

ARTIGO

“*Que negócio é esse de operar?*”- A abordagem gestáltica e o acompanhamento psicológico a crianças em processo cirúrgico.

"What business is it to operate?"- The gestalt approach and psychological care to children in the surgical process

**Celita Almeida Rosário
Cristiane Ferreira Esch**

RESUMO

O presente artigo aborda a importância do acompanhamento psicológico a crianças em processo cirúrgico utilizando como fundamento conceitos da Gestalt terapia. Nesta abordagem, a compreensão do homem como uma totalidade rompe com a dicotomia mente-corpo e traz a ideia de organismo unificado, sob a influência tanto de aspectos psicológicos como fisiológicos. A experiência cirúrgica e a hospitalização podem gerar um desconforto emocional, o que torna importante a oferta de um espaço para expressão de sentimentos. Objetiva-se que as crianças, ao entrarem em contato com a situação vivida possam realizar ajustamentos criativos de modo a atravessarem o processo de internação e cirurgia com maior suporte. Além disso, ao considerar a criança inserida em um campo, é fundamental o acompanhamento também aos seus responsáveis. O trabalho é realizado, sobretudo, através da experiência lúdica do brincar, considerada como facilitadora do contato da criança consigo mesma, com a situação e com outras crianças.

Palavras-chaves: Processo Cirúrgico; Crianças; Gestalt-terapia.

ABSTRACT

This article discusses the importance of psychological support to children undergoing surgery using the foundation concepts of Gestalt therapy. In this approach, the understanding of man as a whole breaks the mind-body dichotomy and brings the idea of unified organism under the influence of both psychological and physiological. Surgical experience and hospitalization can cause emotional discomfort, which makes it important to offer a space for expression of feelings. The aim is for the children, to get in touch with the situation experienced can make creative adjustments in order to pass through the process of hospitalization and surgery with greater support. Furthermore, when considering the child placed in a field, it is also essential to follow its heads. The work is done mainly through the playful experience of playing, considered as a facilitator of the child's contact with itself, with the situation and with other children.

Keywords: Surgical Process; Children; Gestalt therapy;

Introdução

A criança sob a ótica da Gestalt-terapia é vista como uma totalidade singular, que cresce e se desenvolve através da relação ativa e ininterrupta com as forças do campo no qual interage (AGUIAR, 2005). Dentro desta perspectiva, destaca-se a visão integral e não fragmentada do homem e da realidade que o cerca.

De acordo com Perls (1985), a interação do homem com o meio ocorre através do processo de autorregulação orgânica, a partir do qual o indivíduo retorna ao estado de equilíbrio (homeostase) quando alcança a satisfação de suas necessidades. Pode-se considerar que o estado saudável de um indivíduo depende do seu equilíbrio homeostático. Na busca desse estado saudável, utiliza-se do ajustamento criativo, que de acordo com Kiyon (2006), refere-se aos ajustamentos possíveis, ou seja, interações entre o indivíduo e o campo, em que o indivíduo pode optar por uma decisão que lhe pareça mais adequada à demanda orgânica que se torna figura naquele momento. Por sua vez, se o processo falha em alguma escala, ou se o organismo se mantém num estado de desequilíbrio por muito tempo, tornando-se incapaz de satisfazer suas necessidades, está doente (PERLS, 1985).

De modo semelhante, Chiatton e Sebastiani (1997), consideram como “doença” a desarmonia que, através de sua manifestação crítica, bloqueia o dinamismo e desenvolvimento do homem como ser integral, refletindo na desarmonização da pessoa. Segundo estes autores, a doença:

“... gera um estado de crise, um desequilíbrio, impondo ao paciente perdas e desorganizações que precisam ser recuperadas ou administradas, para que esse paciente possa retornar ao controle de sua vida e participar de sua existência pois, sentindo seu corpo impossibilitado de seguir seu ritmo psicológico, o paciente sente-se em conflito. De um lado, imobilizado pela doença e hospitalização, de outro impondo-se limitações reais e fantasmáticas, em busca da homeostase perdida” (p. 124).

De volta à Gestalt-terapia, Gaspar (2004) acrescenta que o “doentio” ou o “distúrbio”, ainda é, na verdade, uma maneira expressiva de ajustamento criativo por parte do indivíduo, mesmo que disfuncional. Nesse sentido, ao invés de privilegiar sintomatologias, pretende-se levar em conta o aspecto saudável que se esconde nas entrelinhas do adoecer, visando uma compreensão mais criativa (no sentido gestáltico) do homem.

Saúde e doença, portanto, evidenciam o ser humano como ser total e em relação num dado campo. Por essa razão, é preciso que se reflita sobre saúde como uma postura humana ativa e dialética diante das constantes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio.

A experiência cirúrgica na infância

“A doença está ligada à dor, à separação, à impotência.

No horizonte, a partida sem volta.
 Isso fica muito pior no ambiente do hospital.
 A assepsia médica pode ser necessária, mas faz muito mal à alma...
 A criança é transformada em objeto: já não está no colo daqueles que a amam.
 Descobre-se nas mãos de estranhos que a levam para salas onde pais não entram.
 Medo". (ALVES, 1999, p.17).

A cirurgia é uma especialidade da Medicina voltada para a cura de doenças, onde o profissional atua diretamente no local afetado, unindo, cortando ou retirando o que está prejudicado no corpo do paciente. Sabe-se que esta especialidade médica, mesmo sofrendo ao longo do tempo diversas mudanças e aperfeiçoamentos tecnológicos, ainda gera nos pacientes, intenso desconforto emocional e insegurança. Isso porque, embora exista com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remete os pacientes a um estado conflituoso e geralmente adquire caráter ameaçador, agressivo e invasivo (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Do ponto de vista psicológico, entende-se que a intervenção cirúrgica quase sempre é enfrentada como uma situação inesperada e desconhecida, até mesmo quando esta ocorre em circunstâncias não emergenciais, onde o paciente sabe previamente que necessitará realizar uma cirurgia. Mello Filho e Burd (2004) apontam que a cirurgia sempre surge como uma urgência, a qual o paciente responde reunindo todos os seus esforços possíveis para combater o sentimento de “ataque iminente”.

Atualmente diversos autores, como Angerami-Camon (1995) e Trinca (2003), corroboram com a afirmativa de que a situação de hospitalização pode provocar um grande impacto no ser humano, e destacam que tal fato se agrava quando o paciente em questão é uma criança.

Para a criança, a experiência cirúrgica pode ser ainda mais traumática e com efeitos psicológicos persistentes. Isso porque, segundo Broering (2008, p.21) “a criança tem menor condição de compreender, a princípio, que um procedimento cirúrgico irá beneficiá-la”. A necessidade da cirurgia pode ser percebida pela criança como uma punição (FELDER-PUIG *et al.*, 2003), além de sentir-se intimidada pela separação da família, pelo estranhamento ao ambiente hospitalar, pela dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e pela indução forçada de anestesia.

A forma como cada indivíduo enfrenta a intervenção cirúrgica pode facilitar ou não o processo de recuperação e a readaptação à vida normal. Segundo Ruschel, Daut & Santos (2000) se não se considera os aspectos psicológicos do paciente durante o processo cirúrgico eleva-se a propensão de complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando por vezes, a intensificar a morbidade no período pós-operatório.

No caso de pacientes infantis, Broering e Crepaldi (2008) e Yamada e Bevilacqua

(2005) sugerem que a preparação cirúrgica infantil deve abranger o pré-operatório, o pós-operatório imediato e o pós-operatório, além de seguir as necessidades da criança, a idade, suas experiências e o tratamento.

Segundo Kain *et al.*, (2007), programas que articulam diferentes instrumentos e estratégias de intervenção, além de priorizar o brincar como mediador do atendimento, são os que apresentam resultados mais satisfatórios.

Principais sentimentos em crianças no processo cirúrgico

De modo geral, pacientes em processo cirúrgico manifestam sentimentos de perda, impotência, isolamento, medo, ansiedade e insegurança. Pode-se dizer que uma gama enorme de sentimentos acompanham o indivíduo desde o aparecimento da doença, e que a internação hospitalar e a necessidade de realizar uma cirurgia podem intensificar o desconforto emocional (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Cabe esclarecer que se compreende como processo cirúrgico o momento que tem início na decisão de fazer a cirurgia até os resultados obtidos a partir de sua realização, ou seja, o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório. Para Sebastiani e Maia (2005, p. 54), *“cada um desses momentos é representado por movimentos emocionais, que estão intimamente ligados às experiências e expectativas vivenciadas pelo paciente, mas, particularmente, são marcados pela forma com que a pessoa elabora essas vivências”*.

Para a criança, a hospitalização em si já é vista como algo ameaçador e desencadeadora de reações adversas, que podem ser potencializadas caso haja a necessidade de realização de algum tipo de procedimento médico invasivo, como a cirurgia, por exemplo (Crepaldi, 1999). De acordo com Crepaldi e Hackbarth (2002), as crianças temem a realidade concreta, como por exemplo, os instrumentos e aparelhos cirúrgicos, e todos os procedimentos que podem gerar sofrimento e dúvidas e contribuem para aumentar a ansiedade.

Na pesquisa sobre os sentimentos e comportamentos presentes em pacientes pré-cirúrgicos, realizada em um hospital infantil com 35 crianças entre 5 e 7 anos (CREPALDI e HACKBARTH, 2002), o medo foi destacado como o sentimento mais frequente. Na mesma pesquisa, esse sentimento foi dividido em subcategorias de acordo com as respostas das crianças participantes. Assim, 21,87% temiam a mutilação após a cirurgia, como por exemplo, perder algum membro do corpo ou ter a barriga cortada e vir a morrer. O abandono aparece em 15,62% das respostas e referiam-se ao medo de ficar sozinho ou esquecido no hospital. 12,5% das crianças responderam que temiam não poder mais brincar ou voltar para casa, revelando o medo de sofrer prejuízos na vida infantil. Outros tipos de medo, como o de morrer durante a cirurgia, não poder mais comer e o medo de ficar no hospital aparecem em 6,25% das crianças. Por fim, 3,12% relataram o medo relativo à incerteza sobre os procedimentos cirúrgicos e o medo de ficar incapacitado e outros 1,25% dos pacientes diziam sentir medo dos

procedimentos cirúrgicos, tais como tomar injeção e a cirurgia propriamente dita.

Ainda tratando do sentimento de medo, Finkel e Espíndola (2008) e Moro e Módolo (2003) afirmam que os temores de pacientes infantis frente à cirurgia relacionam-se ao medo da morte, da dor, da separação dos pais, das incertezas, dos aparelhos cirúrgicos e dos sons produzidos por eles, entre outros.

A ansiedade também é apontada por diversos autores como um sentimento predominante em pacientes cirúrgicos, principalmente no momento pré operatório. Para Romano (1998), as principais fontes de ansiedade em pacientes cirúrgicos referem-se à separação de casa e da família; ao medo da morte; a ser forçado a assumir o papel de doente; à antecipação de questões diretamente relacionadas ao físico, tais como o ato cirúrgico, a dor e a perda do controle sobre si mesmo. Além disso, a ansiedade pode ser descarregada no corpo e se expressar por meio de sintomas físicos capazes de interferir, por exemplo, no sono e no apetite (FIGHERA & VIERO, 2005).

Em pacientes infantis a ansiedade pode ser observada, sobretudo, através de mudanças no comportamento, tais como, enurese, dificuldade na alimentação, apatia, instabilidade, distúrbio no sono. Moro e Módolo (2003) apontam a respeito das crianças que *“muitas delas parecem assustadas, tornam-se agitadas, com respiração profunda, apresentam tremores, param de falar ou simplesmente, choram”* (p. 78). Além disso, alguns fatores podem sugerir graus elevados de ansiedade no período pré-operatório, tais como, o temperamento prévio da criança, níveis baixos de sociabilidade, experiência cirúrgica prévia, hospitalização, visitas conturbadas aos consultórios pediátricos e níveis elevados de ansiedade dos familiares (GUARATINI *et al*, 2006).

Neste momento, é importante ressaltar que o grau de ansiedade dos pais influencia na ansiedade dos filhos. Li, Lopez e Lee (2007) apontam que a maioria dos pais relata a dificuldade em ajudar seus filhos a passar pela situação estressora que é a operação. Para esses autores, o envolvimento dos pais é fundamental para a redução da ansiedade das crianças no processo cirúrgico. Oaklander (1980) afirma que *“se os pais são capazes de confrontar abertamente os seus próprios sentimentos, a criança tem mais facilidade para ser aberta com seus próprios sentimentos e confusões”* (p. 275).

O sentimento de culpa também se mostra presente em pacientes infantis. Quando não há um preparo ou quando não são explicadas à criança a real causa de sua doença e da necessidade de se realizar a cirurgia, ela tende a julgar que seu estado é resultado de um mal comportamento. Nesse sentido, a doença e a necessidade de cirurgia passam a ser compreendidas pela criança como uma punição ou castigo. Crepaldi e Hackbarth (2002) citam a pesquisa realizada por Kister e Patterson (1980) sobre a influência da desobediência como possível explicação para a doença e para o contágio. Segundo estes autores, *“as crianças com melhor compreensão do que se passa com elas têm menor tendência a utilizar a desobediência como razão para o contágio de doenças”* (p. 110).

Ainda em relação ao período pré-operatório, Crepaldi e Hackbarth (2002) afirmam, através dos resultados de sua pesquisa, que os sentimentos de fuga, tristeza e desconfiança na equipe também tornam-se presentes. O primeiro deles refere-se aos comportamentos que as crianças emitem para livrar-se da situação que provoca medo e ansiedade, no caso, a hospitalização e a cirurgia. Elas podem se esconder, por exemplo, ou procuram maneiras de fugir do hospital, não colaboram com a equipe de saúde, entre outros. Já o sentimento de tristeza surge na medida em que os pacientes infantis interpretam a possibilidade do procedimento cirúrgico acarretar consequências desastrosas para a sua vida. Neste caso, observou-se que as crianças percebiam a cirurgia como uma experiência agressiva e o contexto que a antecedia permeado por tristeza e por uma espera ansiosa, repleta de dúvidas, exames e procedimentos preparatórios. Além disso, as crianças imaginavam que após a cirurgia não poderiam praticar suas atividades rotineiras, como por exemplo, brincar na chuva, jogar bola, voltar à escola etc. Outras crianças também apresentaram o sentimento de tristeza devido à preocupação que a doença trouxe para os seus familiares. Por fim, o sentimento de desconfiança surge diretamente relacionado à equipe de saúde, no que diz respeito aos procedimentos e ao tratamento. Crepaldi e Hackbarth (2002) concluíram que 50% dos pacientes infantis não confiam no médico e que outros 50% não confiam na equipe de enfermagem. De modo geral, os pacientes não se sentiam acolhidos pela equipe de saúde, não havendo, portanto, uma boa comunicação entre eles e seus familiares.

Para Sebastiani e Maia (2005),

“a efetivação de um bom acompanhamento psicológico no pré operatório tem influência direta nas reações do paciente no trans e pós operatório, já que existem relações entre o estado emocional do paciente nessas três fases da cirurgia” (p. 54).

O pós-operatório pode ser dividido em imediato e tardio e psicologicamente, um depende muito do outro. Os sentimentos nesse último período referem-se, sobretudo, ao processo de recuperação, a capacidade de adaptação a uma nova rotina e às possíveis limitações. Castro, Silva e Ribeiro (2004) apontam sobre os efeitos do pré-operatório no comportamento de crianças antes e após a cirurgia, que os medos decorrentes da ansiedade e fantasias desencadeadas pela cirurgia tendem a persistir por períodos prolongados após a operação.

O trabalho baseado nos conceitos da abordagem gestáltica

O presente trabalho, por estar pautado e orientado pela perspectiva da Gestalt terapia corrobora com a afirmativa de que um bom programa de preparo psicológico para a cirurgia, muito mais do que apenas informar e reduzir a ansiedade pré-cirúrgica, deve buscar abarcar toda a complexidade desta vivência. Deve, portanto, compreender a criança como um ser total, de maneira holística. Junto com isso, deve proporcionar a possibilidade da criança entrar em

contato com a situação, experimentando os sentimentos presentes e auxiliando-a na compreensão e significado deste processo.

Além disso, o psicólogo buscará auxiliar e empoderar essas crianças e seus familiares durante o processo operatório. É de suma importância que o profissional de psicologia colabore para que os mesmos sintam-se ativos e participantes nas escolhas e eventuais caminhos do tratamento, o que provavelmente torná-los-á mais seguros para enfrentar os desafios e angústias inevitáveis da experiência operatória (SOUZA, 2009).

O trabalho tem início com o acolhimento oferecido. O ato de acolher é compreendido como cuidar, amparar, acompanhar e respeitar, sendo a partir do acolhimento que nasce a confiança e, conseqüentemente, a entrega (CARNÉ, 2002). O psicólogo, além de demonstrar interesse em conhecer sua clientela, através do acolhimento, buscará propiciar um espaço de troca de experiências e suporte emocional, a fim de promover um sentimento de maior segurança no território hospitalar. Quanto à forma do atendimento, Oaklander (1980) afirma que, o trabalho em grupo pode ser considerado a situação ideal para crianças que precisem praticar suas habilidades contactuais. Segundo a autora,

“o grupo é um lugar para a criança tomar consciência de como interage com outras crianças, para aprender a assumir responsabilidade pelo que faz, e para experimentar comportamentos novos. Além disso, toda criança precisa de contato com outras crianças, para saber que as outras têm sentimentos e problemas semelhantes” (p. 315).

No caso de crianças em processo operatório este contato é ainda mais importante, na medida em que viabiliza a troca de conhecimento sobre esta vivência entre as crianças, e conseqüentemente a descoberta de instrumentos de enfrentamento da angústia e ansiedade presentes. Neste contexto, o grupo de acompanhamento cirúrgico é estruturado como um grupo temático e não terapêutico, já que tem como objetivo aproximar e/ou aprofundar – dependendo das possibilidades de contato de cada participante – de determinado tema, neste caso, a cirurgia. *“Todas as colocações devem girar sempre em torno do mesmo e único tema. A periferia poderá ser igualmente estudada, mas sempre em referência ao tema central, que permanece sempre figura”* (RIBEIRO, 1999, p. 171).

Por tratar-se de um grupo de crianças, é interessante que se estruture uma proposta que possa ser vivenciada ao longo do encontro. Algo que seja muito mais do que a simples explicação dos procedimentos e das rotinas. O experimento, conceito da Gestalt-terapia, é utilizado no grupo como meio de aprofundar o contato, pois segundo Polster e Polster (2001) é uma tentativa de recuperação da conexão entre o falar sobre e a ação. No grupo, o momento do experimento é mais do que discurso, é atenção focada naquilo que se faz quando se faz. É a integração entre o falar, o agir e o pensar (SOUZA, 2009).

Para Zinker (2007), *“o experimento gestáltico é uma forma de pensar em voz alta,*

uma concretização da imaginação da pessoa, uma aventura criativa” (p.145). Segundo ele, os propósitos do experimento são: aumentar o alcance da *awareness*, ampliar o entendimento de si mesmo, expandir a liberdade de agir no ambiente com eficiência e aumentar o repertório de comportamentos numa variedade de situações.

Para Perls (1985), a conscientização ou a *awareness*, fornece ao paciente a compreensão de suas próprias capacidades e habilidades de seu equipamento sensorial, motor e intelectual. É, portanto, um processo de contato na relação estabelecida entre o campo organismo e meio, com qualidade acentuada de atenção e sentido. Assim, o experimento gestáltico, como forma de favorecer a *awareness*, levará a criança a muito mais do que simplesmente falar, mas a vivenciar a experiência psicodramaticamente.

Zinker (2007) afirma que em grupo o experimento é poderosamente eficaz porque conta com o apoio da ampla criatividade de todos, e ainda, é apenas um caminho para iniciar e ampliar o processo de contato.

“O experimento se dirige ao cerne da resistência, transformando a rigidez em um suporte elástico para a pessoa. Não precisa ser pesado, sério, nem ter uma comprovação rigorosa; (...) não precisam brotar de conceitos; podem começar simplesmente como brincadeiras e desencadear profundas revelações cognitivas” (p.145).

Neste sentido, o experimento gestáltico se mostra coerente com uma proposta de intervenção para crianças em processo cirúrgico. Revela-se como um meio interessante de possibilitar o contato de cada criança com suas vivências anteriores, expectativas, ansiedades e angústias presentes no aqui-e-agora, e ainda possibilitar a troca de experiências entre elas, no sentido de ampliar os instrumentos de apoio de cada uma e do grupo como um todo. Como bem esclareceu Zinker (2007) no trecho acima, o experimento gestáltico pode emergir pelo brincar. Portanto, o psicólogo pode optar por introduzir o brincar como base para toda a sua proposta de intervenção, ou apenas para algumas etapas.

Segundo Maturana e Verden-Zoller (2004, p.230), o brincar deve ser compreendido como: *“uma relação de total aceitação e confiança no encontro corporal de uma pessoa com outra; com a atenção posta no encontro e não no futuro; não no que virá, mas sim no simples fluxo da relação”*. Além disso, os autores acreditam que por ter caráter inocente, transcorre sem tensão e angústia, como um ato que se vive no prazer sendo, portanto, o fundamento da saúde psíquica.

Com crianças, o experimento pode ser traduzido pelo brincar, pois é através dele que elas procuram expressar seus sentimentos. Fernandes (1995) pontua que a facilitação no trabalho com crianças ocorre no sentido de acolher a expressão dos sentimentos que possam emergir neste contato. Além disso, ao brincar com ela, é necessário trazer para o campo fatores que estão ligados a tais sentimentos, mas que estão alienados, auxiliando-a a ampliar sua *awareness* e ressignificá-los.

Segundo Souza (2009), as crianças são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas através do brincar. Elas procuram integrar experiências de dor, medo e perda. Brincando a criança coloca-se num papel de poder, em que ela pode dominar os vilões ou as situações que provocariam medo ou que a fariam sentir-se vulnerável e insegura, como é, por exemplo, a situação cirúrgica.

Oaklander (1980) relata que nos jogos dramáticos criativos as crianças podem aumentar a autoconsciência. Podem também desenvolver uma consciência total de si próprias – do corpo, da imaginação, dos sentidos.

“Nos jogos dramáticos criativos, as crianças são chamadas a experienciar o mundo a sua volta, bem como suas próprias formas de ser. No sentido de interpretar o mundo a sua volta e transmitir idéias, sentimentos e expressões, elas mobilizam todos os recursos que podem reunir dentro de si: visão, audição, paladar, tato, olfato, expressão facial, movimento corporal, fantasia, imaginação, intelecto” (p. 161).

O brincar é uma linguagem de possibilidades, na qual a criança se sente autorizada e segura para vivenciar suas fantasias. É, portanto, um potencializador do contato. Contato, conceito fundamental da Gestalt-Terapia, é definido por Perls, Hefferline e Goodman (1997) como a consciência “de” e o comportamento “para” com as novidades assimiláveis, e a rejeição das novidades não assimiláveis. Ou ainda, o meio para mudar a si mesmo e a experiência que se tem do mundo (POLSTER e POLSTER, 2001).

Os instrumentos e materiais utilizados também são carregados desta forma de comunicação. As brincadeiras de apresentação, os desenhos sobre o espaço hospitalar, a contação de histórias infantis sobre a operação, a brincadeira de operar bonecos, a utilização de materiais e instrumentos médicos, são exemplos desses instrumentos lúdicos que potencializam o encontro durante os atendimentos. Segundo Fernandes (1995), é na brincadeira, projetando-se nos personagens e nas estórias que inventa, ou nos desenhos ou movimentos, que a criança melhor expressa e resolve seus conflitos.

Stevens (1988) *apud* Crepaldi e Hackbarth (2002) considera o desenho como um instrumento que permite a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança. Através dele a criança pode representar o mundo no qual vive e o contexto em que se encontra num dado momento ou algo que deseja investigar. Podem expressar também sentimentos como medos, angústias e fantasias. Além disso, é uma forma privilegiada de comunicação da criança, pois possibilita a expressão de sutilezas do intelecto e da afetividade, que não podem ou não conseguem ser expressados verbalmente.

O contato com os materiais médicos transmite indiretamente às crianças informações sobre os procedimentos e permite que elas formulem questões. Mais do que isso, fornece um espaço no qual elas têm a possibilidade de entrar em contato com dúvidas que ainda não estavam evidentes para elas mesmas. Ao utilizar os instrumentos médicos, as crianças vão conhecendo e se familiarizando

com cada um deles, nomeando-os de uma maneira menos técnica e mais compreensível, ou transformando-os em coisas diversas durante a brincadeira. Segundo Aguiar (2005),

“a criança brinca com a realidade e, com isso, dá outra significação ao cotidiano. Ela cria outros sentidos para os objetos que possuem significados fixados pela cultura dominante, ultrapassando o sentido único atribuído às coisas, apontando-nos e lembrando que a verdade é sempre provisória” (p. 65).

O bisturi, portanto, pode ser simplesmente uma faquinha de cozinha, a massinha pode vir a ser uma “pereba”, a injeção pode se tornar uma mamadeira, a luva pode se tornar uma bola de encher e voltar a ser uma luva no momento em que a criança desejar.

A “operação” de bonecos possibilita que as crianças envolvidas interajam, conversem, troquem informações sobre suas experiências e sentimentos, compartilhem dúvidas entre si e com a equipe, etc. Por essa razão, entende-se como positivo que o grupo seja composto tanto por crianças que já realizaram a cirurgia quanto àquelas que ainda irão realizar, a fim de possibilitar uma troca mais intensa.

A visita prévia ao local de internação é também importante enquanto etapa deste processo, pois a criança tem a possibilidade de conhecer os diversos setores do hospital e assim se familiarizar com o ambiente.

O trabalho com a família também é privilegiado, pois na concepção da Gestalt terapia, a criança é uma totalidade inserida em outra totalidade, representada por seu meio familiar, o qual por sua vez, encontra-se inserido em outras totalidades.

Os diferentes membros desse meio familiar estão em permanente interação, afetando uns aos outros, e é por intermédio dessa interação que cada um buscará a melhor forma possível de autorregulação (AGUIAR, 2005).

Nesse sentido, a situação cirúrgica no contexto familiar representa um desequilíbrio e mobiliza todo este sistema. Assim, trabalha-se não somente com a criança em situação cirúrgica, mas com todo o sistema que foi afetado por esta situação e que consequentemente, tem procurado responder a ela das mais diferentes formas.

Portanto, para um bom trabalho de acompanhamento psicológico é necessário que se estruture propostas para que se intervenha também junto às famílias, no sentido de acolhê-las e possibilitar-lhes a escuta, ao longo do processo operatório das crianças. O trabalho de preparação cirúrgica destinado aos familiares de crianças hospitalizadas deve fornecer instrumentos e suporte, tanto em termos práticos quanto emocionais, para que estes possam efetivamente auxiliar a criança.

De acordo com Souza (2009), o que se estabelece, geralmente, no meio familiar,

como resultado da dificuldade da família de tratar do assunto, é uma comunicação indireta, repleta de ruídos, que em nada favorece o processo de preparação da criança. Assim, ainda de acordo com Souza (2009), o grupo de acompanhamento psicológico a crianças pode funcionar para os responsáveis como uma espécie de modelo. Isso porque, ao verem a equipe conversando com as crianças sobre temas tão delicados, e ao perceberem como elas precisam falar sobre o que estão pensando, e como elas se tranquilizam tirando suas dúvidas, os responsáveis se sentem mais encorajados. É preciso que se reforce a necessidade de serem autênticos e descubrirem sua forma de dialogarem com suas crianças a partir de seus instrumentos pessoais.

A dificuldade de falar sobre a hospitalização e a necessidade da cirurgia não acontecem somente no meio familiar, mas também no hospital, com a equipe de saúde. Souza (2009) chama a atenção para o fato ao afirmar que embora a enfermaria seja um lugar muito barulhento pelo intenso fluxo de pessoas, pela passagem de macas, pelos choros das crianças e apitos dos aparelhos médicos, a comunicação entre a equipe, as crianças e as famílias é muito silenciosa. Pouco se fala sobre a experiência cirúrgica neste espaço e a sensação de acolhimento se torna praticamente inexistente. Portanto, o acompanhamento psicológico durante o processo cirúrgico deve buscar transformar a relação da criança e sua família com o espaço hospitalar e com a equipe de saúde, fortalecendo a autonomia e a segurança da família nesta instituição.

Considerações Finais

A hospitalização e o processo cirúrgico exigem uma grande capacidade de negociação por parte do indivíduo face às várias mudanças que a partir de então ocorrerão em seu cotidiano. Em outras palavras, será necessário que o indivíduo faça ajustamentos criativos com seu meio. Dessa forma, é necessário que o paciente seja atendido adequadamente em suas necessidades básicas, a fim de evitar o agravamento de sensações de isolamento e angústia pré-existentes.

Nesse sentido, o trabalho de acompanhamento psicológico a crianças em processo cirúrgico deve ter como objetivo minimizar a angústia e ansiedade do paciente, favorecer a expressão dos sentimentos e auxiliar na compreensão da situação vivenciada, além de proporcionar um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde.

É possível tratar da angústia da criança diante da operação de forma acolhedora, receptiva e verdadeira, sem que haja a necessidade de mentir e enganá-la sobre os riscos que envolvem a cirurgia. Ao permitir que as crianças expressem seus medos e fantasias, elas se tornam mais autorizadas a questionarem sua própria doença, os procedimentos, as rotinas e até as relações com outros membros da equipe.

O brincar, então, se estabelece nesse processo como linguagem mediadora desta relação, conseguindo trazer informações de forma acessível e vivencial. É

um facilitador do contato da criança com outras, consigo mesma e com a própria situação. Na medida em que as crianças contam suas histórias e as representam durante o brincar, outras crianças e famílias recebem estas histórias e refletem sobre as suas próprias. Nesse sentido, o brincar e a Gestalt-terapia conversam e compõem um rico cenário teórico e prático para a intervenção com crianças em processo cirúrgico (SOUZA, 2009).

As estratégias que utilizam o brinquedo terapêutico são importantes na medida em que permitem a criança interagir com o material e o ambiente hospitalar de uma maneira não ameaçadora, o que possibilita à criança se divertir, diminuir a potencial carga estressora da experiência, aliviar a tensão e sentir-se mais no controle da situação.

O envolvimento da família no processo de acompanhamento cirúrgico é também fundamental para a redução da ansiedade das crianças e para uma melhor recuperação.

De maneira geral, o trabalho de acompanhamento possibilita a transformação da relação da criança e sua família com o espaço hospitalar, fortalecendo a autonomia e a segurança da família na instituição, contribuindo de maneira significativa para a humanização dos atendimentos (SOUZA, 2009). As crianças e suas famílias apresentam-se mais colaborativas durante as consultas e mais seguras durante o período de internação, da mesma forma que tendem a estabelecer um vínculo de maior confiança com a equipe de saúde.

Por fim, pode-se afirmar que o trabalho de acompanhamento psicológico a crianças em processo cirúrgico possibilita que as mesmas ampliem sua capacidade de estabelecer contato com a situação cirúrgica, com seus medos, suas fantasias e suas dúvidas. Dessa maneira, tornam-se mais *aware* de si, e podem participar do processo, com mais consciência, segurança e suporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

ALVES, R. **A Operação de Lili**. São Paulo: Paulus, 1999.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo: Editora Pioneira, 1995.

BROERING, C. V. **Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**. Dissertação (Mestrado de Psicologia)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. **Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações**. Revista Paidéia, 18(39), p. 61-72, 2008.

CARNÉ, S. **Interfaces da clínica na prática psicomotora** Aucouturier. In: FERREIRA, C.; THOMPSON, R.; MOUSINHO, R. (Org). **Psicomotricidade clínica**. São Paulo: Lovise, 2002.

CASTRO, A. S.; SILVA, C. V.; & RIBEIRO, C. A. **Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.12, p.797-805, 2004.

CHIATTONE, H. B. C. **A criança e a hospitalização**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Editora Pioneira, 1988, p. 95-102.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. **A Ética em Psicologia Hospitalar**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org). **A Ética na Saúde**. São Paulo: Editora Pioneira, 1997.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na Infância: Representações Sociais da Família sobre Doenças e a Hospitalização de seus Filhos**. Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária, 1999.

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

FELDER-PUIG, R. et al. **Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial**. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, v.67, p.35-41, 2003.

FERNANDES, M. B. **Gestalt e crianças: crescimento**. Revista de Gestalt, Número 4, 1995.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. **Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes**. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar, v.8 (2), p.51-63, 2005.

FINKEL, L. A; ESPINDOLA, V. B. P. **Cirurgia cardíaca pediátrica: o papel do psicólogo na equipe de saúde**. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 13, jul. 2008 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2008000200004 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 novembro de 2010.

GASPAR, F. M. P. **A polaridade saudável no processo do adoecer**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=512>. Acesso em

10 de novembro de 2010.

KAIN, Z. N. et al. **Family-centered Preparation for surgery improves perioperative outcomes in children**. *Anesthesiology*, v.106, p.65-74, 2007.

KYAN, A. M. **E a gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Altana, 2006.

LI, H. C. W.; LOPEZ, V.; LEE, T. L. I. **Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement**. *Patient Education and Counseling*, v. 65: p.34-41, 2007.

MATURANA, H. e VERDEN-ZOLLER, G. **Amar e Brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Pallas Athena, 2004.

MELLO FILHO & M. BURD. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MORO, E. T.; MÓDOLO, N. S. P. Ansiedade, a Criança e os Pais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, n.54, v.5, p.728-738, 2003.

OAKLANDER, V. **Descobrimos crianças**. São Paulo: Summus editorial, 1980.

PERLS, F. **A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular da Terapia**. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 1985.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus editorial, 1997.

POLSTER, E.; POLSTER, M. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus editorial, 2001.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia de curta duração**. São Paulo: Summus editorial, 1999.

ROMANO, B. W. **Aspectos Psicológicos e sua Importância na Cirurgia Cardíaca das Coronárias**. In: N.A.G. Stolf & A.D. Jatene. (Orgs.). **Tratamento Cirúrgico da Insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998.

RUSCHEL, P. P.; DAUDT, P. S.; SANTOS, M. **Grupoterapia na redução de complicações pré-operatórias em cirurgia cardíaca**. *Revista da SBPH*, n. 3, v.2, p.57-60, 2000.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. **Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico**. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v.20, p.50-55, 2005.

SOUZA, B. L. **Brincando de operar: grupo de acolhimento de crianças em processo cirúrgico**. In: Congressos e Encontros Nacionais da Gestalt-Terapia

Brasileira, **IX Congresso e XII Encontro Nacional de Gestalt**

Terapia_Setembro/2009. Disponível em:

<http://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/cengtb/article/view/191/410>. Acesso em 12 de novembro de 2010.

TRINCA, A. M. T. **A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica**. São Paulo: Vetor, 2003.

YAMADA, M. O.; BEVILACQUA, M. C. **O trabalho do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais**. Estudos de Psicologia. Campinas, v.22, p.255-262, 2005.

ZINKER, J. **Processo Criativo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus editorial, 2007.

Endereço para correspondência:

Celita Almeida Rosário

E-mail: celita.almeida@yahoo.com.br

Cristiane Ferreira Esch

E-mail: esch.cristiane@gmail.com

Recebido em: 28/12/2013

Aprovado em: 15/12/2014

NOTAS

Celita Almeida Rosário – Psicóloga sanitária e mestranda em Saúde Pública pela ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP/ Fiocruz).

Cristiane Ferreira Esch – Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pelo PPGPS/UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ) (2012); Gestalt-terapeuta; Supervisora de estágio especializado em Gestalt-Terapia, no Serviço de Psicologia Aplicada do IP/UERJ; Preceptora do curso de especialização em psicologia clínico-institucional da UERJ – modalidade residência – no serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto; Supervisora de estágio em Psicologia Hospitalar; Colaboradora do curso de formação em Gestalt-Terapia do Instituto Gestalt São Paulo; Colaboradora do Laboratório Gestáltico UERJ – Configurações e Práticas Contemporâneas e, Professora da Escola Preparatória.