASTRO, SILVA, RIBEIRO, 2004, ALCANTARA, 2008)

Outro aspecto a ser destacado é que a doença e hospitalização acabam por confirmar os medos e ameaças frequentemente feitas pela família à criança, anteriormente à internação, pois despertam sentimentos de medo de perda do objeto, abandono e estresse. Estas ameaças cotidianas, feitas pela família, com o objetivo de educar a criança têm um componente e um valor simbólico muito grande, não importando a gravidade da doença, nem o tempo de internação. No universo mental da criança, o fantástico ocorre, ou a fantasia se instala, quando as culpas e os temores reais ou imaginados assumem a importância maior do que a realidade da doença (NOVAES, 1998; MOTTA, ENUMO, 2004).

Dependendo da quantidade de energia defensiva empregada para enfrentar a mudança, pode haver uma paralisação do desenvolvimento, de acordo com a fase evolutiva que a criança se encontra, ficando em alguns aspectos bloqueada a sua aprendizagem (SOIFER, 1992).

As crianças, bem mais do que os adultos, acham-se vulneráveis às dificuldades de

entender a doença. Vulnerabilidade que se explica em três fragilidades: porque ainda encontra-se em desenvolvimento, porque seu nível de compreensão não acompanha o dos adultos e porque dependem deles para sobreviver (CECCIN, CARVALHO, 1997, ROMANO, 1999, CREPALDI, HACKBARTH, 2002).

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo. A amostra foi escolhida por conveniência, composta por 08 sujeitos, com idade entre 05 e 08 anos, no período pós-operatório imediato, que realizaram cirurgia ambulatorial, num Hospital Geral de Porto Alegre/RS. Destes, 04 realizaram acompanhamento psicológico no período pré e trans-operatório (G1) e 04 não realizaram este acompanhamento (G2), os grupos foram formados com sujeitos em idades próximas, vivendo os mesmos estágios desenvolvimentais..

Instrumento

Para caracterização da amostra foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos. Para avaliação dos aspectos psicológicos da criança, utilizou-se do Teste de Apercepção Temática, com figuras de animais (CAT-A) criado por Leopold Bellack em 1949. Trata-se de um teste projetivo, aperceptivo, temático, verbal, constituído por 10 pranchas que são aplicáveis a crianças, que devem elaborar uma história a partir da cena constante em cada lâmina. Sendo utilizada a interpretação sob o enfoque projetivo, com uma análise qualitativa de conflitos, impulsos, estados afetivos, defesas, necessidades e figuras de identificação (CUNHA, 2000). O presente instrumento obteve parecer desfavorável, na avaliação feita pelo Conselho Federal de

Psicologia, por não haver estudo de validade e fidedignidade, porém encontra-se apto para utilização em pesquisa. Sendo assim, para este estudo utilizou-se as pranchas 1 (Pintinho) em que traz três pintinhos sentados ao redor de uma mesa com uma grande tigela de comida e atrás a figura vagamente esboçada de uma galinha ou galo. Explora os problemas da fase oral, ou seja, o quanto a criança se sente suficientemente alimentada por um ou outro pai, a comida podendo ser vista como recompensa, ou sua ausência como castigo e ainda podendo surgir temas de competição entre os irmãos, e a prancha 7 (Tigre), em que traz figura de um tigre mostrando dentes e garras saltando em cima de um macaquinho que também está saltando no ar, num ambiente de mata. Este estímulo pode mobilizar o medo da agressão, mostrando como a criança lida com essa situação. Considerando os aspectos levantados na prancha 7, esta foi escolhida para análise nesta pesquisa (XAVIER, 2009).

Procedimentos

Este estudo foi desenvolvido nas dependências de um bloco cirúrgico de um hospital geral da cidade de Porto Alegre/RS, após autorização da direção do mesmo, bem como da equipe médica responsável pela realização do procedimento cirúrgico. Os pacientes foram abordados no momento da internação hospitalar, quando então foram apresentados os objetivos da pesquisa e esclarecido os procedimentos, após autorização foi assinado o termo de consentimento livre esclarecido. A coleta dos dados ocorreu num primeiro momento com os familiares, enquanto o paciente estava realizando o procedimento cirúrgico, quando então a pesquisadora preencheu a ficha de dados sociodemográficos. Junto a criança a coleta ocorreu aproximadamente duas horas após o retorno do procedimento cirúrgico, quando então já estivesse acordada, já teria ingerido líquidos e sido orientada, nas

dependências da sala de recuperação. Sendo o relato anotado durante a aplicação, o qual foi previamente combinado com a criança e seus familiares no *rapport*.

Para a análise dos dados usou-se os critérios para levantamento e interpretação do CAT-A através da análise das narrativas, proposta no protocolo do Teste. (MONTAGNA, 1989) Realizou-se uma compreensão dinâmica da criança através das respostas dadas pelo Teste associado a aspectos levantados na ficha de dados.

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil.

Apresentação dos resultados

Considerando os dados coletados através da ficha de dados sociodemográficos, foi possível averiguar algumas características da amostra, o G1 (crianças com acompanhamento psicológico) foi composto por: L, 5 anos, filho único, não frequenta a escola, segunda cirurgia, realizou dilatação uretral. G, 5 anos, filho único, frequenta maternal A, segunda cirurgia, realizou adenoidectomia. R, 5 anos, segundo filho de dois, não frequenta a escola, primeira cirurgia, realizou herniorrafia inguinal. J, 8 anos, primeiro filho de dois, cursa segunda ensino fundamental, segunda cirurgia, realizou meatoplastia.

Já G2 (crianças sem acompanhamento psicológico) foi composto por: E, 5 anos, filho único, frequenta a pré-escola, primeira cirurgia, realizou apendicectomia. A, 5 anos, segunda filha de dois, cursa pré-escola, segunda cirurgia, realizou adenoidectomia. P, 6 anos, filha única, cursa ensino fundamental, segunda cirurgia, realizou adenoidectomia. Y, 8 anos, segundo filho de três, cursa ensino fundamental, segunda cirurgia, realizou meatoplastia.

Pode-se observar que, de modo geral, G1 e G2, estão compostos por crianças que frequentam a escola, apenas um sujeito do G1 não estuda ainda. Também pode-se verificar que não dormem sozinhos precisando da companhia dos pais ou irmão, e que já haviam realizado cirurgias anteriores.

Primeiramente foi aplicada a prancha do Pintinho, com o intuito de atenuar a ansiedade inicial. Considerou-se apenas as narrativas da prancha do tigre, por esta ilustrar claramente as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos. As narrativas foram transcritas na íntegra, como consta na tabela abaixo:

Tabela 1 - Narrativas da Prancha do Tigre

| G1 | |
|-----------|--|
| L | O tigre tá mordendo o macaco. Ele tá mordendo porque ele tá com fome (fica inquieto, olha pela janela, olha para todos os prédios) Eles tão na floresta. Eu vou contar outra história: O coelho trouxe um chocolate para mim e daí dois chocolate para mim. E eu vou comprar um prédio vou mudar de casa. Será que ele tá zanzando, ele tá falando que: pára, pára, pára (aponta para o macaco, quando olha para o tigre abre bem a boca, fazendo uma expressão de engolfar e diz) comi! O tigre vai morder o macaco, o macaco vai ficar com medo do tigre e vai para outro lugar, escondido e vai ficar lá em cima do morro, e vai ficar escondido lá. E o macaco vai se esconder bem longe (fica inquieto e busca a mochila tirando umas massas de modelar, faz com elas duas bolas e uma haste, que segura na mão e olha cuidadosamente). |
| G | É um tigre e um macaco. O tigre quer comer o macaco que está com medo. Ele tá com medo e daí ele foge. E consegue fugir do tigre grande. Ele tava só caminhando e o tigre quis pegar ele, mas ele saiu/fugiu, bem longe e ficou feliz depois. É isso! |
| R | Macaco, aqui elefante. O macaco tá passando a mão na barriga dele. Porque ele tá sentindo arranhar aqui, e também dói. (aponta para a sua barriga, próximo à incisão cirúrgica). Eu não quero mais contar essa história!! É que o macaco tá com medo do tigre, mas eu não sei porque ele tá com medo, ele tá com dor na barriga também, porque o tigre arranhou ele.(olha várias vezes para a mãe) Antes disso ele tava em casa, brincando com o pai dele e tava comendo feijão. Daí ele saiu para passear e o gatão esse, pegou ele, ele só tava passeando, não tava fazendo nada de errado. E o gato veio em cima dele e depois foi embora para casa bem longe, encontrou com o pai dele, só que o pai não gosta desse gato porque ele machuca os outros. E olha! O macaco tá chorando porque ele quer ir para casa, e ele foi embora daí. E chegou em casa e foi comer a comida que o pai fez. Daí ele parou de chorar. |
| J | Essa é tri! A onça tá pulando no macaco, ela pulou para comer, ela, ela tava com fome. Nunca vi onça não tá com fome. O macaco tava subindo a árvore e levou um susto. A onça comeu ele. E a onça ficou com um barrigão. E o macaco ficou na barriga da onça. A onça antes tava procurando uma coisa para comer e achou o macaco, no meio do caminho. O macaco tentou fugir e a onça segurou ele pelo rabo. Ele queria fugir da onça, para cima da árvore para comer banana. E o macaco tinha família e a família também ficou com medo pegar eles também. |
| G2 | |
| E | Essa é difícil! Muito difícil! Quantas histórias têm ainda? Tá bom, essa se chama: A onça e o macaquinho! A onça queria pegar o macaquinho para comer, e o macaquinho fugiu. Ele fugiu para ficar nas árvores e ela ficou procurando ele como uma boba. Eu gostei só que eu tô muito cansado, eu não quero mais! (finge estar dormindo). |
| A | O gato vai pegar o macaco e vai comer ele todo. O macaco é chato e por isso que o gato foi pegar ele. Ele incomoda e o gato comeu ele e doeu bastante. Tô cansada, quero água, dói a garganta! |

P Essa e a última? Bom, é o macaco que tá fugindo do tigre. Porque o macaco é menor e incomodou o tigre. Só que o tigre consegue pegar o macaco e come ele. Essa eu não gostei! Acho que o macaco sofreu.

Y O leão vai pegar o macaco. O macaco tá subindo na árvore. O macaco vai conseguir fugir, ele vai se esconder em outra árvore. É que o macaco está sozinho na floresta, e tá com muito medo porque o leão vai comer ele. Só que o leão só é brabo. E quando o macaco sair o leão vai ficar parado e depois vai ir embora. Eu acho que o macaco fez alguma coisa para o leão, provocou ele, ficou incomodando. Ele tava dormindo e o macaco foi incomodar ele. Ele é um macaco pequeno e sozinho.

Dentre os aspectos analisados na prancha encontram-se temas ligados à agressividade, que são avaliados quanto à ansiedade despertada, conflitos significantes, defesas

decorrentes da cena, nível de maturidade, bem como, a análise formal da narrativa, conforme Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Categorização das Narrativas do G1

| G1 | Ansiedades | Conflitos | Defesas | Nível de maturidade | Análise formal |
|-----------|-----------------------------|------------------------|---|--|--|
| L | Frente a agressões | Agressividade e ataque | Isolamento, anulação, introjeção, projeção e regressão. | Receio por normas e Controle de impulsos | Atitude fóbica; controle de ansiedade. |
| G | Persecutória | Agressividade e ataque | Ilusão (macaco triunfa) | Justo Controle de impulsos | Atitude fóbica |
| R | Punição, separação e doença | Agressividade e ataque | Negação, introjeção, projeção e regressão | Exigente Contaminado por temas orais | Controle de impulsos (pausas) |
| Y | Persecutória | Agressividade e ataque | Introjeção, projeção, ilusão, simbolização | Rígido Adequado | Atitude fóbica |

Tabela III - Caracterização das narrativas do G2

| G2 | Ansiedades | Conflitos | Defesas | Nível de maturidade | Análise formal |
|-----------|--|---|--|----------------------------|---|
| E | Persecutória e humilhação | Agressividade e ataque; frustração e prazer. | Projeção, repressão, ilusão, isolamento. | Exigente e realístico | Atitude contra-fóbica; controle de ansiedades e necessidade de aprovação. |
| A | Persecutória, punição e voracidade | Agressividade e ataque | Repressão | Severo e realístico | Atitude fóbica |
| P | Persecutória e punição | Agressividade e ataque; autonomia e submissão | Repressão, projeção e introjeção | Severo e realístico | Atitude fóbica e isolamento do afeto |
| Y | Desamparo, persecutória, culpa e punição | Agressividade e ataque; superego e ego | Anulação, projeção e introjeção | Rígido e realístico | Atitude contra-fóbica |

Discussão

O adoecimento associado à hospitalização desencadeia diversas reações nas crianças. No caso dos participantes foi possível averiguar atitudes fóbicas e contra-fóbicas associadas a isolamento de afeto, controle de ansiedades e necessidades de aprovação (LEWIS E VOLKMAR, 1993, CASTRO, SILVA, RIBEIRO, 2004).

Dentre os oito participantes, as histórias de vida foram diferentes. No entanto, foi possível observar que alguns conflitos, ansiedades e fantasias foram semelhantes entre todas as crianças. Como os procedimentos cirúrgicos foram todos ambulatoriais e o tempo de hospitalização semelhante, pode ter sido um fator de similaridade nas narrativas dos participantes (LEWIS E VOLKMAR, 1993, CREPALDI, HACKBARTH, 2002).

De acordo com Angerami Camon (2003), o adoecimento desencadeia uma passividade na criança, o que foi verificado nas narrativas do G2: o macaco é representado como um ser acuado e frágil que acaba sendo pego pelo tigre, como na narrativa de P (6a) “*O macaco é menor e incomodou o Tigre. Só que o Tigre pegou o macaco e comeu ele*”(sic), ou ainda de Y (8a) “*... Ele é um macaco pequeno e sozinho*”(sic). Já as narrativas do G1, demonstraram uma reação mais ativa do macaco em relação ao tigre, como expressa G (5a) “*... E consegue fugir do tigre grande..., mas ele saiu/fugiu bem longe e ficou feliz depois*” (sic).

Um aspecto marcante nas narrativas dos participantes do G2 foi o fato de o macaco ter buscado incitar o tigre a agredi-lo. O que em G1 foi descrito como uma ausência de culpa do macaco. Por exemplo, a narrativa de R (5a) “*... ele tava só passeando, não tava fazendo nada de errado*”(sic), ou ainda de G (5a) “*ele tava só caminhando*” (sic).

Em contrapartida, os participantes do G2, colocam, como A (5a) “*O macaco é chato e por isso o gato foi pegar ele*”(sic); ou P (6a) “*porque o macaco é menor e incomodou o tigre*”(sic). Fatos que parecem confirmar que a hospitalização e procedimentos cirúrgicos são sentidos como castigo por algo errado que tenham feito, mas que foi menor, senão ausente, nos sujeitos que tiveram um acompanhamento psicológico para vivenciar a experiência cirúrgica (SILVA FILHO, 1996; NOVAES, 1998; MELLO E COLS, 1999, CASTRO, SILVA, RIBEIRO, 2004, AL-CANTARA, 2008).

Os participantes tiveram histórias de vida bastante diversificadas. No entanto, no G1 algumas situações foram semelhantes: três dos quatro participantes dorme na cama dos pais e tomam mamadeira. Enquanto no grupo controle apenas uma criança dorme com os pais e toma mamadeira. Isso faz-nos pensar no que afirmam Wallander e Varni (1998), de que a criança apresenta mecanismos de enfrentamento baseados em sua história de vida e relações familiares. Se pensássemos assim, poderíamos inferir que o G2 enfrentaria a situação de crise com maior facilidade e sustentação egoica. No entanto, o demonstrado pelos participantes, não confirma esta questão. O G1 apresentou uma diversidade maior de mecanismos de defesa que auxiliaram no enfrentamento do tigre, expressão do ataque da equipe no procedimento cirúrgico, com mais habilidades. Já o G2 manteve-se a base de sua narrativa em mecanismos de repressão, introjeção e projeção, com maior indicativo de paralisação e recusa do estímulo ansiogênico.

Os participantes do G2 narraram o macaco como alguém frágil, menor e de alguma forma desamparado numa situação de agressão, o que remonta a separação, descrita por Motta (1998), Torres (1999) e Murphi Taylor (1999). Como consequência da uma modificação corporal e separação da família, a criança teria uma baixa autoestima, sentindo

com maior intensidade a agressão. Diante disso, pode-se supor que os participantes do G1, através do acompanhamento psicológico, beneficiaram-se com este suporte dado, atenuando sua sensação de abandono.

O sofrimento vivenciado no pré, trans e pós-operatório é real, as crianças são mantidas em jejum por várias horas e os cortes, aparentes ou não, doem a cada movimento. Este sofrimento é descrito por alguns sujeitos, como L (5a), na narrativa “*Ele tá mordendo porque tá com fome*”(sic); ou R (5a), que realizou uma cirurgia de herniorrafia inguinal por vídeo, “*O macaco tá passando a mão na barriga dele. Porque ele tá sentindo arranhar aqui e também dói*”(sic), ambos participantes do G1. No G2, estes aspectos não foram claramente expressos, apareceram na forma de recusa da prancha ou exclamações de dificuldade para elaboração da história. Será então uma expressão do grau de agressão sentida? O que no grupo controle acarretou no bloqueio por sensação de extrema agressão (CASTRO, SILVA, RIBEIRO, 2004, ALCANTARA, 2008).

O acompanhamento psicológico em procedimento cirúrgico tem como objetivo esclarecer para o paciente o que acontecerá no bloco com ele, as pessoas, equipamentos e procedimentos que realizará, atenuando o surgimento de fantasias maiores, até mesmo atenuar aspectos de culpa inculcados pela família à criança, com o objetivo de educar. Esta pode ser uma explicação que poderia justificar o aparecimento da ansiedade persecutória associado a punição e culpa nos participantes do G2, independentemente da fase evolutiva. Enquanto nos participantes do G1 a ansiedade persecutória, geralmente, aparece por agressões (AJURIAGUERRA E MARCELLI, 1991; LEWIS E VOLKMAR, 1993; NOVAES, 1998; CREPALDI, HACKBATH, 2002).

A presença de estresse é entendido como uma resposta à determinado estímulo, que levaria a uma alteração com intuito de retor-

nar ao equilíbrio egoico. O medo decorrente de um ataque e a necessidade de se adaptar demonstra uma crise, que neste estudo é compreendido como procedimento cirúrgico. A crise seria demonstrada no ataque do tigre ao macaco, o que desencadeia uma reação de medo em todos os participantes, a resposta é que se diferencia entre os grupos. O que nos faz pensar que o suporte social dado pela psicologia e pela equipe médica ao G1 tenha colaborado para a adaptação do participante ao novo momento experienciado (TOSTA, 1997; NOVAES, 1998; JEAMMET, REYNAULD, CONSOLI, 2000; MOTTA, ENUMO, 2004).

O G1 apresentou aspectos que parecem mostrar que houve uma flexibilidade egoica maior, se comparado ao G2. Os participantes do G1 tiveram uma diversidade de defesas associada a um menor sentimento de culpa e punição, mesmo vivenciando uma situação de agressão e ataque igual aos dos participantes do G2 (MOTTA, ENUMO, 2004).

Se pensarmos, o procedimento cirúrgico como um estressor, a resposta da criança no pós-operatório será de estresse, por uma resposta natural de necessidade de adaptação. A diferença está nos riscos que este estresse pode causar ao desenvolvimento da criança. Em algumas narrativas o macaco (expressão da criança) consegue fugir do tigre (expressão da equipe) e viver feliz, enquanto outros morrem após o ataque do tigre. Podendo indicar um pior prognóstico dos últimos (AJURIAGUERRA E MARCELLI, 1991; SOIFER, 1992; CECCIN E CARVALHO, 1997; CREPALDI, HACKBATH, 2002; ALCANTARA, 2008).

Considerações finais

A criança que sofre uma intervenção cirúrgica é exposta a muitos estressores: separação, dores, lugares novos e incertos. Através deste estudo pôde-se perceber diferenças

entre as reações do grupo de crianças com acompanhamento psicológico em relação ao grupo sem o acompanhamento. O grupo G1, o qual as crianças tiveram acompanhamento psicológico no período pré, trans e pós-operatório, mostraram maior diversidade de mecanismos de defesa, reações de enfrentamento mais ativas nas narrativas, menor sentimento de baixa autoestima e utilizaram a fantasia para descarregar ansiedades sobre a experiência real da cirurgia. Já o grupo sem acompanhamento psicológico, demonstrou maior sentimento de culpa e punição, bloqueio por ansiedades e menor diversidade de mecanismos de defesa associado à passividade.

Outro aspecto importante a se destacar foi o fato de o G1 ter participantes com histó-

rias de vida mais conturbadas do que o G2, demonstrando ainda que o grupo G1 poderia ter maior expressão de dificuldades de adaptação no pós-operatório por falta de suporte egoico e familiar. Fato que não observou-se na amostra pesquisada.

A partir dos resultados desta pesquisa, fica evidente a importância de se realizar acompanhamento psicológico em crianças que realizarão intervenções cirúrgicas, pois foi possível constatar que os sujeitos que realizaram acompanhamento psicológico obtiveram benefícios no enfrentamento da situação estressante, no caso o procedimento cirúrgico. Enfatiza-se, ainda, a necessidade de um estudo mais aprofundado e amplo, para discussão deste vasto campo de pesquisa que é a psicologia da saúde e cirurgia pediátrica.

AUTOR

Márcia Keller Coronel - Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS). E-mail: mkc.marcia@gmail.com

REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. 2. ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- ALCANTARA, E.B. Criança Hospitalizada: O Impacto do Ambiente Hospitalar no seu Equilíbrio Emocional. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, v 3, n.6, jan 2008.
- ANGERAMI-CAMON, V.A ...E a **Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.
- BARBOSA, J.A; FERNANDES, M.Z; SERAFIM, E.S. Atuação do Psicólogo no Centro de Oncologia Infantil - Relato de uma Experiência. **Jornal de Pediatria**. Natal, v. 67, p.344-347, set/out, 1991.
- CASTRO, A.S.; SILVA, C.V.; RIBEIRO, C.A. Tentando readquirir o Controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12 n.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2004.
- CAVALCANTE JB, PAGLIUCA LMF, ALMEIDA PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. **Rev Lat Am Enferm**, v. 8, n. 4, p.59-65, 2000.

CECCIN, R.B; CARVALHO, A.P. **Criança Hospitalizada**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1997.

CREPALDI, M.A. ; HACKBARTH, I.D. Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica **Temas em Psicologia da SBP** , v. 10, n. 2,p.99-112, 2002.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico – V**. (5 ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

HAGGLOF, B. Psychological Reactions By Children of Various Ages to Hospital Care and Invasive Procedures. **Acta Paediatric Suppl**. Sweeden, v.88, p. 72-78, nov, 1999.

IBGE. **Um Panorama da Saúde no Brasil** - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Site: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/defaulttab_pdf_2.shtm

JEAMMET, D; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia Médica**. 2. ed. Rio de janeiro: MEDSI, 2000.

LEWIS, M; VOLKMAR, F. **Aspectos Clínicos do Desenvolvimento da Infância e Adolescência**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MELLO, C.O e Colaboradores. Brincar no Hospital: Assunto para Discutir e Praticar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v.15, n.1, p.65-74, jan/abr, 1999.

MONTAGNA, M.E. **Análise e Interpretação do CAT**. São Paulo: EPU, 1989.

MOTTA, A.B; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. estud**. vol.9 no.1 Maringá Jan./Apr. 2004.

MOTTA, M.G.C. **O Ser Doente no Tríplice Mundo da Criança, Família e Hospital: Uma Descrição Fenomenológica da Mudanças Existenciais**. Florianópolis: UFSC, 1998.

MURPHI-TAYLOR, C. The beneficts os Preparing Children and Parents For Day Surgery. **Journal Nursing**. São Francisco,v.7, n.8, p. 801-804, dez, 1999.

NOVAES, L.H.V.S. **Brincar é Saúde: O Alívio do Estresse na Criança Hospitalizada**. Pelotas: EDUCAT, 1998.

PASCHOAL MLH, GATTO, MAF. Taxa de suspensão de cirurgias em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Rev Lat Am Enferm**. v.14, n 1, p.48-53, 2006.

PIRES, A. R. **Lágrimas na Inocência – Hospitalização e Depressão Infantil no Hospital de Santa Maria**. Disponível em: <www.psicologia.com.pt> Acesso em 2004.

ROBAEY, P.; DOBKIN, P.; LECLERC, J.M.; CYR, F.; SAUERWEIN, C. ;THÉORÊT, Y. A Comprehensive Model of the Development of Mental Handicap in Children Treated for Acute Lymphoblasti Leukaemia: A Syntesis of the Literature. **International Journal of Behavioral Development**. Quebec, v.24, p. 44-58, jan, 2000.

ROMANO, B.W. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo, casa do psicólogo, 1999.

SILVA FILHO, N. Uma Reflexão Acerca da Prática Clínica em Instituições Hospitalares. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v.13, n.3, p. 3-9, set/dez, 1996.

SOARES, V.V; VIEIRA, L.J.E.S. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. **Rev. esc. enferm.** USP v.38 n.3 Sept. 2004 .

SOIFER, R. **Psiquiatria Infantil Operativa: Psicologia Evolutiva e Psicopatologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SPIRI WC, GARCIA MA. Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola. **Rev SOBECC**. v.12, n 4, p.15-9, 2007.

TORRES, W.C. **A Criança diante da Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TOSTA, R.M. Atividade Lúdica da Criança no Contexto da Internação Hospitalar. **Publicação da Clínica Psicológica Dra Ana Poppovic**. São Paulo, v.3, dez, 1997.

WALLANDER, J.C.; VARNI, J.W. Effects of Pediatric Chronic Physical Disorders on Child and Family Adjustment. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**. San Diego, v.39, n.1, p. 29-47, jan, 1998.

XAVIER, M. F. **Evidências de validade do CAT-A e Rorschach para avaliação da cognição**. Itatiba, 2009.