

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**O PAPEL DA FANTASIA EM CRIANÇAS FACE AO
ATO CIRÚRGICO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Paula Moraes Pfeifer

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

O PAPEL DA FANTASIA EM CRIANÇAS FACE AO ATO CIRÚRGICO

por

Paula Moraes Pfeifer

Dissertação apresentada no curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de concentração Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientador: Prof. Phd Alberto Manuel Quintana

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pfeifer, Paula Moraes
O papel da fantasia em crianças face ao ato cirúrgico
/ Paula Moraes Pfeifer.-2015.
100 p.; 30cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2015

1. psicanálise 2. psicologia 3. fantasias 4. cirurgia
pediátrica 5. pré-operatório I. Manuel Quintana, Alberto
II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado.

O PAPEL DA FANTASIA EM CRIANÇAS FACE AO ATO CIRÚRGICO

elaborada por
Paula Moraes Pfeifer

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, Phd
(Presidente/Orientador)

Caroline Rubin Rossato Pereira, Dr.^a (UFSM)

Patricia Pereira Ruschel, Dr.^a (IC/FUC)

Santa Maria, 22 de Maio de 2015.

Dedico essa dissertação às crianças.

Às minhas crianças, os meus pacientes pequenos e grandinhos da Hemato-oncologia do
HUSM.

Às crianças que participaram da minha pesquisa e tornaram este estudo possível.
Mas dedico, principalmente, à criança interior que cada um de nós conserva na alma, cheia de
sonhos, medos, fantasias e potencialidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus – meu guia pelo caminho da existência - por ter me proporcionado a vida com todas as suas oportunidades e dificuldades, bem como todos os seus ensinamentos.

A minha família, base fundamental da vida e do amor, que transmitiu meus principais bens terrestres, os meus valores e princípios. Em particular a minha mãe, um exemplo de profissional, honestidade, força e humildade, pelo investimento, apoio e por compreender minhas ausências.

Aos meus avós maternos, que são meus padrinhos, pela confiança, apoio e amor incondicional. Em especial a minha avó Maria, meu exemplo de amor à família, união e bondade, sempre presente em minhas lembranças.

Aos meus amigos e amigas, pela compreensão, força, estímulo e confiança. Principalmente, minha amiga Leodi Ortiz, com sua sensibilidade e por conhecer as sutilezas da minha alma.

Aos meus professores e mestres da psicologia, pelo conhecimento transmitido desde a época da graduação, meus exemplos e base de minha atuação profissional.

Ao meu orientador, Alberto Manuel Quintana, que me concedeu a possibilidade de ser sua orientanda, acolheu minhas ideias e me ajudou a dar forma a elas. Obrigada, também, pelo reconhecimento, pelo carinho e por todo estímulo.

Às crianças que participaram da minha pesquisa e tornaram este estudo possível e às suas famílias que consentiram com sua participação.

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Hospital Universitário, que fazem parte da minha vida e da minha história desde a época da graduação, pelo aprendizado e oportunidade de crescimento e amadurecimento.

“- A gente só conhece bem as coisas que cativou – disse a raposa. – Os homens não têm mais tempo de conhecer coisa alguma. Compram tudo já pronto nas lojas. Mas, como não existem lojas de amigos, os homens não têm mais amigos. Se tu queres um amigo, cativa-me!

- O que é preciso fazer? - perguntou o pequeno príncipe.

- É preciso ser paciente – respondeu a raposa. – Tu te sentarás primeiro um pouco longe de mim, assim, na relva. Eu te olharei com o canto do olho e tu não dirás nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, cada dia, te sentarás mais perto...

No dia seguinte o príncipezinho voltou.

- Teria sido melhor se voltasses à mesma hora – disse a raposa. – Se tu vens, por exemplo, às quatro da tarde, desde as três eu começarei a ser feliz. Às quatro horas, então estarei inquieta e agitada: descobrirei o preço da felicidade!” (Saint-Exupéry, 1915/2009, pág. 67)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

O PAPEL DA FANTASIA EM CRIANÇAS FACE AO ATO CIRÚRGICO

AUTORA: PAULA MORAES PFEIFER

ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 22 de maio de 2015.

A cirurgia é uma experiência que traz consigo exames incômodos e mal-estares, tornando-se, muitas vezes, uma experiência incompreensível e traumatizante. No caso da cirurgia pediátrica, existe a crença de que a criança, na medida em que, por estar com o aparelho psíquico ainda em formação, nem sempre tem condições para compreender e lidar com o que a cirurgia mobiliza. Estes procedimentos, naturalmente, são acompanhados de inúmeras fantasias, como tentativa de defesa e de reestabelecimento de equilíbrio emocional para conseguir enfrentar essa situação. Para tanto, realizou-se estudo qualitativo, descritivo e exploratório que se propôs a investigar as fantasias presentes em crianças no dia anterior à cirurgia, dentro de um referencial teórico psicanalítico. Foram incluídas sete crianças, de ambos os sexos, com idade de cinco a doze anos, internadas em hospital público para realização de cirurgia durante o ano de 2014. Utilizaram-se como instrumentos A Hora do Jogo e o Teste das Fábulas, aplicados em um único momento, tendo sido gravados e transcritos na íntegra; os dados passaram por análise de conteúdo. Os participantes expressaram a percepção de si enquanto defeituosos, bem como sentimentos de fragilidade, desamparo e diversos medos. Identificou-se a presença de fantasias atemorizantes e elaborativas como tentativa de defesa e de atribuir sentido à experiência cirúrgica. Concluiu-se que a fantasia manteve seu papel paradoxal, isto é, ao mesmo em que se constituiu em uma defesa regressiva, revelou-se uma estrutura protetora, auxiliando a atribuir sentido pessoal à cirurgia.

Palavras-chave: Psicanálise, psicologia, fantasias, cirurgia pediátrica, pré-operatório.

ABSTRACT

Master's Thesis
Psychology Graduate Program
Universidade Federal de Santa Maria

THE ROLE OF FANTASY IN CHILDREN FACING SURGERY

AUTHOR: PAULA MORAES PFEIFER

ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

LOCATION/DATE OF DEFENSE: Santa Maria, 05/22/2015.

Surgery is an experience that brings uncomfortable examinations and discomfort and can often become an incomprehensible and traumatic experience. In the case of pediatric surgery, there is a belief that children are not always in a position to understand and deal with what surgery encompasses, considering that their psychic apparatus is still being formed. These procedures are, obviously, accompanied by numerous fantasies in an attempt to defend themselves and recover emotional balance to be able to face the situation. Therefore, this was a qualitative, descriptive and exploratory study to investigate children's fantasies the day before surgery, in psychoanalytic theory. Seven children were included, of both sexes, five to twelve years old, admitted in a public hospital for surgery during 2014. Play Time and Fables Test were used as instruments. The implementation of the instruments was performed in a single moment, recorded, transcribed verbatim and the data was then passed through content analysis. The participants expressed the perception of themselves as defective and possessed feelings of fragility, helplessness and had many fears. The presence of frightening and elaborative fantasies was identified as a defense attempt and a way of making sense of surgical experience. It was concluded that the fantasies had a paradoxical role; that is, even if they constituted a regressive defense, they proved to be protective structure and helped to make sense of the surgical experience.

Keywords: Psychoanalysis, psychology, fantasies, pediatric surgery, preoperative.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Folha de registro e aprovação no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão.	90
ANEXO B: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.	91

LISTA DE APÊNCIDES

APÊNDICE A: Termo de Confidencialidade	95
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cuidadores)	96
APÊNDICE C: Termo de Assentimento (criança)	99
APÊNDICE D: Exemplos de questões a serem investigadas durante a hora do jogo	100

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS	21
Objetivo Geral	21
Objetivos Específicos	21
MÉTODO	22
Delineamento	22
Amostra	23
Critérios de Inclusão e Exclusão	24
Instrumentos	24
A Hora do Jogo	24
Teste das Fábulas	25
Procedimentos	26
Coleta dos Dados	26
Análise dos Dados	28
Aspectos Éticos	29
ARTIGO 1	30
Resumo	31
Abstract	31
Resumem	32
Introdução	32
Método	34
Resultados	35
Discussão	41
Considerações Finais	46
Referências	46
ARTIGO 2	52
Resumo	53
Abstract	53
Resumem	54
Introdução	54
Método	56
Resultados e Discussão	60
Considerações Finais	76
Referências	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	90
APÊNDICES	95

APRESENTAÇÃO

Este trabalho surge do interesse suscitado pela observação e prática clínica enquanto Psicóloga Hospitalar. Percurso este construído desde a formação acadêmica e residência multiprofissional voltada à Psicologia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente estudo decorre do projeto de pesquisa intitulado “Fantasias pré-cirúrgicas em crianças hospitalizadas”, apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, tendo sido aprovado pelo mesmo comitê em abril de 2014, com CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) n. 28759614.9.0000.5346.

Os resultados da pesquisa estão aqui apresentados em formato de artigo. Esta abordagem é permitida pelo Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UFSM, 2012), publicação que norteia os trabalhos apresentados nesta Instituição. Este método foi escolhido por facilitar a divulgação dos resultados da pesquisa, favorecendo a publicação dos mesmos. Os artigos, por sua vez, estão formatados de acordo com as regras da American Psychological Association (APA, 2013), e adequados às normas das revistas às quais serão submetidos, sendo elas: Revista Psico, da PUC/RS (Qualis A2) e Psicologia: Teoria e Pesquisa, da UNB (Qualis A1).

Inicialmente, apresenta-se a introdução do estudo, a qual abarca o aporte teórico utilizado. Posteriormente, explicitaram-se os objetivos, bem como o método de pesquisa. A seguir, no primeiro artigo é apresentada uma revisão sistemática realizada em bases de dados nacionais e internacionais a respeito das publicações sobre a temática da cirurgia infantil, com ênfase nas fantasias. Já no segundo artigo são apresentados e discutidos os principais resultados da pesquisa. E, por fim, são expostas as considerações finais e as referências utilizadas para compreensão do fenômeno, bem como anexos contendo documentos envolvidos na realização deste trabalho.

INTRODUÇÃO

O conceito de fantasia para a Psicanálise:

O conceito de fantasia possui um papel relevante dentro da Psicanálise, pois ela é constituinte do sujeito. Para falar-se em fantasia, primeiramente é necessário demarcar a diferença entre a realidade externa e a realidade psíquica, entender o conceito de trauma e evento traumático. Além disso, propõe-se pensar as principais contribuições nos quatro principais eixos teóricos dentro da Psicanálise: freudiano, kleiniano, lacaniano e winnicottiano.

A corrente teórica kleiniana é a que melhor dá conta da explicação da fantasia enquanto algo constituinte do sujeito. De acordo com esta corrente, o ato de fantasiar está presente desde o nascimento e, para entender a natureza e a função da fantasia, implica em estudar as primeiras fases do desenvolvimento mental.

No começo da vida mental, o ego imaturo ainda não é capaz de formar representações. Assim, fantasias rudimentares surgem de impulsos orgânicos; correlacionadas a experiências sensoriais, são interpretações afetivas de sensações corporais e também estão associadas ao relacionamento com o objeto materno. Elas expressam uma realidade interna, antecedente ao desenvolvimento da linguagem e desprovidas de imagens, no qual as experiências são reguladas por respostas de tudo ou nada, não existindo discriminação da realidade externa (BARROS, 2012; DAHL, 2011; ISAACS, 1953; OGDEN, 2011). A psique tratava os estímulos internos de desprazer como se fossem externos e os projetava no mundo externo. Durante essa fase, qualquer coisa desejada era de forma alucinatória, isto é, a alucinação não era uma mera representação, mas sim a satisfação momentânea de um desejo. Caso o desejo não fosse satisfeito a frustração continuava e a satisfação desaparecia. Freud (1911/2004) explicou que do fracasso da alucinação nasceria o desejo, pois quando a tentativa de satisfação pela via alucinatória é frustrada, ela é abandonada. Assim, constitui-se no primeiro impulso de adaptação à realidade, pois o aparelho psíquico realiza a representação dessa ideia/imagem partindo para o mundo externo, mesmo que seja algo desagradável.

Conforme a criança vai amadurecendo, essas fantasias vão se organizando em funções mais complexas do pensamento, que servirão de base para o desenvolvimento do ego e das

atividades simbólicas. Surgem as adaptações à realidade externa: os órgãos sensoriais se voltam para o mundo externo e a consciência, captando sensações de prazer, desprazer e sensoriais. Há, também, o desenvolvimento da atenção e do processo do pensar, que possibilitou adiar a ação motora e suportar o aumento da tensão decorrente do acúmulo de estímulos durante o postergamento da satisfação (BARROS, 2012; DAHL, 2011; OGDEN, 2011).

A corrente freudiana é aquela que melhor demarcou a diferença entre a realidade externa e a realidade psíquica. A realidade psíquica se contrapõe à realidade externa e concreta, pois ela se constitui na realidade interna do sujeito, isto é, a realidade inconsciente. Ela é mediada pela realidade exterior, assim, proporcionando que o indivíduo assimile as representações de mundo exterior e interior e possua ferramentas para diferenciá-las. A realidade psíquica funciona em consonância com as normas do inconsciente e do princípio do prazer, que não obedecem a nenhuma cronologia; não há lugar para contradição, negação ou incerteza e afastam-se daquilo que causa desprazer. Dessa maneira, a realidade psíquica se constitui na sede de registro dos desejos inconscientes, podendo ser representada pela fantasia (FREUD, 1912-1913/1996; LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013; OGDEN, 2011).

A fantasia possui o importante papel na relação do sujeito com o mundo externo, como mediadora da sua realidade interna e externa do sujeito, isto é, gerenciando o funcionamento dos princípios do prazer e da realidade, de forma a estabelecer uma noção contínua da realidade. Ela representa a forma que o sujeito percebe a si e a sua história, possibilitando que ele atribua significação à realidade externa e invista nela. De acordo com essa via de entendimento, a fantasia demonstra que os processos mentais e o ato de significar não são neutros e sim relacionados ao desejo. O desejo advém da falta, e pela fantasia seria possível satisfazê-lo, fantasiando sua realização; assim, ela demonstra o que falta ao sujeito. Neste sentido, cabe à fantasia tornar a realidade exterior mais agradável e menos hostil, proporcionando um nível mínimo de satisfação (LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013).

Quando se pensa em trauma e eventos traumáticos, sabe-se que é considerado traumático tudo aquilo que não consegue se ligar a uma representação e, assim, permanece enquanto afeto (DAHL, 2011). Freud (1920/1996), em “Além do princípio do prazer”, comparou o trauma a uma ruptura no escudo que protege o aparelho psíquico, quando este é submetido a excitações muito intensas, as quais não consegue conter. Este fluxo intenso de excitação dificultaria a ligação dessas excitações para que elas pudessem ser descarregadas (CÂMARA, 2011). Assim, o princípio do prazer é, momentaneamente, posto fora de ação e, na tentativa de controlar essa invasão, buscando desenvolver a angústia que prepara o sujeito

para o perigo e que não foi gerada anteriormente ocasionando o trauma. Freud (1920/1996) explicou este fato através da existência de uma tendência mais primitiva no aparelho psíquico, a pulsão de morte. Esta tendência de dominar uma experiência através de sua transformação de uma ação passiva para uma ativa seria anterior à dominância do princípio do prazer e independente dele. Enquanto o princípio do prazer evita o desprazer esta tendência repete constantemente o momento de desprazer vivenciado na tentativa de controlá-lo. Deste modo, o aparelho psíquico procura dominar a situação traumática através das repetições do momento em que ocorreu o trauma.

O trauma é algo da ordem do real, não está articulado ao desejo, não pode ser significado e nem afastado pelo funcionamento, de acordo com o princípio do prazer. O trauma pode ser comparado à castração. A ideia de castração, para a psicanálise, implica na perda real ou imaginada de algo considerado muito importante pelo sujeito (FREUD, 1909/1996). Já o fantasiar é oposto ao trauma, pois nele há um domínio do sujeito e do princípio do prazer (CÂMARA, 2011; DAHL, 2011). Através do fantasiar, o indivíduo busca, de uma maneira ativa, ocultar uma falta na tentativa de retornar a um estado inicial de completude e, assim, não apresenta a necessidade de ajustar seu desejo ao desejo do outro (CÂMARA, 2011). Além disso, as fantasias podem ser consideradas “lendas pessoais” através das quais os sujeitos procuram alterar sua história e atribuir significação à realidade insuportável do evento traumático e, assim, conter a possibilidade de castração imaginária, mesmo que momentaneamente (ABEL, 2011; ARAÚJO, 2013; OGDEN, 2011).

Os teóricos lacanianos prestam contribuição importante nesse sentido, quando articulam fantasia, desejo e trauma. Eles chamam atenção ao fato da fantasia carregar o paradoxo de gerar um prazer que está articulado ao desprazer. A fantasia representa o desejo de algo que falta ao sujeito e realiza o desejo sem realmente concretizá-lo. A definição laciana de fantasia é algo da ordem do abstrato e passa pela busca do sujeito de estabelecer uma cadeia de significantes. Ela tornaria possível realizar a articulação entre as dimensões simbólica (anterioridade, alteridade, lugar dos códigos, representado pela função materna) e real (o que escapa, o resto), por meio do imaginário (lugar do narcisismo, da relação com o corpo) (CARREIRA, 2009; COUTO; CHAVES, 2009).

Nesta via de entendimento, o trauma marcaria a incompatibilidade entre uma ideia e um afeto, bem como a impossibilidade de sua representação (COUTO; CHAVES, 2009). Assim, a fantasia é utilizada como um recurso para atribuir significação à realidade externa frente ao desamparo em que o sujeito é lançado pelo evento traumático (CARREIRA, 2009; LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013). Dessa maneira, a fantasia tem por função manter a

“homeostase psíquica” oferecendo ao desejo um objeto (LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013).

Quando se pensa na relação do trauma, do fantasiar e do brincar, Isaacs (1953) afirmou que o jogo criativo surge de fantasias inconscientes, desejos e ansiedades, constituindo-se em forma de adaptação e expressão das fantasias. Freud (1920/1996) referiu-se ao brincar das crianças utilizando o exemplo de seu neto de um ano e meio, que brincava com um carretel amarrado num cordão. A brincadeira se caracterizava por repetidamente atirar o brinquedo e, posteriormente, puxá-lo novamente, num brincar de “desaparecimento e retorno”, geralmente realizados em ocasiões em que sua mãe saía. Através dessa brincadeira, a criança obtinha satisfação fantasiando que dominava a chegada e a saída da mãe.

Brincar e fantasiar são conceitos psicanalíticos complexos, pois ambos guardam, em sua dimensão, uma parte indizível e incapturável, algo que resiste à simbolização e atua no psiquismo, isto é, a pulsão de morte (DI PAOLO; BARROS, 2010). Tanto o fantasiar quanto o brincar são motivados pelo desejo. O brincar, para a criança, é uma atividade imaginativa séria, investida de emoção e energia. Através dele é que ela aprende a reconhecer o mundo e a diferenciar a realidade, ligando os objetos em situações imaginadas às coisas do mundo real. Entretanto, há diferenças importantes entre o fantasiar e o brincar. No brincar, as forças motivadoras envolvem a realização de um desejo, o de ser adulto, enquanto no fantasiar estas são motivadas por desejos insatisfeitos, como forma de corrigir uma realidade insatisfatória. Além disso, por meio do brincar a criança liga os objetos em situações imaginadas às coisas do mundo real, a satisfação é alcançada mediante a realidade. Já no fantasiar, o investimento ocorre no mundo imaginativo e propicia um prazer que não proporcionaria se fosse real; a satisfação é obtida pelo imaginário (FREUD, 1908/1996).

Uma contribuição winnicottiana importante se refere ao papel da fantasia no desenvolvimento infantil presente no brincar. De acordo com Winnicott (1982/2008), brincar é uma experiência universal e saudável. É através dele que a criança começa a diferenciar a realidade interna e externa, conhece o mundo e aprende a se relacionar com ele. O ato de brincar pode incorporar valores morais e culturais e é a forma que a criança possui de representar o contexto em que está inserida e experimentar várias situações.

O brincar criativo, isto é, o fantasiar como uma forma de expressão da criatividade seria uma possibilidade de sublimação afetiva e da capacidade de estar só e de vivenciar a experiência de separação da mãe (COLOMBI, 2010). A fantasia enquanto forma de expressão da criatividade seria um indicador de desenvolvimento mental, uma ferramenta do indivíduo

para lidar com a realidade psíquica através de manipulações da realidade externa (GRAVES, 2008).

Seguindo esse raciocínio, a fantasia não se constitui apenas na realização de um desejo, mas também como forma de diminuir a tensão pulsional, ansiedade e culpa. A fantasia surge como um ato interpretativo, uma tentativa de dar sentido e representação a uma experiência que ainda não foi simbolizada (OGDEN, 2011). Dessa forma, “a fantasia também passa a se converter num meio de defesa contra a ansiedade, um meio de inibir e controlar a atividade das pulsões e a expressão de desejos de reparação” (ISAACS, 1953, p.86). Além disso, neste entendimento, o brincar se constitui como um ato criativo e saudável perante o traumático, à medida que permite à criança poder criar algo novo e atribuir significação particular ao evento estressor.

O fantasiar e o ato cirúrgico para a criança:

O corpo é constituído socialmente, isto é, a sociedade institui padrões de crenças, alimentação, forma, vestuário daquilo que é desejável e aceitável dentre as classes sociais. Estes modelos acabam por interferir na composição da subjetividade dos sujeitos, já que é através do corpo que o bebê estabelece seus primeiros contatos com o mundo externo. (DOLTO, 1984/2008; FERREIRA, 2008; TORRES-OQUENDO; TORO-ALFONSO, 2012).

Este corpo é considerado adoecido, do ponto de vista médico, quando alguma função do organismo não está desempenhando bem o seu papel. Já do ponto de vista psicanalítico, o corpo é erogeneizado, marcado pela pulsão e pela linguagem, pois antes mesmo do nascimento ele já existe no imaginário dos pais da criança que lhe atribuem significado (FONSECA, 2007). Assim, o adoecimento guarda em si uma marca do indizível e do irrepresentável presente na pulsão de morte. Dessa maneira, a doença implica numa situação inesperada, não desejada, para a qual o indivíduo não se sente preparado. Ela se constitui em um momento de crise, pois, além de confrontar o indivíduo com vulnerabilidades físicas, coloca-o em contato com sua condição de fragilidade e desamparo, podendo suscitar dificuldades psicológicas (DOCA; COSTA JUNIOR, 2011; LEPRI, 2008).

No caso da criança, que se encontra em fase de socialização, a doença afeta a sua rotina e interfere no seu desenvolvimento, na escolarização, na sua inserção social tanto na família, como com vizinhos e colegas da escola. Assim, geralmente, a criança associa o

adoecimento à ideia de perda e de punição. A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do paciente, pois pode implicar numa série de sentimentos de desconforto e despersonalização. Na maior parte do tempo, a criança fica restrita ao leito, passiva, cercada de pessoas estranhas, vivenciando procedimentos dolorosos e desagradáveis, até mesmo para os adultos (GARANHANI; VALLE, 2012; MIKOWSKI, 2008;).

A comunicação da necessidade da cirurgia é vivenciada de forma abrupta pela criança que, muitas vezes, apesar de apresentar sintomas, não percebe a necessidade da realização de uma intervenção cirúrgica (GARANHANI; VALLE, 2012; LERWICK, 2013; MIKOWSKI, 2008). Qualquer cirurgia se constitui em uma experiência carregada de afetividade por ameaçar a integridade física da criança. Ao se falar em cirurgia, logo se pensa em corte, marca, dor e sofrimento, pois ela carrega em si a ideia de que a criança, para ser curada, acaba sendo lesionada pelo outro (FONSECA, 2007; VELÁZQUEZ *et al.* 2005). Essas situações geralmente são vistas pela criança como ameaçadoras, confusas e causadoras de dor e sofrimento (MIKOWSKI, 2008; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013).

Nessa via de entendimento, a cirurgia pode ser considerada como uma situação de crise que envolve a angústia da perda, principalmente quando envolve a retirada de um órgão. Este órgão, mesmo adoecido, pertence ao corpo da criança, faz parte de sua imagem corporal -imagem inconsciente do corpo - e é investido afetivamente, havendo a necessidade da realização de um processo de luto. O sentimento de perda é proporcional ao significado específico que o paciente atribui à parte afetada e à sua função, e não ao tamanho ou complexidade da intervenção cirúrgica. Dessa maneira, mesmo quando a criança já experienciou outras cirurgias, ainda que tenham sido experiências positivas, pode demonstrar ansiedade e medo diante de uma nova. Cada cirurgia é vivenciada como única, pois a interpretação que o paciente dá ao procedimento é que determina suas reações (DEMASO; SNELL, 2013; GARANHANI; VALLE, 2012; MIKOWSKI, 2008; FERREIRA, 2008; TORRES-OQUENDO; TORO-ALFONSO, 2012).

O procedimento cirúrgico, pela sua invasividade e incerteza quanto ao seu resultado, bem como o estresse presente no processo, combinado com ideias que a criança tem da doença e da cirurgia, desencadeiam sentimentos variados no paciente. Esses sentimentos vão desde a sensação de alívio pelo diagnóstico da enfermidade até de agressão, impotência, angústia, ansiedade, bem como diversos tipos de medo. A criança sente medo de situações dolorosas, da anestesia, de ficar desfigurada, de pessoas estranhas e de morrer: um medo que não é, muitas vezes, imaginário, mas, sim, real e concreto (DEMASO; SNELL, 2013;

GARANHANI; VALLE, 2012; MIKOWSKI, 2008; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013).

No caso da cirurgia infantil, há a crença, amplamente difundida culturalmente, de que a criança, por estar em desenvolvimento, nem sempre é capaz de entender os motivos reais e a complexidade de um processo cirúrgico. Este fato parece não considerar que a criança tem grande capacidade de observação, mas que, diferentemente do adulto que faz uso da linguagem verbal, ela expressa-se com maior facilidade através do brincar. Esses fatos podem se somar a dificuldades dos pais em falarem com a criança sobre a necessidade do procedimento e assim eles acabam omitindo informações ou enganando a criança. Ela percebe que algo diferente ocorre e que há dificuldade da família para lidar com o processo. Quando ela é excluída do processo cirúrgico, sem obter informações, ela fantasia a respeito do que acontecerá de forma a preencher a lacuna deixada pelo desconhecimento (DEMASO; SNELL, 2013; GARANHANI; VALLE, 2012; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013).

Não falar a respeito da cirurgia pode tornar o processo mais traumático, na medida em que pode se instalar entre a criança e familiares um pacto de silêncio. Pode-se comparar esta situação ao conceito de desmentido de Ferenczi (FERENCZI 1933/1992). O desmentido corresponderia ao momento em que a criança desamparada buscou o apoio do adulto para conferir sentido à experiência traumática. Entretanto, este foi incapaz de dar conta do traumático e acaba tomando a palavra da criança como uma mentira ou algo fantasioso. Assim, o desmentido pode conferir a essa experiência traumática um caráter intensamente desestruturante e patológico, já que a criança busca se organizar psiquicamente através dos sentidos que lhes são conferidos pelos adultos (FUCHS; JÚNIOR, 2014).

Velázquez, *et al.* (2005) explicou que as pessoas possuem ideias sobre a cirurgia carregadas de crenças e fantasias que causam medos e ansiedade excessivos. Assim, há necessidade de que o indivíduo acione defesas para suportar a ansiedade e a angústia mobilizadas pelo procedimento. Esses sentimentos podem causar sofrimento emocional à criança e atrapalhar o processo cirúrgico (GARANHANI; VALLE, 2012; PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013; VELÁZQUEZ, *et al.*, 2005).

Lepri, (2008) chamou a atenção para o papel que a fantasia exerce na situação de adoecimento e da necessidade da realização de uma cirurgia. Neste contexto, a fantasia funcionaria tanto quanto uma representante das pulsões quanto uma defesa e se mostra um recurso necessário à integridade do ego para que a criança consiga lidar com uma realidade desconhecida e tentar atribuir algum sentido a ela.

Portanto, tendo em vista o contexto explicitado acima, cabe realizarem-se os seguintes questionamentos: Como se sentem as crianças que passarão por um procedimento cirúrgico? Qual é a sua percepção da doença e da cirurgia? Quais os sentimentos mobilizados pelo procedimento invasivo? O processo cirúrgico mobilizou alguma fantasia?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender o que pensam e sentem as crianças quando vão ser submetidas a procedimento cirúrgico, bem como entender as fantasias que são utilizadas para dar conta da angústia mobilizada neste processo.

Objetivos Específicos

- Compreender quais são as fantasias apresentadas por essas crianças.
- Compreender qual o entendimento da criança a respeito do procedimento cirúrgico.
- Investigar quais são os sentimentos presentes no dia que antecede a cirurgia.

MÉTODO

Delineamento

Ao pesquisar-se a saúde-doença no indivíduo - um ser social, histórico e cultural –, depara-se com uma realidade complexa, na medida em que a visão do sujeito sobre este fenômeno é influenciada por aqueles fatores (MINAYO, 1993). Tendo em vista que esta realidade complexa não pode ser totalmente apreendida através de delineamentos quantitativos, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os principais aspectos deste tipo de pesquisa são em relação à importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador. Assim, foi utilizada a abordagem clínico-qualitativa, que foi descrita por Turato (2003), como um método capaz de aprofundar a busca da compreensão de sentidos e significados atribuídos pelo homem neste campo, proporcionando uma perspectiva holística e uma abordagem mais integral.

A pesquisa clínico-qualitativa se propõe a lidar com questões de foro íntimo, ou seja, com a significação que indivíduos ou grupos atribuem às coisas. Estas questões mobilizam sentimentos de angústia e ansiedade, tanto no participante quanto no pesquisador, as quais são acolhidas, consideradas e avaliadas neste tipo de abordagem de pesquisa. Além disso, este tipo de investigação valoriza o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito (TURATO, 2003).

Para tanto, também, foi utilizada a perspectiva teórica psicanalítica para compreensão dos resultados. Para Freud (1923/1996), a Psicanálise não se constituía apenas em um procedimento terapêutico, mas também em um método para a investigação de processos mentais inconscientes, que seriam inacessíveis a outras formas de pesquisa. Dessa maneira, mostrando-se adequado para o estudo das fantasias e, também, colocando-se a “experiência clínica como uma ferramenta a serviço do ensino e pesquisa científica” (TURATO, 2003, p.36).

Amostra de Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram crianças internadas em hospital público do interior do Rio Grande do Sul para realização de cirurgia. A pesquisa clínico-qualitativa utiliza como denominação Amostra de Sujeitos. Entende-se como sujeito qualquer pessoa que possa ser ouvida quanto aos sentidos e significados atribuídos aos eventos ligados à saúde-doença (TURATO, 2003).

O número de sujeitos foi de sete participantes estabelecidos por critérios de saturação. De acordo com essa ferramenta, o fechamento amostral é definido com a suspensão da inclusão de novos participantes no momento em que os dados obtidos passam a apresentar certa repetição. Entende-se que informações advindas de um número excedente ao de saturação da amostra não acrescentariam muito ao estudo, pois repetiriam o que já foi expresso, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). As características dos participantes estão descritas no quadro 1.

Quadro1: Características dos participantes

Participante 1:	Menino, 12 anos, filho mais velho. Mora com os pais e irmão. A família possui casa própria, renda média de cinco salários mínimos, evangélicos. Primeira Cirurgia.
Participante 2:	Menina, 11 anos, filha mais nova. Mora com pais e irmã. A família possui casa própria, renda familiar média de dois salários mínimos. Segunda Cirurgia.
Participante 3:	Menino, 9 anos, filho mais velho. Mora os pais, irmão e irmã. A família possui renda familiar média de seis salários mínimos, católicos. Primeira Cirurgia.
Participante 4:	Menino, 5 anos, filho mais velho. Mora com mãe, padrasto e irmão. A família reside na zona rural, renda média de um e meio salário mínimo. Primeira Cirurgia.
Participante 5:	Menino, 12 anos, filho mais novo. Mora com mãe adotiva, viúva, e irmão. A família possui casa própria, renda média de quatro salários mínimos, evangélicos. Primeira Cirurgia.
Participante 6:	Menino, 6 anos, filho único. Mora com os avós. A família possui casa própria, reside na zona rural, renda média de um salário mínimo,

	católicos. Segunda Cirurgia.
Participante 7:	Menina, 8 anos, filha mais nova. Mora com os pais e irmão. A família possui renda média de um e meio salário mínimo. Primeira Cirurgia.

Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, adotou-se que os participantes fossem crianças, de ambos os sexos, com idades de cinco a doze anos. Além disso, estes deviam estar internados em unidade pediátrica de hospital público do interior do Rio Grande do Sul para realização de cirurgia durante o ano de 2014.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990) considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. Além disso, a partir dos quatro anos a criança apresenta o desenvolvimento do grafismo em fase pré-esquemática, ou seja, os seus desenhos apresentam formas reconhecíveis. Concomitantemente, há o desenvolvimento da capacidade de se expressar através da linguagem verbal de forma compreensível (PIAGET, 1976).

Foram excluídas deste estudo crianças que não estivessem conscientes e interagindo com o meio ambiente, que não tivessem condições de brincar ou que apresentassem indisponibilidade em participar da pesquisa. Além disso, foram excluídos os casos em que o procedimento cirúrgico tinha caráter de rotina hospitalar, como a colocação de acessos, por serem considerados de baixa complexidade (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012).

Instrumentos

A Hora do Jogo

A Hora do Jogo também é chamada de Entrevista Lúdica. Sua definição parte do pressuposto que a criança, ao brincar livremente, possa expressar ao psicólogo a

representação de seus conflitos básicos, fantasias e defesas, isto é, coisas que dificilmente conseguiria expressar verbalmente (ABERASTURY, 1982/1992).

A técnica consiste em um momento em que é oferecida à criança a oportunidade de brincar livremente com o material lúdico disponível em uma sala que proporcione certa privacidade. Nesta ocasião, foi esclarecida a respeito dos objetivos dessa atividade, sobre o tempo disponível (em torno de quarenta e cinco minutos de duração) e sobre o papel dela e do pesquisador. O material lúdico foi apresentado em uma caixa. A única instrução que foi oferecida à criança é de que brincasse a respeito do motivo de sua internação e não será realizada nenhuma interpretação (ABERASTURY, 1982/1992).

A seleção dos brinquedos que foram utilizados durante a hora do jogo empregou como referência Aberastury (1982/1992), que indicou a utilização de materiais simples e básicos para facilitar o acesso à fantasia infantil. A caixa lúdica contará com: massa de modelar, lápis, papel, lápis de cor, borracha, cola, bonecos pequenos, tesouras, carrinhos, pratinhos, talheres. Além disso, também possuirá materiais médicos presentes no contexto hospitalar e cirúrgico como: estetoscópio, luvas, seringas, máscara, touca cirúrgica, soro.

De acordo com Winnicott (1982/2008), brincar é uma experiência universal e saudável. O ato de brincar pode incorporar valores morais e culturais e é a forma que a criança possui de representar o contexto em que está inserida e experimentar várias situações. Freud (1920/1996) teorizou que, através dos jogos e das brincadeiras, a criança repetia uma situação traumática vivenciada anteriormente de maneira passiva como forma de tentativa de dominar esta experiência. Assim, o lúdico possibilita não só que a criança tenha novas experiências e atribua a elas novos significados, mas também possa “dominar angústias, controlar ideias ou impulsos que conduzam à angústia se não foram dominados” (WINNICOTT, 1982/2008, pág. 162).

Em seus estudos, Aberastury (1982/1992) constatou que desde a primeira sessão, sendo de análise ou mesmo numa observação diagnóstica, a criança já traz, através da técnica do jogo, a fantasia inconsciente de doença e de cura. Além disso, a prática clínica evidencia que ela é capaz de expressar pela brincadeira a forma como percebe sua doença física e também o que compreende no caso de uma indicação cirúrgica. Assim, ao concretizar a fantasia por intermédio do brincar ela pode entender e elaborar a realidade.

Teste das Fábulas

O Teste das Fábulas é um teste projetivo, ou seja, através dele o sujeito coloca no mundo exterior aspectos do seu interior, como sentimentos, pensamentos e fantasias. Ele é composto, em sua forma verbal, por dez fábulas ou estórias, finalizadas com uma pergunta, a qual a criança deve responder completando a estória. Já sua versão pictórica possui doze pranchas, com ilustrações adequadas a cada uma das dez fábulas, que devem ser apresentadas ao sujeito junto com a forma verbal. O teste é indicado para crianças a partir dos três anos de idade e a aplicação dura de quinze a vinte minutos. Este instrumento permite a identificação e a compreensão de conflitos, mecanismos de defesa, estados emocionais, fantasias, traços de caráter e aspectos patológicos e sadios do sujeito, através do fenômeno da projeção (CUNHA; NUNES, 1993).

O Teste das Fábulas foi criado por Louisa Düss, em 1940, na Suíça, e era denominado Método das Fábulas. Sua versão sob a forma verbal foi publicada em 1950, na França. A versão pictórica brasileira foi desenvolvida por Cunha e Nunes e publicada em 1993. Esse instrumento é confiável, pois ao longo do tempo foi avaliado por diversos autores em contextos variáveis e demonstrada sua relevância. Ele é bastante aceito pelas crianças e possibilita o amplo entendimento do seu funcionamento psicodinâmico, bem como a investigação de conflitos inconscientes. Além disso, o teste possui como referencial teórico a psicanálise e leva em conta aspectos éticos em sua aplicação. Esta ferramenta não envolve desgaste emocional excessivo para criança e permite que haja efeito catártico, isto é, expressão e alívio do conflito, no caso da criança se sentir mobilizada (CUNHA; NUNES, 1993).

Estes instrumentos geralmente são utilizados em psicodiagnóstico, mas, neste estudo, foram empregados apenas com fins de pesquisa para acessar sentimentos, pensamentos e fantasias infantis. Ambos se mostraram adequados para atender aos objetivos desta investigação. Além disso, podem auxiliar a expressão e a elaboração de conflitos inconscientes.

Procedimentos

Coleta de dados:

Antes de tudo, o estudo passou por avaliação institucional da Direção Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE/HUSM e do Comitê de Ética e Pesquisa da CEP/UFMS. Posteriormente, aprovado o projeto, deu-se início à fase de levantamento e coleta de dados.

Primeiramente, verificou-se o número de pacientes da unidade pediátrica que realizaram cirurgias. Em seguida, foi efetivado contato com esses pacientes e responsáveis - conciliando com a internação, no dia anterior à cirurgia, de forma a não acarretar em custos ao participante - convidando-os a participar do estudo em questão. Neste momento, foram informados a respeito do estudo e da livre participação, bem como da possibilidade de retirarem-se da pesquisa, se assim desejassem, sem sofrer prejuízos no seu tratamento, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Com a anuência dos pacientes em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Assentimento da Criança (Apêndice C) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do responsável (Apêndice B), realizou-se A Hora do Jogo (Exemplos de questões a serem investigadas - Apêndice D) e o Teste das Fábulas. A partir daí, procurou-se compreender o entendimento e os sentimentos das crianças perante a cirurgia, bem como as fantasias mobilizadas por este procedimento.

O espaço utilizado para a realização da Hora do Jogo e Teste das Fábulas se consistiu em uma sala do hospital, no local em que a criança se encontrava internada, a qual proporcionava certa privacidade. Na pediatria foi utilizada uma sala de aula enquanto no pronto atendimento pediátrico foi utilizado o leito de isolamento para que a criança não precisasse se deslocar muito. Assim, cada caso foi pensado de acordo com as possibilidades da criança e levando em consideração os procedimentos aos quais poderia ser submetida, como, por exemplo, realização de exames e horários de medicações.

A aplicação dos instrumentos iniciou com a realização do *rapport*, visando a apresentar os objetivos da pesquisa à criança, bem como propiciar um “quebra-gelo”, assim, deixando o participante mais a vontade. A primeira ferramenta de pesquisa administrada foi A Hora do Jogo, tendo em vista que esta técnica possuía maior duração, mas era menos ansiogênica. Posteriormente, foi realizado o Teste das Fábulas, que é um instrumento de aplicação rápida. Além disso, a aplicação dos instrumentos tinha a possibilidade de ser dividida em dois momentos, caso a criança se sentisse cansada ou indisposta, ou tivesse necessidade de realizar algum procedimento hospitalar sem que houvesse prejuízo no estudo.

Os procedimentos foram gravados mediante permissão do participante e do responsável. Os dados foram transcritos e estão sobre responsabilidade dos pesquisadores, sendo armazenados pelo período de cinco anos na sala 3212 A do curso de Psicologia.

Análise dos dados

Após o período de coleta de dados, as informações recolhidas durante A Hora do Jogo e o Teste das Fábulas foram transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (1977/2010).

O Teste das Fábulas, mesmo possuindo um manual que orienta sua interpretação, também foi analisado por análise de conteúdo de forma a contemplar os objetivos da pesquisa. Esta pesquisa não possuiu o interesse pela realização de um diagnóstico, e sim utilizou as fábulas como um recurso para estimular a verbalização das fantasias mobilizadas pelo procedimento cirúrgico.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação e análise dos significados ou significantes das comunicações. Ela tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação, seja ele verbal ou icônico (PENN, 2005).

O método de análise de conteúdo é composto de três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise, o pesquisador fará uma leitura flutuante, na qual estabelecerá o primeiro contato com os dados a serem analisados. A fase de exploração do material corresponde às operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a fase em que os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O analista tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito à outras descobertas inesperadas (BARDIN, 1977/2010).

Assim, as informações gravadas foram transcritas na íntegra e lidas, destacando-se aspectos recorrentes no discurso dos participantes que indicavam a percepção da cirurgia, bem como as fantasias manifestas, elaborando-se categorias *à posteriori*. O referencial teórico psicanalítico foi utilizado para interpretação dos resultados como forma de acessar conteúdos

latentes nos discurso dos participantes e, assim, propiciar uma compreensão mais aprofundada a respeito da temática estudada (TURATO, 2003).

Aspectos éticos

Primeiramente este projeto de pesquisa foi avaliado por banca de qualificação em janeiro de 2014 e após sua aprovação foram realizados os trâmites institucionais. Inicialmente, o estudo passou por avaliação institucional da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE/HUSM (Anexo A) - e do Comitê de Ética e Pesquisa da CEP/UFSM (Anexo B). O projeto de pesquisa foi aprovado em 8 de Abril de 2014, sob o número de registro CAAE 28759614.9.0000.5346. A partir daí se deu início a fase de levantamento e coleta de dados.

Em todas as etapas da pesquisa foram considerados os preceitos éticos do respeito a pessoa, beneficência, justiça, participação voluntária, fornecimento de informações sobre a pesquisa e o comprometimento em dar uma devolução a respeito dos resultados (Brasil, 2012). Tais preceitos estão presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, os quais norteiam e regulamentam as condições das pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012). Além disso, também foi levada em consideração a Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisas em Psicologia com seres humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Assim, o contato com os pacientes e responsáveis ocorreu durante a internação, no dia anterior a cirurgia, de forma a não acarretar em custos a eles - convidando-os a participar do estudo em questão. Neste momento, por se tratar de uma pesquisa com população vulnerável os pesquisadores tiveram o cuidado de esclarecer aos responsáveis e participantes dos objetivos do trabalho, que o sigilo que seria preservado na individualidade de cada caso, comprometendo-se a divulgar o material sem sua identificação. Além disso, foi enfatizado o fato da participação ser voluntária e do indivíduo poder retirar sua participação da pesquisa em qualquer momento sem sofrer prejuízos no andamento do seu tratamento. Posteriormente, foi solicitada a assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (cuidador/responsável – Apêndice B) e Termo de Assentimento (criança – Apêndice C), quando foi aceita a participação no trabalho.

ARTIGO 1

O ato cirúrgico numa perspectiva psicanalítica e as fantasias infantis: uma revisão sistemática.

Surgery in a psychoanalytic perspective and childhood fantasies: a systematic review.

La cirugía en una perspectiva psicoanalítica y las fantasías infantiles: una revisión sistemática

Resumo

A cirurgia é uma experiência que traz consigo exames incômodos e mal-estares, tornando-se, muitas vezes, uma experiência incompreensível e traumatizante. Estes procedimentos naturalmente são acompanhados de inúmeras fantasias. Estas, por sua vez, em alguns casos, podem dificultar o processo cirúrgico e a recuperação do paciente. Este artigo se propõe a apresentar uma revisão sistemática realizada em bases de dados nacionais e internacionais a respeito das publicações sobre a temática da cirurgia infantil, com ênfase nas fantasias. Foram revisados trinta e seis artigos publicados entre os anos de 2000 a 2014. A maioria das publicações estava relacionada a estudos envolvendo o preparo cirúrgico, com ênfase em atributos como ansiedade, estresse e depressão. Vários desses estudos citavam tipos de fantasias mobilizados pela cirurgia, mas nenhum se dedicava a aprofundar essa temática. Assim, evidencia-se a importância da realização de estudos mais aprofundados sobre este tema.

Palavras-chave: Psicanálise, psicologia, fantasias, cirurgia pediátrica.

Abstract

Surgery is an experience that brings uncomfortable examinations and discomfort and often becomes an incomprehensible and traumatic experience. These procedures are naturally accompanied by numerous fantasies. These, in turn, can hinder the surgical procedure and patient recovery. This paper aims to present a systematic review of national and international databases about the publications on the topic of pediatric surgery, with an emphasis on fantasies. Thirty-six articles, published between 2000 and 2014, were reviewed. Most publications were related to studies involving surgical preparation, with an emphasis on attributes such as anxiety, stress and depression. Several of these studies cited fantasies

caused by surgery, but not one of them was dedicated to develop this issue. Thus, this highlights the importance of studying this topic in greater detail.

Keywords: Psychoanalysis, psychology, fantasies, pediatric surgery.

Resumen

La cirugía es una experiencia que trae exámenes incómodos e incomodidades que se convierten, a menudo, en experiencia incomprensible y traumático. Estos procedimientos son, por supuesto, acompañados por muchas fantasías. Ellas, a su vez, en algunos casos, pueden dificultar el procedimiento quirúrgico y la recuperación del paciente. Este artículo tiene como objetivo presentar una revisión sistemática de las bases de datos nacionales e internacionales de las publicaciones sobre el tema de la cirugía pediátrica, con énfasis en las fantasías. Fueron revisados treinta y seis artículos publicados entre los años 2000 a 2014. La mayoría de las publicaciones hacían referencia a estudios con la preparación quirúrgica, con un énfasis en atributos tales como la ansiedad, el estrés y la depresión. Muchos de esos estudios hablaban de tipos de fantasías movilizados por la cirugía, pero ninguno se dedicó a desarrollar este problema. Así, se destaca la importancia de llevar a cabo más estudios sobre este tema.

Palabras clave: Psicoanálisis, psicología, fantasías, cirugía pediátrica.

Introdução:

O adoecimento, do ponto de vista psicológico, se constitui em um momento de crise, que confronta o indivíduo com sua debilidade física e o coloca em contato com sua condição de fragilidade e finitude. Ele geralmente é descrito pelos sujeitos como sendo da ordem do inesperado e indesejável, interferindo na sua rotina diária e na sua autonomia e, por isso, vem carregado de afetividade.

O adoecimento, a hospitalização e a indicação cirúrgica são vivenciados de forma

abrupta pelo indivíduo, carregando em si a ambivalência de que, para curar e recuperar a saúde, este deve ser atacado e agredido. Assim, podem implicar em um elevado impacto físico, social e emocional para os pacientes. (Castro & Moreno-Jiménez, 2008; Costa Júnior *et al.*, 2012; Finkel & Espíndola, 2008; Goidanich & Guzzo, 2012; Velázquez *et al.*, 2005).

Independentemente da idade, do porte da cirurgia e do fato do indivíduo já ter vivenciado procedimento semelhante, ela pode desencadear sentimentos variados no indivíduo. Esses sentimentos vão desde a sensação de alívio pelo diagnóstico da enfermidade até de agressão, impotência, isolamento, medo do desconhecido, da dor, da mutilação e da morte. Além disso, a incerteza causada pelo confronto com o desconhecido pode gerar medo, ansiedade e despertar várias fantasias (Finkel & Espíndola, 2008; Garanhani & Valle, 2012; Goidanich & Guzzo, 2012).

Uma particularidade a ser considerada na cirurgia infantil é que ela se caracteriza por um momento de informação da decisão médica, da qual a criança não participa. Este fato decorre, geralmente, de duas causas. Uma delas está relacionada à crença culturalmente difundida de que as crianças nem sempre são capazes de entender os motivos reais e a complexidade de um processo cirúrgico. Já a outra está associada a dificuldades dos pais em falar com a criança sobre a necessidade do procedimento, por vezes omitindo informações ou enganando a criança. Entretanto, contrariando a crença culturalmente difundida, a criança tem grande capacidade de observação e percebe que algo diferente ocorre, bem como a dificuldade da família para lidar com o processo (Finkel & Espíndola 2008; Garanhani & Valle, 2012; Lepri, 2008; Mikowski, 2008).

O fantasiar da criança em relação ao procedimento cirúrgico é normal e natural, fazendo parte do processo de preparação e elaboração psicológica desencadeado pela cirurgia. Entretanto, quando a criança percebe que os adultos omitem informações a respeito do processo cirúrgico, as fantasias apresentadas por ela podem assumir um caráter persecutório e

atemorizante. Assim, pode despertar na criança uma sensação de que os pais e a equipe estão premeditando algo contra ela (Finkel & Espíndola 2008; Garanhani & Valle, 2012; Mikowski, 2008).

Portanto, tendo em vista o contexto explicitado acima, o processo cirúrgico, ao se caracterizar por uma invasão de sentimentos e fantasias, pode ser remetido à ordem do traumático. A criança, na medida em que, por estar com o aparelho psíquico ainda em formação, nem sempre tem condições para lidar com o que a cirurgia representa para ela, vivenciando ansiedade e angústia como uma reação a situações de perigo. Nesse sentido, surgem as fantasias, como tentativa de defesa e de reestabelecimento de equilíbrio emocional para conseguir enfrentar essa situação (Finkel & Espíndola 2008; Lepri, 2008). Assim, este estudo propõe-se a apresentar uma revisão sistemática a respeito das publicações sobre a temática da cirurgia infantil, com ênfase nas fantasias.

Método:

Realizou-se revisão sistemática em bancos de dados nacionais e internacionais: SciELO, LILACS, Pepsic, Index Psi Periódicos, Index Psi Periódicos Teses, MEDLINE, COCHRANE, Portal Nacional BVS Brasil em Saúde e Portal de Evidências, buscando-se todas as referências selecionadas na íntegra. Para tanto, utilizou-se os seguintes descritores em inglês isoladamente e combinados: anxiety castration, anxiety, psychology, psychoanalysis, surgery, pediatric, angst, subjectivity, psychological preparation, imagination, defense mechanisms¹.

¹ Descritores em português: angústia de castração, ansiedade, psicologia, psicanálise, cirurgia, pediátrica, angústia, subjetividade, preparação psicológica, imaginação, mecanismos de defesa.

A fim de contemplar os objetivos deste estudo, foram incluídos os artigos que tivessem como foco de investigação procedimentos cirúrgicos infantis no momento pré-operatório e também aspectos psicológicos ou emocionais. Foram excluídos artigos publicados antes do ano 2000 e que abordavam a cirurgia de um ponto de vista estritamente biológico.

Os artigos foram selecionadas com base em seus títulos e *abstracts*, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão. A partir daí, os artigos foram lidos na íntegra e categorizados aspectos relativos à área, relevância do estudo, clareza, objetivos, delineamento, consistência metodológica, características da amostra estudada, tipo de cirurgia, variáveis estudadas, resultados e conclusões.

Resultados:

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, foram selecionados trinta e seis artigos relacionados a procedimentos cirúrgicos infantis. Destes, apenas treze citaram as fantasias pré-cirúrgicas.

Os estudos em cirurgia pediátrica, no geral, concentravam-se nas áreas da Psicologia (vinte e dois), Medicina (sete) e Enfermagem (sete); destes, doze estavam relacionados à importância de realizar algum tipo de preparo em pacientes e familiares para os procedimentos cirúrgicos. Verificou-se que seis abordavam temáticas como a qualidade de vida, os transplantes e as suas implicações no desenvolvimento de problemas emocionais e o potencial traumático envolvido nos procedimentos cirúrgicos. Além disso, cinco também enfocavam no estudo da eficácia de intervenções preparatórias para esses procedimentos envolvendo técnicas lúdicas e preparo psicológico para pais e crianças. Dezesesseis trabalhos investigaram os significados da cirurgia para a criança, níveis de ansiedade mobilizados pela operação no paciente e nos familiares e as influências na autoimagem do indivíduo.

Treze estudos em cirurgia pediátrica que citavam alguns tipos de fantasias envolvidas no processo cirúrgico enfatizaram a influência de situar a fase do desenvolvimento em que a criança que vivencia o processo está, bem como a importância de desmitificar a ideia de que não falar sobre a cirurgia protege a criança. Além disso, reforçam o fato da cirurgia mobilizar o sentimento/fantasia de que ela está sendo agredida ou até mesmo punida, havendo, assim, a necessidade de defender-se através da fantasia. Um dos estudos chamava a atenção para a dualidade do papel da fantasia neste momento, já que funciona tanto como um correspondente das pulsões, buscando satisfação, quanto uma defesa, através da fuga da realidade e defesa contra a frustração. Entretanto, nenhum deles se detinha a estudar profundamente este tema.

Outro fato que chama a atenção é a qualidade dos trabalhos brasileiros relacionados às temáticas estudadas nesta pesquisa. Alguns deles publicados em revistas internacionais. Os treze artigos relacionados às fantasias pré-operatórias estão descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1: Principais estudos relacionados às fantasias pré-cirúrgicas.

Autor/ano	Método	Principais achados
Abd-Elseyed, Delgado, & Livingstone (2013).	Descreve como se representam 171 crianças e adolescentes com lábio leporino e fenda palatina que foram convidadas a desenhar os seus rostos 2 horas antes da cirurgia para reparar as suas deformidades.	Os desenhos poderiam representar uma tentativa de compensar a deficiência através da fantasia ou representar a imagem desejada pelos pais.
	Artigo de revisão.	Enfatizou o caráter agressivo e traumático da cirurgia, bem como os sentimentos e fantasias

Broering & Crepaldi (2008).		mobilizados por este procedimento. Concluiu chamando a atenção para a importância do preparo emocional para a cirurgia.
Broering & Crepaldi (2011a).	Pesquisa qualitativa com 30 acompanhantes de crianças entre 6 e 12 anos, internadas para a realização de cirurgia visando a acessar aspectos emocionais das crianças. As entrevistas foram realizadas antes e após a cirurgia e analisadas mediante Análise de Conteúdo de Bardin.	A cirurgia foi percebida como um momento de risco, colocando pacientes e familiares em posição de vulnerabilidade. A principal técnica de preparo para o procedimento cirúrgico foi a transmissão de informações. Ela proporcionou certo sentimento de controle sobre o desconhecido, reduzindo os níveis de ansiedade. Enfatizou a importância da realização de preparo não somente das crianças, mas também de suas mães.
Crepaldi & Hackbarth (2002)	Trabalho realizado com 35 crianças com 5 a 7anos que investigou os sentimentos e os comportamentos que a criança apresentava antes de uma	Encontraram a presença de sentimentos negativos em relação à cirurgia como medo, culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe.

	intervenção cirúrgica. Utilizou como instrumentos: história, desenho estruturado e entrevista sobre o desenho.	Salientou a utilização do desenho como forma de acessar conteúdos inconscientes e fantasias.
Finkel & Espíndola (2008)	Estudo teórico.	Explicitou a importância dos pais falarem com a criança a respeito da cirurgia para desfazer fantasias atemorizantes. Enfatizou a escassez de literatura específica na área da Cirurgia Infantil e Psicologia.
Garanhani e Valle (2012).	Pesquisa qualitativa, com abordagem fenomenológica. Foram entrevistadas 14 crianças em três momentos: período pré, trans e pós-operatório.	O medo associado à falta de informações e de preparo da criança pode suscitar fantasias relacionadas ao entendimento da necessidade da cirurgia.
Garcés & Assef (2004).	Estudo teórico.	Reforçou a importância da realização do preparo psicológico em pacientes e familiares. Argumentou que, através dele, é possível esclarecer fantasias e ansiedades sobre a doença e cirurgia, facilitando o processo.
	Estudo de caso.	A forma como as crianças

Hearst (2009).		entendem e reagem aos procedimentos médicos é influenciada pela fase do desenvolvimento na qual se encontra. Explicou quais são as principais reações em diferentes faixas etárias.
Lepri (2008).	Estudo teórico.	Há uma dualidade na função da fantasia numa criança adoecida que vivencia procedimentos invasivos. Ao mesmo tempo em que a fantasia tem a função de satisfazer os anseios pulsionais, ela também funciona enquanto uma defesa contra a frustração pela fuga da realidade.
Mikowski (2008).	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória com 8 crianças entre 4 e 10 anos. Deveu-se a estudar a situação pré-cirúrgica com a utilização do brinquedo terapêutico diretivo.	Através do brinquedo terapêutico diretivo, foi possível as crianças exprimirem suas fantasias, angústias e dúvidas a respeito do procedimento que seriam submetidas.
	Estudo quanti-qualitativo com amostra intencional de 10 crianças em situação pré-	A cirurgia provocou inseguranças e dúvidas que podem mobilizar a emergência

Prudenciatti, Tavano, & Neme (2013).	cirúrgica. Utilizaram como instrumentos o Desenho-Estória com Tema de Trinca e o inquérito complementar.	de fantasias, incrementando os estados de angústia e a ansiedade, devido a pouca compreensão que a criança tem deste procedimento.
Salgado <i>et al.</i> , (2011).	Estudo qualitativo com seis entrevistas semiestruturadas e 100 horas de observação participante. Visava a analisar a vivência de famílias de crianças submetidas à cirurgia cardíaca e identificar os seus recursos de enfrentamento.	Identificou sentimentos de medo de morte (ligado a fantasias em relação aos procedimentos) culpa pela doença e impotência. Verificou o enfrentamento através do apoio da rede social e equipe de saúde, a religião e a história de vida.
Velázquez <i>et al.</i> , (2005).	Estudo quantitativo com 30 crianças com idade de 5 a 12 anos, visando testar a efetividade de uma intervenção de preparo para cirurgia. As crianças foram divididas em dois grupos: um que recebeu informações básicas e outro, informações mais detalhadas.	As pessoas possuem ideias sobre a cirurgia carregadas de crenças e fantasias que causam medos e ansiedade excessivos. Os participantes que receberam o preparo psicológico para intervenção tiveram redução significativa da ansiedade. Reforçam a importância preventiva da realização do preparo.

Discussão:

Esta revisão sistemática comprovou a relevância assinalada por doze estudos de que os serviços de saúde ofertem algum tipo de preparo para procedimentos cirúrgicos. Estes trabalhos reforçaram que é necessário oferecer informações consistentes aos envolvidos de forma a atenuar sentimentos de ansiedade e estresse. Além disso, ressalta-se, também, a importância da psicofilaxia cirúrgica ou preparo psicológico para cirurgia (Broering & Crepaldi, 2011a; Carnier, Rodrigues & Padovani, 2012; Costa Júnior *et al.*, 2012; Fortier *et al.*, 2009; Lerwick, 2013; Li & Lopez, 2008; Rice, Glasper, Keeton & Spargo, 2008; Wennström, Törnhage, Nasic, Hedelin & Bergh, 2011).

Cinco destes estudos investigaram a eficácia de intervenções preparatórias que envolviam técnicas lúdicas e de preparo emocional para este procedimento, que eram ofertados aos pais e aos seus filhos (Lerwick, 2013; Li & Lopez, 2008; Mikowski, 2008; Prudenciatti, Tavano, & Neme, 2013). Essas pesquisas evidenciaram que o preparo reduzia o estresse e a ansiedade nos pais da criança e a ansiedade do infante (Broering & Crepaldi, 2011a; Cuzzocrea *et al.*, 2013; Fortier *et al.*, 2009; Garcés & Assef, 2004; Li & Lopez, 2008; Mikowski, 2008; Prudenciatti *et al.*, 2013; Velázquez *et al.*, 2005).

A psicofilaxia possui sua relevância bem documentada para diversos tipos de cirurgia. Existem vários tipos de intervenções para preparo, às quais a prática clínica demonstra que produzem resultados a curto prazo. Elas são capazes de reduzir não apenas o sofrimento emocional decorrente do processo cirúrgico, mas também o sofrimento físico e os gastos financeiros. Fincher, Shaw e Ramelet (2012) constataram, em seu estudo, que os pacientes que receberam este preparo queixavam-se menos de dor no pós-operatório, e conseqüentemente, utilizaram número menor de medicações. Ao mesmo tempo, mostram-se menos ansiosos, diminuindo a ocorrência de quadros de alucinação ou delírio pós-operatório e reduzindo a necessidade de sedação (Broering & Crepaldi, 2011b; Cuzzocrea *et al.*, 2013;

Doca & Costa Júnior, 2011; Fincher *et al.*, 2012; Ribeiro, Coutinho, Araújo & Souza, 2009; Rice *et al.*, 2008; Velázquez *et al.*, 2005).

Com base nesse material, foi possível constatar que há um número relevante de trabalhos que avaliavam a psicoprofilaxia cirúrgica, bem como a influência dessa técnica em atributos psicológicos como ansiedade, depressão e estresse (Broering & Crepaldi, 2011b; Cuzzocrea *et al.*, 2013; Doca & Costa Júnior, 2011; Fincher *et al.*, 2012; Fortier *et al.*, 2009; Garcés & Assef, 2004; Li & Lopez, 2008; Rice *et al.*, 2008). Chamou a atenção que quatro dessas pesquisas que também estudavam as fantasias estavam na área da psicocardiologia e ressaltavam a influência da simbologia cultural atribuída ao coração, associado à vida e sede das emoções (Finkel & Espíndola, 2008; Queiroz, 2011; Salgado *et al.*, 2011).

Ainda analisando-se a produção científica relacionada à cirurgia pediátrica, seis estudos investigaram os significados da cirurgia para a criança e familiares, seu potencial traumático e os sentimentos mobilizados por sua iminência (Abd-Elsayed, Delgado & Livingstone, 2013; Garanhani & Valle, 2012; Queiroz, 2011; Rice *et al.*, 2008; Salgado *et al.*, 2011). Encontraram-se, também, pesquisas que estudavam competência social e o enfrentamento adotado pelas crianças frente ao procedimento cirúrgico, que revelaram que estes poderiam ser prejudicados pelas restrições médicas e pela superproteção dos pais (Castro & Moreno-Jiménez, 2008; DeMaso & Snell, 2013).

Ainda nesta via de entendimento, chamou a atenção que há uma redução significativa de pesquisas, um terço dos artigos levantados, que estudem as fantasias de crianças que aguardam realização de cirurgia. Verificou-se que esses trabalhos se relacionavam principalmente ao preparo emocional para processo cirúrgico. Estes estudos até apontavam algumas fantasias e suas possíveis influências na recuperação do paciente, mas nenhum deles se detinha a aprofundar essa temática (Broering & Crepaldi, 2011b; Finkel & Espíndola,

2008; Garanhani & Valle, 2012; Garcés & Assef, 2004; Mikowski, 2008; Prudenciatti *et al.*, 2013; Salgado *et al.*, 2011; Velázquez *et al.*, 2005).

Seis dos estudos encontrados que citaram as fantasias expressaram a visão da conduta protetiva dos pais diante da cirurgia para poupar a criança, evitando falar sobre o assunto e o potencial ansiogênico e gerador de fantasias (Broering & Crepaldi, 2011a; Castro & Moreno-Jiménez, 2008; DeMaso & Snell, 2013; Finkel & Espíndola, 2008). Estes estudos chamaram a atenção que as atitudes dos pais perante o adoecimento e a cirurgia influenciavam também a conduta e o enfrentamento da criança podendo incrementar outros problemas psicológicos (Castro & Moreno-Jiménez, 2008; DeMaso & Snell, 2013). Entende-se que é difícil para os pais lidar com as angustias impostas pelo procedimento e ter que informar a criança sobre ele. Entretanto, é importante desfazer o mito de que a criança não é capaz de compreender aquilo que se passa com ela e que é incapaz de lidar com determinadas situações, como a cirurgia. Além disso, não falar sobre o procedimento com a criança transmite várias mensagens, como por exemplo, essa dificuldade da família de lidar com ele e a fantasia que algo atemorizante pode acontecer com ela e, por isso, é escondido (Finkel & Espíndola, 2008; Lepri, 2008).

Essas fantasias podem influenciar nas atitudes e recuperação dos pacientes, pois podem se converter num meio de defesa contra a ansiedade mobilizada pela cirurgia como forma de diminuir a tensão (Finkel & Espíndola, 2008; Garcés & Assef, 2004; Prudenciatti *et al.*, 2013; Velázquez *et al.*, 2005). Prudenciatti *et al.* (2013), em seu estudo, consideraram a fantasia uma defesa primitiva, que reforçaria quadros de angústia e ansiedade frente ao processo cirúrgico, bem como dificultaria o período pós-operatório. Já para a Psicanálise, mesmo a fantasia se constituindo em uma defesa regressiva, ela é estrutura protetora, que auxilia na sublimação, constituindo-se em defesa momentânea a castração real imposta pelo ato cirúrgico (Abel, 2011; Araújo, 2013). Colombi (2010) ainda diferenciou o conceito de fantasia imaginativa da fantasia enquanto fuga da realidade. A primeira é considerada criativa

e essencial ao desenvolvimento e a aquisição da capacidade de sobreviver à separação das figuras parentais. Já a segunda é uma defesa onipotente, um fator de risco para o sujeito, um modo de funcionamento dissociativo, distanciando-o do contato com os outros e com a realidade.

Ainda nesta via de compreensão, o entendimento e a vivência que a criança terá acerca do evento dependerão da fase do desenvolvimento na qual se encontra (Castro, Silva & Ribeiro 2004; Hearst, 2009). Assim, os pais, ao falarem com os filhos sobre a cirurgia, que, mesmo sendo dolorosa, é necessária, podem proporcionar que a criança a compreenda e que assim ela consiga lidar de uma maneira mais saudável com os sentimentos e fantasias que esta mobiliza naturalmente (Finkel & Espíndola, 2008; Lepri, 2008; Pardo, García & Gómez-Cía, 2010). Portanto, abririam espaço para o fantasiar elaborativo, que é realizado através do ato de brincar (Lepri, 2008; Lerwick, 2013).

Brincar e fantasiar são conceitos psicanalíticos complexos, pois ambos guardam em sua dimensão uma parte indizível e incapturável, algo que resiste a simbolização e atua no psiquismo, isto é, a pulsão de morte (Di Paolo & Barros, 2010). De acordo com Winnicott (1982/2008), brincar é uma experiência universal e saudável. O ato de brincar pode incorporar valores morais e culturais e é a forma que a criança possui de representar o contexto ligando situações imaginadas às coisas do mundo real alcançando assim a sua satisfação. (Freud, 1908/1996). Freud (1920/1996) referiu-se ao brincar das crianças utilizando o exemplo de seu neto de um ano e meio, que brincava com um carretel amarrado num cordão. A brincadeira se caracterizava por repetidamente atirar o brinquedo e, posteriormente, puxá-lo novamente, num brincar de “desaparecimento e retorno”, geralmente realizados em ocasiões em que sua mãe saía. Através dessa brincadeira, a criança obtinha satisfação, fantasiando que dominava a chegada e a saída da mãe. Assim, através da brincadeira, a criança poderia repetir aquilo que,

para ela, na sua fantasia, seria a sua cirurgia, na tentativa de dominar uma experiência vivenciada de forma passiva e atribuir significado a ela (Lerwick, 2013).

No estudo de Lepri, (2008) a autora chamou a atenção para o duplo papel que a fantasia exerce na situação de adoecimento e da necessidade da realização de uma cirurgia. A cirurgia se configura para a criança em uma ameaça real de desintegração e aniquilamento, suscitando medos infantis primitivos. Neste contexto, a fantasia funciona tanto quanto uma representante das pulsões quanto uma defesa e se mostra um recurso necessário à integridade do ego para que a criança consiga lidar com uma realidade desconhecida e tentar atribuir algum sentido a ela. Entretanto, ao mesmo tempo em que ela pode gerar prazer, ela gera desprazer, devido à sua ligação com o indizível, ou seja, a pulsão de morte.

Portanto, ao se pensar a respeito das fantasias no caso de crianças que aguardam a cirurgia, acredita-se que é importante levar em consideração o caráter paradoxal da fantasia. A fantasia possui um papel constituinte relevante no desenvolvimento infantil desde muito cedo, defendendo o bebê da angústia de aniquilação e proporcionando satisfação momentânea das suas necessidades até que a mãe venha a auxiliar (Ogden, 2011). Posteriormente, está presente no brincar como forma da criança atribuir significação às coisas e diferenciar a realidade, colocando-a em contato com situações de difícil elaboração relacionadas à pulsão de morte e identificáveis através das brincadeiras repetitivas. Através do brincar, repetitivo a criança tenta dominar uma experiência desagradável, vivenciando ativamente algo no qual esteve em posição passiva, o que proporciona prazer; entretanto, o desprazer é revivido constantemente, na tentativa de apreender o inominável.

No caso da cirurgia em crianças, esta relativização do papel da fantasia ainda se faz mais necessária. A criança é um sujeito em formação, no qual a fantasia ocupa um papel estruturante, faz parte do brincar e, neste sentido, é saudável e desejável. Neste contexto em que as crianças se veem confrontadas a uma ameaça real de agressão e morte, as fantasias

poderiam se constituir não somente em um veículo para dominar tarefas específicas do desenvolvimento ou como uma defesa regressiva, mas também uma tentativa de atribuição de sentido à experiência cirúrgica, sendo assim, necessária a elaboração (Câmara, 2011; Graves, 2008; Lepri, 2008). Além disso, em situações extremas de angústia, é comum a presença de fantasias persecutórias como uma defesa necessária para manter a integridade do ego. Ainda mais nos casos em que os pais possuem algum tipo de dificuldade em conversar com a criança a respeito do procedimento cirúrgico.

Portanto, assim como também constataram Finkel & Espíndola (2008) e Broering & Crepaldi (2008), verificou-se que, atualmente, ainda há uma escassez de literatura específica e lacunas devem ser preenchidas. Além disso, evidenciou-se, também, a importância da realização de estudos que procurem compreender esse papel paradoxal da fantasia para a criança que vivencia um processo cirúrgico de maneira mais aprofundada.

Considerações Finais:

Com base nesse estudo, reforçou-se a relevância de que os serviços de saúde ofertem algum tipo de preparo para procedimentos cirúrgicos, que seja consistente às necessidades e às singularidades dos envolvidos. Percebeu-se, também, que há poucos estudos que sinalizavam a influência das fantasias no processo cirúrgico. Soma-se a isso o papel paradoxal da fantasia, que, ao mesmo tempo pode se constituir em uma defesa primitiva e reforçar quadros de ansiedade frente ao processo cirúrgico, também pode ser uma tentativa de atribuição de sentido à essa experiência. Portanto, evidencia-se a necessidade da realização de estudos que procurem compreender essa temática de forma mais aprofundada.

Referências:

Abel, M. C. (2011). Verdade e fantasia em Freud. *Ágora* 14(1), 47-60.

- Abd-Elseyed, A. A., Delgado, S. V., & Livingstone, M. (2013). Self-image perception of 171 children and adolescents with cleft lip and palate from 22 countries. *The Ochsner Journal*, 13 (2), 204–207.
- Araújo, F. M. (2013). O véu do inconsciente e a questão da angustia. *Cad. Psicanál*, 35(28), 149-168.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011a). Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica de seus filhos segundo dois modelos. *Psicol. Argum*, 29(66), 327-341.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011b). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1),15-23.
- Câmara, G. (2011). O trauma, a fantasia e o Édipo. *Cógito*, 12, 57-61.
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R., & Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 315-325.
- Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Competencia social y problemas emocionales/conductuales en niños trasplantados de órganos sólidos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16(2), 307-320.
- Colombi, L. (2010). The dual aspect of fantasy: Flight from reality or imaginative realm? Considerations and hypotheses from clinical psychoanalysis. *Int J Psychoanal*, 91,1073–1091. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00327.x
- Costa Júnior, A. L, Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., & Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 271-284.
- Crepaldi, M. A., & Hackbarth (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.

- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anesthesia*, *23*, 139–143. doi:10.1111/pan.12100
- DeMaso, D. R., & Snell, C. (2013). Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, *22*, 134–138.
<http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.04.004>
- Di Paolo, A. F., & Barros, C. V. (2010). Considerações acerca do brincar e do estatuto da fantasia a partir de proposições teóricas que baseiam a pesquisa IRDI. *Estilos da Clínica*, *15*(1), 178-193.
- Doca, F. N. P., & Costa Júnior, A. L. (2011). Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais. *Estudos de Psicologia*, *28*(1), 79-87.
- Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: A single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, *21*, 946–955. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x
- Finkel, L. A., & Espíndola, V. B. P. (2008). Cirurgia cardíaca pediátrica: O papel do psicólogo na equipe de saúde. *Psicol. Am. Lat.* *13*. Acedido em Maio 25, 2014, em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Fortier, M. A., Chorney, J. M., Rony, R. Y. Z., Perret-Karimi, D., Rinehart, J. B., Camilon, F. S., & Kain, Z. N. (2009). Children's Desire for Perioperative Information. *Anesth Analg*, *109*(4), 1085–1090. doi:10.1213/ane.0b013e3181b1dd48

- Freud, S. (1996). Escritores Criativos e Devaneio. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. (pp.133-143). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1908)
- Freud, S. (1996). Além do Princípio do Prazer. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. (pp.13-75). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1920)
- Garanhani, M.L., & Valle, E.R.M. (2012). O significado da experiência cirúrgica para a criança. *Cienc Cuid Saude* 11(suplem.), 259-266. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i5.17084
- Garcés, C. B., & Assef, V.C. (2004). Control de la Respuesta psicológica en el paciente quirúrgico pediátrico. *Mediciego*, 10(supl.2). Acedido em Novembro 13, 2014, em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin>
- Goidanich, M., & Guzzo, F. (2012). Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: O Paciente Cirúrgico. *Rev. SBPH*, 15(1), 232-248.
- Graves, P. L. (2008). When children tell stories: developmental considerations. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(1), 19-37.
- Hearst, D. (2009). The runaway child: Managing anticipatory fear, resistance and distress in children undergoing surgery. *Pediatric Anesthesia*, 19, 1014–1016.
doi:10.1111/j.1460-9592.2009.03146.x
- Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22, 129–133.
- Lepri, P. M. F. (2008). A criança e a doença: Da fantasia à realidade. *Rev. SBPH*, 11(2), 15-26.

- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *JSPN*, 13(2), 63-73.
- Mikowski, E. M. P. (2008). *Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo*. Monografia (Bacharel em Psicologia) Universidade Federal de Sergipe: São Cristóvão.
- Ogden, T.H. (2011) Reading Susan Isaacs: Toward a radically revised theory of thinking. *Int J Psychoanal*, 92, 925–942. doi: 10.1111/j.1745-8315.2011.00413.x
- Pardo, G. D., García, I. M., & Gómez-Cía, T. (2010). Psychological effects observed in child burn patients during the acute phase of hospitalization and comparison with pediatric patients awaiting surgery. *Journal of Burn Care & Research*, 31(4), 569–578. DOI: 10.1097/BCR.0b013e3181e4d704
- Prudenciatti, S. M., Tavano, L. D. A., & Neme, C. M. B. (2013). O Desenho – Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré-cirúrgica. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 33(85), 276-291.
- Queiroz, F. C. A. (2011). *Representação no campo do traumático: enfermidade grave na infância e o impacto sobre o desenvolvimento*. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo.
- Ribeiro, C. C., Coutinho, R. M., Araújo, T. F., & Souza, V. S. (2009). Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: Experiência da criança com Port-a-Cath. *Acta Paul Enferm*, 22(Especial - 70 Anos), 935-941.
- Rice, M., Glasper, A., Keeton, D., & Spargo, P. (2008). The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: An observational study. *Pediatric Anesthesia*, 18, 426–430. doi:10.1111/j.1460-9592.2008.02490.x

- Salgado, C.L., Lamy, Z.C., Nina, R.V.A.H., Melo, L.A., Lamy Filho, F., & Nina, V.J.S.(2011). A cirurgia cardíaca pediátrica sob o olhar dos pais: Um estudo qualitativo. *Rev Bras Cir Cardiovasc.*, 26(1), 36-42.
- Velázquez, M. E. R., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo, P., Suárez, A., & Berazategui, R. (2005). Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug*, 76(1), 27-37.
- Wennström, B., Törnbage, C. J., Nasic, S., Hedelin, H., & Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anesthesia*, 21, 1058–1065.
doi:10.1111/j.1460-9592.2011.03656.x
- Winnicott, D. W. (2008). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em: 1982)

ARTIGO 2

Os sentimentos e o fantasiar em crianças que aguardam cirurgia.

Children's Feelings and their use of fantasy while awaiting surgery.

Los sentimientos y las fantasías en niños que esperan la cirugía.

Resumo

O processo cirúrgico carrega a ideia de agressão, passividade e mobiliza angustias impensáveis. Este estudo qualitativo, descritivo e exploratório investigou as fantasias presentes em crianças no dia anterior a cirurgia. Incluíram-se sete crianças, ambos os sexos, com idade de cinco a doze anos internadas para realização de cirurgia em 2014. Utilizou-se como instrumentos A Hora do Jogo e do Teste das Fábulas, e os dados passaram por análise de conteúdo. Os participantes expressaram a percepção de si enquanto defeituosos e sentimentos de fragilidade, desamparo e diversos medos, bem como fantasias atemorizantes e elaborativas. Concluiu-se que a fantasia manteve seu papel paradoxal: mesmo se constituindo em uma defesa regressiva, revelou-se uma estrutura protetora, auxiliando a atribuir sentido a experiência cirúrgica.

Palavras-chave: Psicanálise, psicologia, fantasias, cirurgia infantil.

Abstract

Surgical procedures carry the idea of aggression and passivity and cause unimaginable anguish. This qualitative, descriptive and exploratory study investigated the use of fantasy by children the day before surgery. Seven children, both sexes and aged five to twelve, that were admitted for surgery in 2014 were included in the study. Play Time and Fables Test were used as instruments and the data passed through content analysis. The participants expressed themselves as defective, possessed feelings of fragility and helplessness, and had many fears and frightening elaborative fantasies. It was concluded that fantasies maintained a paradoxical role: even if constituting a regressive defense, they proved to be protective structures, helping to make sense of the surgical experience.

Keywords: Psychoanalysis, psychology, fantasies, pediatric surgery.

Resumen

El procedimiento cirúrgico lleva la idea de agresión, pasividad y moviliza angustia impensable. Este estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio investigó las fantasías presentes en los niños el día antes de la cirugía. Siete niños fueron incluidos, de ambos sexos, entre cinco y doce años de edad, ingresados para cirugía em 2014. Fue utilizado como instrumentos para La Hora Del Juego y la Prueba de las Fábulas y los datos que se pasan a través de análisis de contenido. Los participantes expresaron la percepción de sí mismos como defectuoso y sensación de debilidad, impotencia y muchos miedos y fantasías aterradoras y elaborativas. Se concluyó que la fantasía mantuvo su papel paradójico: aunque constituya una defensa regresiva, resultó ser una estructura de protección, que ayuda a dar sentido a la experiencia cirúrgica.

Palabras clave: Psicoanálisis, psicología, fantasías, cirugía pediátrica.

Introdução:

A cirurgia se caracteriza por ser um procedimento invasivo, o qual envolve a realização de exames incômodos e que desperta diversos sentimentos e mal-estares por colocar a criança em contato com um mundo, até então, desconhecido (DeMaso. & Snell, 2013; Garanhani & Valle, 2012; Mikowski, 2008). A indicação cirúrgica geralmente é vivenciada pela criança como uma ameaça a sua integridade corporal e emocional. A cirurgia carrega em si a ideia ambivalente de que, para curar e recuperar a saúde, esta deve passar por procedimentos agressivos e dolorosos. Independentemente da idade da criança, do tipo ou porte da cirurgia e do fato dela já ter vivenciado procedimento semelhante, o processo cirúrgico pode mobilizar sentimentos e fantasias variados (DeMaso & Snell, 2013; Garanhani & Valle, 2012; Goidanich & Guzzo, 2012; Velázquez *et al.*, 2005).

A cirurgia infantil possui a peculiaridade de ser uma experiência em que não há a possibilidade da criança escolher ou expressar seus desejos e temores em relação a ela. Este fato decorre, principalmente, da crença cultural de que as crianças não são capazes de compreender a complexidade de um processo cirúrgico. Além disso, muitas vezes, esta crença vem acompanhada pela dificuldade dos adultos em lidar com as angústias mobilizadas pela indicação cirúrgica e, assim, acabam evitando o assunto ou enganando a criança. Entretanto, contrariamente a essas duas situações a criança tem grande capacidade de observação e percebe que algo diferente ocorre. Quando os pais tentam esconder ou evitam falar sobre a cirurgia com a criança, acabam intensificado seus medos e angustias, podendo alimentar fantasias atemorizantes e acionar medos primitivos infantis (DeMaso. & Snell, 2013; Finkel & Espíndola 2008; Garanhani & Valle, 2012; Hearst, 2009; Lepri, 2008; Mikowski, 2008).

Existe no hospital a crença, difundida pelo senso comum e também alguns trabalhos, de que as fantasias, por serem defesas primitivas, dificultariam o período pós-operatório (Costa, Silva & Lima, 2012; Martínez, León, Rodríguez, & Moctezuma, 2010; Prudenciatti *et al.*, 2013). Estes autores defendem a ideia de que elas reforçariam quadros de angustia e ansiedade frente à cirurgia. Entretanto, dentro de um referencial teórico psicanalítico, é atribuído à fantasia um papel paradoxal. Assim, mesmo a fantasia se constituindo em uma defesa regressiva, ela é considerada uma estrutura protetora, que auxilia na sublimação, constituindo-se em defesa momentânea à castração real imposta pelo ato cirúrgico (Abel, 2011; Araújo, 2013).

Lepri (2008) chamou a atenção, em seu estudo, para o duplo papel que a fantasia exerce na situação de adoecimento e da necessidade da realização de uma cirurgia. De acordo com ela, a cirurgia se configuraria para a criança em uma ameaça real de desintegração e, conseqüentemente, suscitaria medos infantis primitivos. Neste contexto, a fantasia funcionaria tanto quanto uma representante das pulsões quanto uma defesa e se mostraria um recurso

necessário à integridade do ego para que a criança consiga lidar com uma realidade desconhecida e tentar atribuir algum sentido a ela. Frente a esses fatos questiona-se: O que pensam e sentem as crianças quando vão ser submetidas a uma cirurgia? Que fantasias estão presentes nesse processo?

Portanto, levando em conta o caráter traumático, a passividade e todas as angustias e fantasias mobilizadas pelo evento cirúrgico, e a necessidade da criança se defender, este estudo se propôs a compreender, a partir de um referencial teórico psicanalítico, o que pensam e sentem as crianças frente à intervenção cirúrgica. Além disso, visou a identificar as fantasias que estavam presentes no período que antecedia um procedimento cirúrgico. Ao mesmo tempo, objetivou a produção de conhecimento científico, reflexão acerca do que é vivenciado pela criança e aprimoramento da prática clínica.

Método:

Tendo em vista a complexidade do estudo da temática saúde-doença no indivíduo - um ser social, histórico e cultural -, optou-se pela realização de um estudo com delineamento qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando-se a abordagem clínico-qualitativa. Este método, de acordo com Turato (2003), é capaz de aprofundar a busca da compreensão de sentidos e significados atribuídos pelo homem neste campo, proporcionando uma perspectiva holística e uma abordagem mais integral.

Foram incluídas, neste estudo crianças de ambos os sexos, com idades de cinco a doze anos, internadas em unidade pediátrica de hospital público do Rio Grande do Sul para realização de cirurgia durante o ano de 2014. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade. Foram excluídas crianças que não estivessem conscientes e interagindo com o meio ambiente, que não tinham condições de brincar.

Frequentou-se a secretaria do bloco cirúrgico durante as segundas e quartas-feiras, durante o período de abril a dezembro de 2014, para informar-se a respeito de quais crianças iriam para cirurgia. Tal procedimento era realizado nas terças e quintas-feiras pela manhã. Posteriormente, era feito o contato com a equipe, verificando se o paciente tinha condições médicas de participar do estudo. A seguir, eram explicados os objetivos do estudo aos familiares e à criança, e realizava-se o convite.

Foram entrevistadas todas as crianças que passariam por procedimentos cirúrgicos, que preenchiam os critérios de inclusão e que concordassem em participar do estudo. O número de sujeitos foi de sete participantes, estabelecido pelo critério de saturação. Dessa maneira, na medida em que os dados eram coletados, foram realizadas as transcrições e a análise do seu conteúdo. Verificou-se que, a partir do sexto participante, não surgiram dados novos, fato que se manteve também no sétimo. Assim, devido à repetição das informações coletadas, entendeu-se que não era relevante persistir na coleta e que um número excedente de participantes não acrescentaria muito ao estudo (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). As principais características dos participantes estão descritas no **Quadro 1**.

Quadro1: Principais características dos participantes.

Participante 1:	Menino, 12 anos, filho mais velho. Mora com os pais e irmão. A família possui casa própria, renda média de cinco salários mínimos, evangélicos. Primeira Cirurgia.
Participante 2:	Menina, 11 anos, filha mais nova. Mora com pais e irmã. A família possui casa própria, renda familiar média de dois salários mínimos. Segunda Cirurgia.
Participante 3:	Menino, 9 anos, filho mais velho. Mora os pais, irmão e irmã. A família possui renda familiar média de seis salários mínimos,

	católicos. Primeira Cirurgia.
Participante 4:	Menino, 5 anos, filho mais velho. Mora com mãe, padrasto e irmão. A família reside na zona rural, renda média de um e meio salário mínimo. Primeira Cirurgia.
Participante 5:	Menino, 12 anos, filho mais novo. Mora com mãe adotiva, viúva, e irmão. A família possui casa própria, renda média de quatro salários mínimos, evangélicos. Primeira Cirurgia.
Participante 6:	Menino, 6 anos, filho único. Mora com os avós. A família possui casa própria, reside na zona rural, renda média de um salário mínimo, católicos. Segunda Cirurgia.
Participante 7:	Menina, 8 anos, filha mais nova. Mora com os pais e irmão. A família possui renda média de um e meio salário mínimo. Primeira Cirurgia.

Utilizaram-se como instrumentos A Hora do Jogo e o Teste das fábulas. A definição da utilização dessas ferramentas objetivou facilitar o acesso à expressão dos sentimentos, das percepções e das fantasias de crianças que realizariam cirurgia.

A Hora do Jogo ou entrevista lúdica parte do pressuposto de que a criança, ao brincar, consegue expressar com maior facilidade seus pensamentos e sentimentos, que dificilmente conseguiria verbalizar. De acordo com Winnicott (1982/2008), é através do brincar que a criança conhece o mundo e aprende a se relacionar com ele, bem como começa a diferenciar a realidade interna e externa. Através dos jogos e das brincadeiras, a criança pode repetir uma situação traumática, vivenciada anteriormente de maneira passiva, como forma de tentativa de dominar e atribuir significação a essa experiência (Freud, 1920/1996; Winnicott, 1982/2008). Tanto o brincar quanto o fantasiar são motivados pelo desejo. Entretanto, no brincar as forças

motivadoras envolvem a realização de um desejo; já no fantasiar estas são motivadas por desejos insatisfeitos, tentando corrigir uma realidade insatisfatória (Freud, 1908/1996).

O material lúdico foi apresentado em uma caixa contendo materiais simples e básicos para facilitar o acesso à fantasia infantil, possuindo também materiais presentes no contexto hospitalar e cirúrgico. A única instrução oferecida à criança foi de que brincasse livremente a respeito do motivo de sua internação e não foi realizada nenhuma interpretação (Aberastury, 1982/1992).

O Teste das Fábulas é um instrumento diagnóstico em psicologia; entretanto, neste estudo foi utilizado como um recurso para estimular a expressão das fantasias e de conteúdos inconscientes mobilizados pela angustia suscitada pela iminência da realização de um procedimento cirúrgico. Ele é um teste projetivo, composto por dez estórias e com ilustrações adequadas a cada uma delas. As fábulas são finalizadas com uma pergunta, a qual a criança deve responder completando a estória. Esse instrumento é confiável, bastante aceito pelas crianças e não envolve desgaste emocional excessivo (Cunha & Nunes, 1993).

A aplicação dos instrumentos teve duração aproximada de uma hora. Iniciou-se pela A Hora do Jogo, técnica com quarenta e cinco minutos de duração, por ser menos ansiogênica. Posteriormente, foi realizado o Teste das Fábulas em quinze a vinte minutos de aplicação. Ambos os instrumentos foram aplicados em uma sala na unidade em que a criança se encontrava internada, proporcionando certa privacidade, mas também permitindo a realização de procedimentos aos quais poderia ser submetida, como, por exemplo, realização de exames e de medicações.

Finalizada a fase de coleta de dados, as informações recolhidas foram transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo, descrita por Bardin (1977/2010). O Teste das Fábulas também passou por análise de conteúdo, de

forma a contemplar os objetivos desta pesquisa, levando em consideração que ela não almejava um diagnóstico.

As informações gravadas durante o período de coleta de dados foram transcritas na íntegra. Primeiramente, realizaram-se leituras flutuantes deste material, buscando estabelecer um primeiro contato e uma impregnação dos dados coletados. A seguir, o conteúdo expresso pelos participantes foi lido, destacando-se aspectos recorrentes do discurso, elaborando-se categorias *a posteriori* e separando-os em unidades de registro (Bardin, 1977/2010). Depois, os dados foram interpretados a partir de um referencial teórico psicanalítico. Para Freud (1923/1996), a psicanálise não se constituía apenas em um procedimento terapêutico, mas também um método para a investigação de processos mentais inconscientes, que seriam inacessíveis a outras formas de pesquisa. Dessa maneira, mostrando-se adequado para o estudo das fantasias e, também, colocando-se a “experiência clínica como uma ferramenta a serviço do ensino e pesquisa científica” (Turato, 2003, p.36).

O projeto de pesquisa foi aprovado em 8 de Abril de 2014, sob o número de registro CAAE 28759614.9.0000.5346. Em todas as etapas da pesquisa, foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), e na Resolução 010/2012, do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Resultados e Discussão:

A partir da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: Os seres deformados; Fragilidade, desamparo e medo; A angústia de castração: o medo da marca e da morte; Fantasias atemorizantes ou persecutórias; A identificação com o agressor e a ambivalência atribuída à figura do médico e Fantasias elaborativas ou criativas.

A fantasia não é um sintoma. Ela é originária ou constituinte do sujeito (D'Agord, Triska, Araldi & Sudbrack, 2010). O fantasiar da criança, não somente em relação ao procedimento cirúrgico, mas também em relação às causas de seu adoecimento, é normal e natural, fazendo parte do processo de elaboração psicológica, isto é, atribuição de sentido a uma situação ou experiência (Araújo, 2013; Colombi, 2010; Lepri, 2008). Ainda mais no caso da cirurgia, que é um procedimento agressivo e que carrega a ameaça de uma aniquilação real e de uma perda concreta, despertando na criança a ideia de ser atacada e dominada (Gabarra & Crepaldi, 2009; Lepri, 2008; Prudenciatti *et al.*, 2013). Fatos estes que tornam mais difícil a atribuição de um sentido ao processo cirúrgico. Dessa maneira, a fantasia funcionaria como uma defesa contra a castração real mobilizada pela cirurgia, de forma a conter a castração imaginária, suspendendo-a momentaneamente e realizando um ocultamento do real traumático (Araújo, 2013).

O conceito de trauma de Freud (1920/1996), em “Além do princípio do prazer”, implica numa ruptura no escudo que protege o aparelho psíquico, quando este é submetido a excitações muito intensas, as quais não consegue conter. Essa excitação abrasadora seria responsável pela suspensão momentânea do princípio do prazer devido à necessidade de reorganização do aparelho psíquico, de forma a atribuir significação a experiência traumática. De acordo com ele, isso seria possível pela existência de uma tendência mais primitiva no aparelho psíquico, a pulsão de morte. Esta tendência de dominar uma experiência através de sua transformação de uma ação passiva para uma ativa seria anterior à dominância do princípio do prazer e independente dele. Enquanto o princípio do prazer evita o desprazer, a pulsão de morte repete constantemente o momento de desprazer vivenciado na tentativa de controlá-lo. Deste modo, o aparelho psíquico desenvolve a angustia que prepara o sujeito para o perigo e que não foi gerada anteriormente, ocasionando o trauma, e procura dominar a situação traumática através das repetições.

Os seres deformados:

Neste estudo, a partir da interpretação dos resultados, verificou-se que as crianças expressaram a percepção de si enquanto possuidoras de uma falha a ser corrigida através da cirurgia. Fato também constatado pelo trabalho de Finkel e Espíndola (2008). Percebeu-se, também, durante a aplicação da Hora do Jogo, que os participantes utilizaram comumente as temáticas de brincar de médico, mecânico e marceneiro como forma de expressão de sua percepção acerca de si e do procedimento cirúrgico. Essas brincadeiras possuíam em comum a ideia da presença de uma deformação ou uma falha e a necessidade de consertar algo na sua imagem corporal. Assim, através da brincadeira, foi possível que eles deslocassem suas percepções e sentimentos de si para as coisas, isto é, os brinquedos, facilitando sua expressão. No contexto das brincadeiras realizadas durante A Hora do Jogo três participantes verbalizaram:

Está estragado. (fala mexendo nas rodas) Meu tio gosta muito de motos. Aí ele se acidentou. Caiu da moto. Estragou toda a moto e ele teve que levar pra arrumar.
(Participante 4, Menino, 5 anos)

De marcenaria. (...) A gente vai consertar uma carroça Daí lá a gente pinta a carroça.
(Participante 1, Menino, 12 anos)

Esse aqui todo mundo acha feio. Ele até que é bonitinho no desenho. (Participante 3, Menino, 9 anos)

O corpo é constituído socialmente, isto é, a sociedade institui padrões de crenças, alimentação, forma, vestuário daquilo que é desejável e aceitável dentre as classes sociais. Estes modelos acabam por interferir na composição da subjetividade dos sujeitos, já que é através do corpo que o bebê estabelece seus primeiros contatos com o mundo externo. A partir daí, é forjada a definição de imagem corporal, um conceito psicológico, singular a cada sujeito, pois está ligado à sua história e às suas representações de mundo (Dolto, 1984/2008; Ferreira, 2008; Torres-Oquendo & Toro-Alfonso, 2012). Dolto (1984/2008) definiu a imagem corporal como a imagem inconsciente que o sujeito possui do seu corpo e a distinguiu do conceito de esquema corporal, que seria uma percepção neurobiológica consciente ou pré-consciente comum a todos os indivíduos.

Fragilidade, desamparo e medo:

Percebeu-se, através da análise deste material, que a iminência de cirurgia mobilizava elevada angustia em alguns participantes, que se mostravam mais irritadiços, apresentando dificuldade de concentração. Todos os participantes verbalizaram de maneira recorrente sentimentos de fragilidade, desamparo, solidão, tristeza, confusão e medos da dor, do desconhecido, de sofrerem mutilações e da morte. Esses sentimentos estão ilustrados na verbalização de dois participantes durante A Hora do Jogo e outro durante o Teste das Fábulas.

É que eu vou ter que me operar. (...) Eu tô... eu tô com um pouquinho de medo. Porque eu nunca... (Participante 2, Menina, 11 anos)

Nervoso. (...) Tô confuso. Eu não sei. (ri quase como suspirando ansioso) Aham, senão eu me lembro. Daí eu fico com medo. (Participante 3, Menino, 9 anos)

Porque o papai e a mamãe dele sobem; daí deixam ele sozinho lá embaixo, para ele subir sozinho. (...) Porque se ele... ele só sabia voar um pouquinho e se ele voasse ele ia cair no chão e se machucar. (Participante 7, Menina, 9 anos)

Estes resultados se mostram condizentes com os estudos de Gabarra e Crepaldi (2009), Garanhani e Valle (2012), Goidanich e Guzzo (2012) Gomes e Pergher (2010) e Mikowski (2008). Apesar de todo avanço tecnológico da medicina nas últimas décadas, o processo cirúrgico se constitui em um momento de crise. Ele coloca a criança em contato com as perdas ocasionadas pelo adoecimento indesejado, procedimentos dolorosos e desagradáveis e a confronta com o desconhecido.

Independentemente da criança já ter vivenciado alguma cirurgia antes, da sua idade ou da complexidade deste procedimento a agressividade e o desconhecimento do processo cirúrgico colocam-na em situação de fragilidade e desamparo. Assim, é comum que a cirurgia mobilize, no período pré-operatório, sentimentos de incerteza, fragilidade, medo da dor, do desconhecido, de ficarem desfigurados ou sofrerem mutilações e da morte (Garanhani & Valle, 2012; Goidanich & Guzzo, 2012; Gomes & Pergher, 2010).

A angústia de castração: o medo da marca e da morte

Nesta pesquisa, verificou-se o medo de sofrer mutilações e da marca deixada pela cirurgia. Algumas cirurgias, como a retirada da vesícula biliar ou do apêndice, envolvem uma perda real, isto é, a remoção de uma parte de si. Este órgão mesmo estando doente é uma parte da criança, faz parte de sua imagem corporal e, assim, sua retirada desencadeia um processo de luto e pode alimentar fantasias mutilatórias. Além disso, a marca da cirurgia passa a ser um representante dessa perda, que o identifica como alguém que necessitou ser concertado, isto é,

alguém falho, despertando angustia e vergonha de ser visto pelo outro dessa maneira.

Percebe-se, também, o quanto se confrontar com este fato foi angustiante para as crianças, que frente a essa angustia utilizaram do riso, isto é, do humor enquanto uma defesa, fatos exemplificados pelos seguintes trechos:

O que eu tô mais com medo é (...) do tamanho. Tipo, senão eu vou ir pra escola, daí, vão ver a minha barriga, daí vão olhar o coisa. (...) Se for pequeno, tudo bem, mas eu não quero muito graaande. (mostra um corte com a mão, algo maior que sua barriga) Daí tira as tripa. (ri) (Participante 3, Menino, 9 anos)

É que eu tô com medo que fique alguma marca, alguma coisa assim. Porque a minha mãe fez e ela tem um baita corte aqui. Não cicatrizou ainda, faz dois anos que ela já fez. (...) É que... não sei o que acontece, daí, se ela precisar cortar, ela vai ter que cortar. (Participante 2, Menina, 11 anos)

Durante A Hora do Jogo, um dos participantes escolheu brincar de marceneiro. Nessa brincadeira, expressou que via a cirurgia como algo agressivo e seu receio quanto a um resultado insatisfatório em relação a este procedimento.

Eu não sei se isso ai vai dar certo amanhã. Fico muito preocupado. (...) Então, só vou fazer que isso aqui é uma serra. Não tem que cortar esse pedaço. Não, isso aqui não deu muito certo. Deu. Já cortei. Agora eu vou martelar! (Participante 6, Menino, 6 anos)

Dentro deste contexto, o medo da marca, cicatriz, ou medo de ficar desfigurada se constitui numa castração real. Principalmente nos casos de tipos de cirurgia que envolvem a

retirada de um órgão; essa perda não é apenas imaginada, mas concreta. Além disso, pode remeter a uma marca não apenas física, mas também simbólica, ou seja, uma castração no sentido de uma falha e de uma perda que a marca física representa (Abel, 2011; Araújo, 2013; Lepri, 2008).

A ideia de castração, para a psicanálise, implica na perda de algo considerado muito importante para a criança (Freud, 1909/1996). Assim, quanto maior for o valor atribuído ao órgão, maior será o sentimento de ameaça vivenciado por ela (Freud, 1908/1996).

Aberastury (1972) realizou estudo em crianças que haviam passado por intervenção cirúrgica para investigar se todo procedimento cirúrgico produziria efeitos potencialmente traumáticos. Através dessa investigação, constatou que todos os tipos de cirurgia incrementavam a angústia de castração, independentemente do sexo da criança.

Neste estudo, percebeu-se que, apesar do assunto morte ser evitado pelas crianças, a temática estava muito presente de forma latente no conteúdo expresso. Durante a aplicação dos instrumentos, foi frequente a expressão de choque, confusão, bloqueio do canal associativo, paralisia e mobilização de agressividade frente à ameaça de morte. Assim, o assunto a morte, apesar de ser evitado de forma direta, é repetido constantemente (Araújo, 2013). Além disso, todos os participantes expressaram não somente uma dificuldade relacionada à temática, mas a necessidade de defender-se da angústia do medo de morte remetendo sua ocorrência à velhice ou a uma doença grave de modo a mantê-la afastada de si. As verbalizações a seguir estão relacionadas ao conteúdo expresso através de fábula que oferecia como estímulo a lâmina do enterro e exemplificam as dificuldades encontradas.

Ahm... (pausa) Dá pra ti me contar de novo mais uma vez para eu entender mais? Uma amiga. Deles que tão enterrando. Deee doente. Muita dor, (pausa) eee câncer. 80 anos. Eles levando e eles indo pra casa. (Participante 2, Menina, 11 anos)

Que mora naquela casa? É que parece uma igreja (ri). Ah que morreu naquela casa (ri). E daí disse, o homem que apontou o dedo para casa disse: ‘Vamos demolir essa casa.’ Para construir outra. Porque era feita de madeira e as coisas, e as coisas que tinham lá, tipo fogão, coisa, tava tudo enferrujado. Tudo que era de ferro. (Participante 3, Menino, 9 anos)

Foi o vô ou o pai. Foi o vô. Não, foi o pai. Foi o pai. De derrame “cerebal” al al al. Todos se sentiram muito mal. Todos morreram. Derrame “cerebal” al al e todos viraram espííritos. Não. Que alcoviteira. (Participante 6, Menino, 6 anos)

Como dizia Rubem Alves (1995), a única certeza que o homem tem na vida é a de que um dia morrerá. Entretanto, falar de morte se constitui em um tabu para nossa sociedade atual, que é regida pelos ideais do ter e da beleza em detrimento do ser. A morte confronta o ser humano com suas fragilidades, limitações e fere suas aspirações narcisistas em seu desejo de imortalidade, configurando-se, assim, como uma ameaça (Kovács, 2005).

Fantasia atemorizantes ou persecutórias:

Quatro participantes do estudo verbalizaram suas fantasias atemorizantes envolvendo medos mortíferos e a percepção da necessidade de ser agredido para ser curado, ou seja, há que primeiro destruir para depois consertar. Durante A Hora do Jogo, um participante utilizou-se de um jogo de computador como forma de expressão do quanto o procedimento cirúrgico era agressivo e angustiante, mobilizando medos imaginários e fantasias que pareciam se confundir com a realidade aumentando sua angústia.

Eu tenho muito nervoso. A cirurgia. A faca. Aquele negócio que eles usam pra cortar aqui. (...) Eu jogo um jogo igual. (...) Tem bisturi e martelo, pra ti quebrar os ossos. É muito louco. Tem um transplante de coração. Tu quebra tudo. Tira tudo. Tira o coração, bota outro e deixa assim. (...) Afiado. Corta fácil, só de passar assim. (...) Eu acho que é o intestino delgado. É isso? Eu sei pra passar a comida. Ah, sei lá. Eu tenho medo que o bisturi acerte na... O que tem ali mesmo que tá me dando problema? É. É uma bola, neh? Ela estoura, neh? Que nem uma bolha. E se encosta... eles vão lavar também.
(Participante 3, Menino, 9 anos)

A aplicação do instrumento das fábulas reforçou os resultados encontrados na Hora do Jogo. Os participantes evidenciaram em comum figuras reais ou fantasiosas que ameaçavam com agressividade e amedrontavam. Fato ilustrado na verbalização de dois participantes nas fábulas que ofereciam como estímulo o medo (lâmina do medo) e a castração (lâmina do elefante), respectivamente:

Olha ele tá com medo! Do monstro. O monstro que fica embaixo da cama. Não sei. Apavorado. É que ele olhava muito filme de terror, com monstro e por isso sonhou, daí ficou com medo. É. Eu também olho bastante filme de terror. (Participante 4, Menino, 5 anos)

Ele estava diferente porque morreu. O ladrão matou. Se sentiu muito mal. Ele morreu! Morreu! Morreu! (Participante 6, Menino, 6 anos)

Um dos participantes personificou seus medos e sentimento de ameaça na figura fantasiada do monstro, algo da ordem do sobrenatural; já o outro, na figura do ladrão,

associando a castração à morte. De acordo com Lepri (2008), em situações extremas, como nos procedimentos cirúrgicos que envolvem uma possibilidade real de aniquilamento do ego, as fantasias são alimentadas pelo medo e angústia da criança quando esta não se sente em condições de lidar com a situação. Ainda de acordo com a autora, o adoecimento e a cirurgia podem ser vistos pela criança como uma retaliação ou uma punição por parte das figuras parentais, nutrindo fantasias persecutórias advindas dos impulsos destrutivos contra eles.

As fantasias de caráter atemorizante ou persecutório geralmente se apresentam em situações que os adultos omitem informações a respeito do processo cirúrgico. Este fato está relacionado principalmente a duas circunstâncias: uma situação é crença culturalmente difundida de que as crianças nem sempre são capazes de entender os motivos reais e a complexidade que envolve um procedimento cirúrgico. Já a outra está associada a dificuldades dos pais em falar com a criança sobre a necessidade do procedimento, por vezes omitindo informações ou enganando a criança. Entretanto, contrariamente à crença culturalmente difundida, a criança tem grande capacidade de observação e percebe que algo diferente ocorre, bem como sente a dificuldade da família para lidar com o processo. Assim, pode despertar na criança uma sensação de que os pais e a equipe estão premeditando algo contra ela (Finkel & Espíndola 2008; Garanhani & Valle, 2012; Mikowski, 2008). Dessa maneira, possibilitando acarretar um processo regressivo na criança, com o acionamento de mecanismos de defesa primários mobilizado pela reativação de medos primitivos infantis (Garanhani & Valle, 2012; Hearst, 2009; Lepri, 2008). Além disso, quando os pais tentam esconder ou evitar falar sobre a condição da criança com ela, acabam intensificado seus medos e angústias (Lepri, 2008).

A identificação com o agressor e a ambivalência atribuída à figura do médico

Percebeu-se que a maioria dos sujeitos desta pesquisa, frente a angústia elevada, mobilizada por fantasias persecutórias em relação ao procedimento cirúrgico, utilizaram, frequentemente, a identificação com o agressor como um recurso defensivo. Seis participantes através de seu discurso e do conteúdo expresso durante o Teste das Fábulas, apresentaram o mecanismo de defesa da identificação com o agressor. A seguir, exemplificado pelo discurso dos participantes expresso durante A Hora do Jogo:

Tem que cobrir os ferimentos. Nos braços. Vou precisar disso para não sentir dor. Tem que pegar e ver os batimentos cardíaco. Precisa de repouso. Precisa de remédio. (...) Salvando mais uma pessoa. Tem que procurar um ferido. Embaixo das pedras dum barranco. Tem que levar ele até o hospital. No pé. Ta machucado. É para ele não sentir dor. (Participante 5, Menino, 12 anos)

Eu acho que é um coisa de abastecer as pessoas, com agulha uma coisa. (...)Eu vou te colocar o oxigênio e tu fica. (...) Só deixa eu arrumar em ti. Deixa eu ver a agulha. (...) É oxigênio. Esse tipo de oxigênio a gente se usa. Fazer esse tipo que tu precisa. Tu veio botar esse oxigênio. Entendeu? (...) Abre a boca! Porque sim. Porque tem que ser. (...) É uma bombinha de falta de ar. (Participante 6, Menino, 6 anos)

Levando-se em consideração toda ambivalência presente no ato cirúrgico e a expressão de fantasias persecutórias pela criança, é comum que estas, em sua imaginação, busquem se identificar com o agressor na tentativa de compreender e se defender daquilo que a cirurgia mobiliza. Anna Freud (1946/1968), em seu livro “O ego e os mecanismos de defesa”, caracterizou o mecanismo de defesa de identificação com o agressor pela combinação de duas defesas: a introjeção e a projeção. Através disso, o ego buscaria dominar

a ansiedade se identificando com o afeto, isto é, a agressividade, e projetando o sentimento de culpa. Assim, através da troca de papéis durante a brincadeira, a criança poderia ocupar, ao mesmo tempo, o papel de vítima e de agressor, ou seja, passivo e ativo, livrando-se do desprazer do abandono e de se encontrar em posição vulnerável de ser agredida por um adulto.

Ferenczi (1933), citado por Fuchs e Júnior (2014), por sua vez, acrescentou ao conceito a ideia de que este mecanismo estaria relacionado a um trauma inassimilável, que seria fruto de uma falha do ambiente exterior. Essa falha seria originária de uma incapacidade do adulto em compreender as reais necessidades da criança, que são interpretadas de acordo com a sua realidade pessoal. Outro conceito importante do autor é o de Desmentido. O desmentido corresponderia ao momento em que a criança desamparada buscou o apoio do adulto para conferir sentido à experiência traumática; entretanto, este foi incapaz de dar conta do traumático e acaba tomando a palavra da criança como uma mentira ou algo fantasioso. Assim, o desmentido pode conferir a essa experiência traumática um caráter intensamente desestruturante e patológico, já que a criança busca se organizar psiquicamente através dos sentidos que lhes são conferidos pelos adultos (Fuchs & Júnior, 2014).

Ao aplicarem-se estes conceitos à situação pré-cirúrgica e às fantasias mobilizadas pela operação na criança, o desmentido traumático poderia ser comparado à dificuldade dos pais e profissionais da saúde em falar com a criança sobre a cirurgia. Assim, os pais, na intenção de protegê-la de sentimentos de angústia, frente a sua própria, tornar-se-iam incapazes de escutar e acolher as angústias e fantasias despertadas pela cirurgia. Este fato transmitiria à criança a mensagem de que o assunto é proibido, impedindo qualquer possibilidade de significação e simbolização.

Ainda na via de entendimento da defesa através do mecanismo de identificação com o agressor, a criança identifica-se com ele para não perder o objeto idealizado. Assim, a raiva

que a criança sentiria da agressão e do agressor é redirecionada para ela mesma, se sentindo culpada pela situação e, assim, não precisa abrir mão do adulto idealizado e consegue dominar o sofrimento de ser objeto de agressão (Fuchs & Júnior, 2014).

Verificou-se também, nos participantes, uma ambivalência importante em face da figura do médico, que ora é percebido de maneira idealizada, ora como agressor. Alguns participantes expressaram a percepção de que seus pais não poderiam lhes ajudar, sendo necessário um terceiro, uma figura de poder, um representante paterno representado pelo médico. Um menino, relatando uma estória desencadeada pela lâmina do passarinho, expressou sua percepção da necessidade de um terceiro que pudesse realizar o conserto, como pode se perceber no seguinte trecho:

Essas árvores ficam num parque. Uma certa pessoa que chega no parque de manhã para ver a manutenção e coisa e tal. Vê o ninho, pega o ninho e põe na árvore de volta. O gerente do parque. Depois que ele salvou os filhotes. Eles continuaram vivendo a sua vida (...). (Participante 1, Menino, 12 anos)

Também se percebeu a estratégia de idealização da figura do médico. No depoimento a seguir, pode-se inferir que o participante demonstrou não só ter a percepção da figura do médico que ajuda, mas também uma visão do profissional como alguém que se preocupa com seus pacientes, mesmo fora do expediente e que mantém relação próxima a estes.

Ai, como eu estou se estressando com essa causa de doença da Kely! Eu posso ligar para ela para ela vir consultar de volta se ela quiser ou se ela não melhorou. (...) Oi. Você pode vir consultar hoje a minha volta? Você está melhor? Pode ser qualquer hora.

Eu espero você. (...) Ai, ainda bem que ela está melhor. Não aguentava mais assim. Ela podia estar muito ruim. Ainda bem que ela melhorou. (Participante 7, Menina, 9 anos)

Já outros dois participantes expressaram sua percepção da figura do médico enquanto um agressor, assim direcionando os sentimentos de ameaça e agressividade a ele. Através de seu desenho (**Figura 1**) e seu discurso, um dos participantes aparentava expressar que aquele que detém o falo, o poder, é o cirurgião. Este falo é destrutivo e cortante como uma flecha, podendo matar. Pode se perceber que o cirurgião assumiu para esta criança as características de uma figura que parte era homem, parte animal.

Uma flecha. Não sei. É um lobisOMEM. Ele vai matar os bichos. Os bichos. (Participante 4, Menino, 5 anos)



Figura 1: O lobisOMEM – desenho aparentemente rudimentar - possuía uma grande flecha para matar os animais (Participante 4, Menino, 5 anos).

Fantasia elaborativa ou criativa:

Percebeu-se que, através da brincadeira, os sujeitos dessa pesquisa tentavam compreender a necessidade de cirurgia e estabelecer um significado a esta. Nesta via de entendimento, compreende-se o brincar elaborativo ou criativo e as fantasias preparatórias ou elaborativas, conforme expressaram, de certa maneira, todos os participantes. Assim eles demonstraram atribuir significação para o ato cirúrgico, tão ambivalente, agressivo e destrutivo, mas necessário à cura, ao alívio do sofrimento e à sobrevivência. Este fato pode ser melhor exemplificado pelo brincar de marcenaria, utilizado por dois participantes na Hora do Jogo. Nesta brincadeira, pode-se verificar que literalmente foi possível a eles consertar ou construir algo mesmo a partir de um ato violento.

De marcenaria. Vai ser faroeste. (...) Vai ser só o xerife. Tu vai ser índio. Na verdade, nessa brincadeira, eu vou ser teu amigo. A gente vai consertar uma carroça. No deserto. Tu vai... serrar essas rodas, nessa altura, aqui embaixo. E vai me alcançando. Daí, a gente vai para cidade. Daí, lá a gente pinta a carroça. (Participante 1, Menino, 12 anos)

Agora vamos fazer que isso aqui é uma casa de madeira. É que a gente tá consertando. Tem que bater, senão não dá. Tem alicate e essas coisas aqui? É com construção. Eu quero isso aí. O serrote. Vou pegar aqui. Eu, eu tenho só a torques aqui e o alicate. Isso aí é de pedreiro. (...) Então só vou fazer que isso aqui é uma serra. Não tem que cortar esse pedaço. Não, isso aqui não deu muito certo. Deu. Já cortei. Agora eu vou martelar! Deu; agora eu tenho que "coisiar" isso aqui com força. (Participante 6, Menino, 6 anos)

Conforme já mencionado anteriormente, a fantasia é algo natural e normal ao indivíduo, ainda mais no caso da criança, que utiliza o brincar como forma de conhecer o mundo, atribuir significação a ele e diferenciar o que é da ordem da fantasia e da realidade

(Winnicott, 1982/2008). Freud (1920/1996) referiu-se ao brincar das crianças, utilizando o exemplo de seu neto de um ano e meio, que brincava com um carretel amarrado num cordão. A brincadeira se caracterizava por repetidamente atirar o brinquedo e, posteriormente, puxá-lo novamente, num brincar de “desaparecimento e retorno”, geralmente realizados em ocasiões em que sua mãe saía. Através dessa brincadeira a criança obtinha satisfação fantasiando que dominava a chegada e a saída da mãe.

No contexto pré-operatório, ao brincar e desenhar a criança dá vazão à sua realidade psíquica, seu mundo de fantasias, e pode externalizar seus temores e angustias. Dessa maneira, as fantasias podem assumir também um caráter preparatório ao procedimento cirúrgico. O brincar de médico possibilita substituir a situação real pelo imaginário e permite à criança identificar e lidar de forma simbólica com aquilo que a cirurgia lhe representa (Lerwick, 2013; Prudenciatti *et al.*, 2013). Abd-Elsayed, Delgado e Livingstone (2013) realizaram um estudo que investigou, por meio do desenho, a percepção da autoimagem de crianças com deformidade antes da realização da cirurgia. Estes autores constataram que todas as crianças se desenharam sem nenhuma deformação e concluíram que os resultados sugeriam que, através do desenho, elas tentavam compensar sua deficiência, pelo uso construtivo da fantasia.

Existe no hospital a crença, difundida não somente pelo senso comum, mas também por alguns trabalhos como Costa, Silva e Lima (2012) Martínez, León, Rodríguez, e Moctezuma (2010) Prudenciatti *et al.* (2013), de que as fantasias, por serem consideradas uma defesa primitiva, dificultariam o período pós-operatório. Estes autores defendem a ideia de que elas reforçariam quadros de angustia e ansiedade frente ao processo cirúrgico. Certamente as fantasias podem influenciar nas atitudes e recuperação dos pacientes, pois podem se converter num meio de defesa contra a ansiedade mobilizada pela cirurgia, como forma de diminuir a sua tensão (Finkel & Espíndola, 2008; Prudenciatti *et al.*, 2013; Velázquez *et al.*,

2005). Entretanto, dentro de um referencial teórico psicanalítico, é atribuído à fantasia um papel paradoxal. Assim, mesmo a fantasia se constituindo em uma defesa regressiva, ela é considerada uma estrutura protetora, que auxilia na sublimação, constituindo-se em defesa momentânea à castração real imposta pelo ato cirúrgico (Abel, 2011; Araújo, 2013).

Dentro desse contexto, ainda é possível diferenciar a fantasia imaginativa das fantasias enquanto fuga da realidade (Colombi, 2010). A primeira é considerada criativa e essencial ao desenvolvimento infantil. Já a segunda é uma defesa onipotente, distanciando o sujeito do contato com os outros e com a realidade.

Além disso, ao se abordar a temática da fantasia, é importante ter em mente que elas estão relacionadas à realidade psíquica do sujeito, isto é, para ele é a sua versão da realidade, além de ser sua realidade interna (Abel, 2011; Ogden, 2011). Por meio dela, ele pode atribuir um significado para sua história e até mesmo alterá-la, de forma a assumir um papel ativo perante um evento que teria que vivenciar passivamente (Abel, 2011; Lepri, 2008).

Portanto, frente a tais proposições, faz-se relevante desmistificar a ideia presente na instituição hospitalar da fantasia como algo estritamente prejudicial ao processo cirúrgico. Esta visão difundida pode reforçar estereótipos, rotulações e gerar falsas expectativas frente à equipe, como se houvesse uma “receita” única de como se lidar e trabalhar com a fantasia. É necessário avaliar cada caso em sua singularidade, no momento em que é identificada a necessidade do procedimento cirúrgico. A presença de um psicólogo durante o processo pode identificar as necessidades de cada caso e em quais deles a fantasia se constitui como algo prejudicial de forma a realizar um trabalho preventivo.

Considerações Finais:

Através do presente estudo foi possível verificar como é importante para a criança que sua opinião e seus sentimentos em relação à necessidade de cirurgia sejam considerados pela

equipe de saúde e pelos seus pais. Independentemente da criança já ter vivenciado uma cirurgia antes, da sua idade ou da complexidade deste procedimento, a operação a coloca em situação de fragilidade e desamparo, mobilizando sentimentos de solidão, tristeza, confusão e diversos medos. O procedimento cirúrgico é marcado pela ambivalência de que, para ser curada, a criança deve ser agredida; na linguagem infantil, para ela ser consertada, deve primeiro ser destruída. Fato que remete ao medo do aniquilamento e da morte, bem como a uma dificuldade em lidar com a morte.

Do mesmo modo, foi possível identificar a presença de fantasias em relação ao adoecimento, fantasias atemorizantes e fantasias elaborativas quanto ao procedimento cirúrgico em momento anterior a realização da cirurgia. Os resultados sugeriram existir uma ligação entre a presença das fantasias pré-cirúrgicas e o mecanismo de defesa da identificação com o agressor pelo seu caráter traumático e o fato de ser desmentido pelo adulto. Evidenciou-se, também, neste sentido, a importância de transmitir informações à criança sobre o processo cirúrgico, evitando, assim, que fantasias persecutórias venham preencher lacunas a respeito do procedimento cirúrgico.

Ressaltou-se, também, o papel paradoxal da fantasia: defesa regressiva x estrutura protetora e a relevância de desmistificar a ideia presente na instituição hospitalar da fantasia como algo estritamente prejudicial ao processo cirúrgico. Entretanto, é necessário avaliar cada caso em sua singularidade, quando é identificada a necessidade do procedimento cirúrgico. Neste momento, também é possível realizar a avaliação psicológica da criança e planejar se haverá ou não a necessidade de acompanhamento psicológico e como esta de dará. O psicólogo pode auxiliar a criança a lidar com as fantasias persecutórias mobilizadas pela ameaça de morte e pelo despertar de medos primitivos, conferindo, através da escuta, valor e significado ao seu discurso verbal e não verbal, bem como a suas vivências.

Referências:

- Abd-Elseyed, A. A., Delgado, S. V., & Livingstone, M. (2013). Self-image perception of 171 children and adolescents with cleft lip and palate from 22 countries. *The Ochsner Journal*, 13 (2), 204–207.
- Abel, M. C. (2011). Verdade e fantasia em Freud. *Ágora*, 14(1), 47-60.
- Aberastury, A. (1972). Historia de una tecnica: Preparacion psicoterapeutica en cirurgia. In: *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. (pp.34-43). México: Paidós.
- Aberastury, A. (1992). *Psicanálise da Criança: Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artmed.
(Trabalho original publicado em: 1982)
- Alves, R. (1995). *Sobre o Tempo e a Eternidade*. Campinas: Papirus.
- Araújo, F. M. (2013). O véu do inconsciente e a questão da angústia. *Cad. Psicanál.*, 35(28), 149-168.
- Bardin, L. (1977/2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*.
Acedido em Maio 25, 2014, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Acedido em Maio 25, 2014, em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Colombi, L. (2010). The dual aspect of fantasy: Flight from reality or imaginative realm? Considerations and hypotheses from clinical psychoanalysis. *Int J Psychoanal*, 91, 1073–1091. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00327.x
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2000). Resolução CFP 016/2000. *Dispõe sobre a realização de pesquisas em psicologia com seres humanos*. Acedido em Maio 25,

- 2014, em: http://www.crpssp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_016-00.aspx
- Costa, V. A. de S. F., Silva, S. C. F., & Lima, V. C. P. (2012). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: A aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Rev. SBPH*, 13(2), 282-298.
- Cunha, J. A., & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das Fábulas: Forma verbal e pictórica*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- D'Agord, M. R. de L., Triska, V. H. C., Araldi, E., & Sudbrack, R. P. (2010). Psicanálise, psicopatologia e literatura: Modos de uso da fantasia. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 313-332.
- DeMaso, D. R., & Snell, C. (2013). Promoting coping in children facing pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22, 134–138.
<http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.04.004>
- Dolto, F. (2008). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em: 1984)
- Ferreira, F. R. (2008). A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 12(26), 471-83.
- Finkel, L. A., & Espíndola, V. B. P. (2008). Cirurgia cardíaca pediátrica: O papel do psicólogo na equipe de saúde. *Psicol. Am. Lat.*, 13. Acesso em 25-05-2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

- Freud, A. (1968). Identificação com o agressor. In: Freud, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. (121–133) Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular. (Trabalho original publicado em: 1946)
- Freud, S. (1996). Sobre as teorias sexuais das crianças. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. (pp. 189-204). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1908)
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. X. (pp. 13-133). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1909)
- Freud, S. (1996). Além do Princípio do Prazer. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. (pp.13-75). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1920)
- Freud, S. (1996). Dois Verbetes de Enciclopédia. In: Freud, S. *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. (pp.287-312). Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em: 1923)
- Fuchs, S. M. S., & Júnior, C. A. P. (2014). Sobre o trauma: Contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. *Tempo Psicanalítico*, 46(1), 161-183.
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72.
- Garanhani, M. L., & Valle, E. R. M. (2012). O significado da experiência cirúrgica para a criança. *Cienc Cuid Saude*, 11(suplem.), 259-266. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v10i5.17084
- Goidanich, M., & Guzzo, F. (2012). Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: O Paciente Cirúrgico. *Rev. SBPH*, 15(1), 232-248.

- Gomes, J. A. da L., & Pergher, G.K. (2010). A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 173-194.
- Hearst, D. (2009). The runaway child: Managing anticipatory fear, resistance and distress in children undergoing surgery. *Pediatric Anesthesia*, 19, 1014–1016.
doi:10.1111/j.1460-9592.2009.03146.x
- Kovács, M. J. (2005). Educação para Morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.
- Lepri, P. M. F. (2008). A criança e a doença: Da fantasia à realidade. *Rev. SBPH*, 11(2), 15-26.
- Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22, 129–133.
- Martínez, B. P. R., León, E. C., Rodríguez, G. A. R., & Moctezuma, L. G. P. (2010). Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder. *Salud Mental*, 33(3), 219-227.
- Mikowski, E. M. P. (2008). *Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo*. Monografia (Bacharel em Psicologia), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão.
- Ogden, T. H. (2011). Reading Susan Isaacs: Toward a radically revised theory of thinking. *Int J Psychoanal*, 92, 925–942. doi: 10.1111/j.1745-8315.2011.00413.x
- Prudenciatti, S. M., Tavano, L. D. A., & Neme, C. M. B. (2013). O Desenho – Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré-cirúrgica. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 33(85), 276-291.
- Torres-Oquendo, F., & Toro-Alfonso, J. (2012). Las representaciones corporales: Una propuesta de estudio desde una perspectiva compleja. *Eureka*, 9 (1), 88–97.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Velázquez, M. E. R., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo, P., Suárez, A., & Berazategui, R. (2005). Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug*, 76(1), 27-37.

Winnicott, D.W. (2008). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora. (Trabalho original publicado em: 1982)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados no presente estudo, emergem algumas conclusões. Primeiramente, verificou-se o quanto a criança valorizou que equipe de saúde e seus pais considerassem a sua opinião e os seus sentimentos em relação à necessidade de cirurgia. Além disso, não foram constatadas diferenças relacionadas ao fato da criança já ter vivenciado ou não uma cirurgia antes, da sua idade ou da complexidade deste procedimento. Isso evidenciou o quanto o procedimento cirúrgico foi vivenciado de maneira singular, remetendo o sujeito ao medo do aniquilamento e da morte, e também a uma dificuldade em lidar com ela. Assim, a operação o coloca em situação de fragilidade e desamparo, mobilizando sentimentos de solidão, tristeza, confusão e diversos medos.

Do mesmo modo, foi possível identificar a presença de fantasias em relação ao adoecimento, fantasias atemorizantes e fantasias elaborativas quanto ao procedimento cirúrgico em momento anterior à realização da cirurgia. Os resultados sugeriram existir uma ligação entre a presença das fantasias pré-cirúrgicas e o mecanismo de defesa da identificação com o agressor pelo caráter traumático da cirurgia e o fato de ser desmentida pelo adulto. Evidenciou-se, também, neste sentido, a importância de transmitir informações à criança sobre o processo cirúrgico, evitando, assim, que fantasias persecutórias venham preencher lacunas a respeito do procedimento cirúrgico.

Sabe-se que existe no hospital a crença difundida de que as fantasias, por serem consideradas uma defesa primitiva, poderiam influenciar nas atitudes e na recuperação dos pacientes. Entretanto, ressaltou-se que, dentro de um referencial teórico psicanalítico, a fantasia possui um papel paradoxal. Ela não é apenas uma defesa regressiva e onipotente, mas também é algo constituinte do sujeito, uma ferramenta que busca dar conta de uma lacuna e auxiliá-lo a atribuir significação a eventos traumáticos. Assim, bem pode estar relacionada a comportamentos do sujeito que buscam adaptar-se a uma realidade difícil.

No caso da cirurgia em crianças, esta relativização do papel da fantasia ainda se faz mais necessária. A criança é um sujeito em formação, no qual a fantasia ocupa um papel estruturante, faz parte do brincar e neste sentido é saudável e desejável. Neste contexto em que as crianças se veem confrontadas a uma ameaça real de agressão e morte, as fantasias poderiam se constituir não somente em um veículo para dominar tarefas específicas do desenvolvimento ou como uma defesa regressiva, mas também uma tentativa de atribuição de

sentido à experiência cirúrgica, sendo, assim, necessária a elaboração. Além disso, em situações extremas de angústia, é comum a presença de fantasias persecutórias como uma defesa necessária para manter a integridade do ego. Ainda mais nos casos em que os pais possuem algum tipo de dificuldade em conversar com a criança a respeito do procedimento cirúrgico.

Esta visão difundida pode reforçar estereótipos, rotulações e gerar falsas expectativas frente à equipe, como se houvesse uma “receita” única de como se lidar e trabalhar com a fantasia. É preciso avaliar cada caso em sua singularidade, no momento em que é identificada a necessidade do procedimento cirúrgico. Nessa hora, também é possível realizar a avaliação psicológica da criança e planejar e haverá ou não a necessidade de acompanhamento psicológico e como isto se dará. O psicólogo pode auxiliar a criança a lidar com as fantasias persecutórias mobilizadas pela ameaça de morte e pelo despertar de medos primitivos, conferindo, através da escuta, valor e significado ao seu discurso verbal e não verbal, bem como a suas vivências.

Tendo em conta toda complexidade envolvida no conceito de fantasia e os sentimentos mobilizados pela iminência da realização de uma cirurgia, percebeu-se que, apesar de toda produção científica na área, ainda existem lacunas a serem preenchidas. Verificou-se a necessidade da realização de outros estudos que se dediquem a aprofundar o entendimento do caráter paradoxal das fantasias e de outros aspectos inconscientes relativos ao processo cirúrgico. Dessa maneira, propiciando a elaboração de intervenções mais voltadas à singularidade de cada caso, que explorem os aspectos saudáveis presentes no fantasiar.

REFERÊNCIAS

ABEL, M.C. Verdade e fantasia em Freud. *Ágora*, v. XIV, n.1, p. 47-60, 2011.

ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança: teoria e técnica**. Porto Alegre, Artmed, 1992 (Original publicado em 1982).

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Publication Manual of the American Psychological Association**. 6th ed. Washington, APA Books, 2013.

ARAÚJO, F.M. O véu do inconsciente e a questão da angústia. *Cadernos de Psicanálise*, v. 35, n.28, p.149-168, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Ed. 70, 2010. (Original publicado em 1977).

BARROS, I. G. The Latin American contribution to the psychoanalytic concept of phantasy. *International Journal of Psychoanalysis*, n.93, p.1427–1437, 2012.

BRASIL. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Acesso em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

_____. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Acesso em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CÂMARA, G. O trauma, a fantasia e o Édipo. *Cógitto*, v. 12, p. 57-61, 2011.

CARNIER, L. E.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PADOVANI, F. H. P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia*, v. 29, n.3, p.315-325, 2012.

CARREIRA, A. F. Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicologia USP*, v. 20, n.2, p.157-171, 2009.

COLOMBI, L. The dual aspect of fantasy: Flight from reality or imaginative realm? Considerations and hypotheses from clinical psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 91, p.1073–1091, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que **dispõe sobre a realização de pesquisas em Psicologia com seres humanos**, 2012.

COUTO, L.V.; CHAVES, W.C. O trauma sexual e a angústia de castração: percurso freudiano à luz das contribuições de Lacan. **Psicologia Clínica**, v. 21, n.1, p. 59 – 72, 2009.

CUNHA, J. A.; NUNES, M. L. T. **Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica**. São Paulo, Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1993.

DAHL, G. Os dois vetores temporais de Nachträglichkeit no desenvolvimento da organização do ego: a importância do conceito para a simbolização dos traumas e ansiedades sem nome. **Jornal de Psicanálise**, v. 44, n. 80, p. 95-114, 2011.

DEMASO, D. R.; SNELL, C. Promoting coping in children facing pediatric surgery. **Seminars in Pediatric Surgery**, v. 22, p. 134–138, 2013.

DI PAOLO, A. F.; BARROS, C. V. Considerações acerca do brincar e do estatuto da fantasia a partir de proposições teóricas que baseiam a pesquisa IRDI. **Estilos da Clínica**, v. 15, n. 1, p. 178-193, 2010.

DOCA, F. N. P.; COSTA JÚNIOR, A. L. Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n.1, p.79-87, 2011.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo, Perspectiva, 2008. (Trabalho original publicado em: 1984)

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. **Obras completas. Psicanálise IV**. São Paulo, Martins Fontes, 1992. (Original publicado em 1933).

FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.26, p. 471-83, 2008.

FONSECA, M.C.B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS) – Lidar com o sem-sentido? **Ágora**, v. X, n. 2, p. 229-244, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FREUD, S. Escritores Criativos e Devaneio. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1996. (Original publicado em 1908),Vol. IX.

_____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1996. (Trabalho original publicado em: 1909),Vol. X.

_____. Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 2004. (Original publicado em 1911), Vol. I.

_____. Totem e tabu. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1996. (Original publicado em 1912-1913)Vol. XIII.

_____. Além do Princípio do Prazer. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1996. (Original publicado em 1920),Vol. XVIII.

_____. Dois Verbetes de Enciclopédia. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1996. (Original publicado em 1923), Vol. XVIII.

FUCHS, S. M. S.; JÚNIOR, C. A. P. Sobre o trauma: Contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. **Tempo Psicanalítico**, v. 46, n.1, p. 161-183, 2014.

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

GRAVES, P.L. When children tell stories: developmental considerations. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 72, n. 1, p. 19-37, 2008.

ISAACS, S. Naturaleza y función de la fantasía. In: Klein, M. Obras completas de Melanie Klein. **Desarrollos en Psicoanálisis**. Vol. III. Buenos Aires, Paidós, p.71-115. 1953.

LEANDRO, M.; COUTO, D.P.; LANNA, M. DOS A.L. Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. **Cadernos de Psicanálise-CPRJ**, v. 35, n. 28, p. 27-48, 2013.

LEPRI, P. M. F. A criança e a doença: da fantasia à realidade. **Rev. SBPH**, v.11, n.2, p. 15-26, 2008.

LERWICK, J. L. Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. **Seminars in Pediatric Surgery**, v. 22, p. 129–133, 2013.

MIKOWSKI, E. M. P. **Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo**. 2008. 44 f. Monografia (Bacharel em Psicologia) Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2008.

MINAYO, E. M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo e Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1993.

OGDEN, T.H. Reading Susan Isaacs: toward a radically revised theory of thinking. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 92, p. 925–942, 2011.

PENN, G. Análise semiótica de imagens paradas. In: BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Petrópolis, Vozes, p.319-342, 2005.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas**. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

PRUDENCIATTI, S.M.; TAVANO, L.D.A.; NEME, C.M.B. O Desenho – Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré-cirúrgica. **Boletim Acadêmico Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 276-291, 2013.

TORRES-OQUENDO, F.; TORO-ALFONSO, J. Las representaciones corporales: Una propuesta de estudio desde una perspectiva compleja. **Eureka**, v. 9, n.1, p. 88–97, 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, Vozes, 2003.


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 8^a. ed. Santa Maria: Editora UFSM, 2012.

VELÁZQUEZ, M. E. R. *et al.* Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v. 76, n. 1, p. 27-37, 2005.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro, LTC Editora, 2008. (Original publicado em 1982).

ANEXOS

ANEXO A:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

HUSM
Hospital Universitário de Santa Maria

FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS.

Nº Inscrição DEPE: 015/2014 Data: 10/08/2014 POULABUFFE.FER@GMAIL.COM
 Pesquisador: ALBERTO MANUEL QUINTANA Função: PROFESSOR
 SIAPE: 319606 Telefone: 3320.9304 Unidade/Curso: PSICOLOGIA E-mail: albatom.quintana@ufsm.br
 Título: FANTASIAS PRÉ-CIRÚRGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

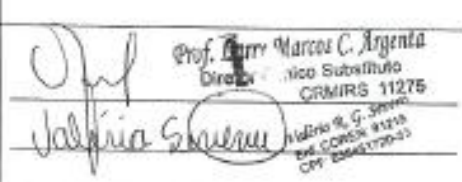
TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Institucional
FINALIDADE ACADÊMICA: () TCC () Especialização Dissertação () Tese () Outro
TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica Básica
 () Políticas Públicas de Saúde
FONTES DE FINANCIAMENTO: Recursos Próprios () HUSM () Agência Pública de fomento nacional
 () Agência Pública de fomento internacional () Indústria Farmacêutica

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.


Pesquisador Responsável

Avaliação e Aprovação Setorial

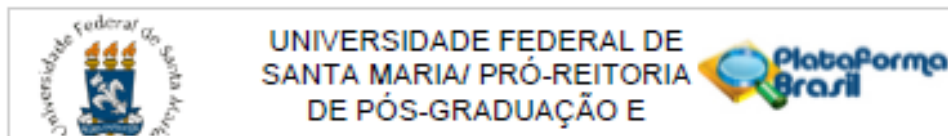
Atenção Chefe: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
<u>PEDIATRIA</u>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	 <p>Prof. Marcos C. Argenta Diretor Substituto CRMRS 11275</p> <p>Valéria Schubert CRMRS 81215 CPF 28421700-33</p>
<u>Pediatria 6ª</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

PARECER COMISSÃO CIENTÍFICA DEPE: _____ Data: 11/08/14
 PARECER FINAL DEPE: Do CEP/UFSM

 Prof.ª Beatriz Silveira
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão
 CRM 14.208 - 11/2014
 Curitiba

ANEXO B:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Pesquisador: Paula Moraes Pfeifer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26759614.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 608.901

Data da Relatoria: 08/04/2014

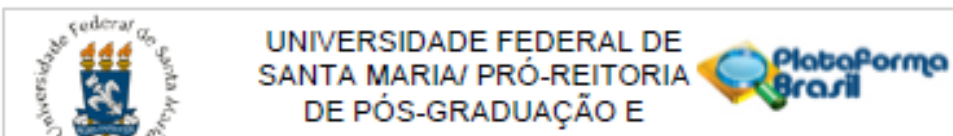
Apresentação do Projeto:

O projeto de mestrado se intitula "FANTASIAS PRÉ-CIRÚRGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS" e esta vinculado ao Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria.

Esta pesquisa surge do interesse suscitado pela observação e prática clínica enquanto psicóloga hospitalar. Percurso este construído desde a formação acadêmica e residência multiprofissional voltada à psicologia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este estudo visa compreender, a partir de um referencial teórico psicanalítico, o que pensam e sentem as crianças quando vão ser submetidas a procedimento cirúrgico, bem como as fantasias que são utilizadas para dar conta da angústia mobilizada neste processo. Além disso, objetiva a produção de conhecimento científico, reflexão a cerca do que é vivenciado pela criança e aprimoramento da prática clínica. Almeja também beneficiar, mesmo que indiretamente, a instituição a qual a pesquisadora pertence, que aceitou a flexibilização do trabalho para realização do mestrado.

A metodologia proposta: Tendo em vista a complexidade de pesquisar o fenômeno saúde-doença no indivíduo, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 91.050-000
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 005.901

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão consta o que segue na plataforma:

Critério de Inclusão:

Como critérios de inclusão se adotará que os participantes sejam crianças, de ambos os sexos, com idade de cinco a onze anos. Além disso, estes devem estar internados em unidade pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria para realização de cirurgia durante o ano de 2014. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1990) considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. Além disso, a partir dos quatro anos a criança apresenta o desenvolvimento do grafismo em fase pré-esquemática, ou seja, os seus desenhos apresentam formas reconhecíveis. Concomitantemente, há o desenvolvimento da capacidade de se expressar através da linguagem verbal de forma compreensível (Piaget, 1976).

Critério de Exclusão:

Serão excluídas deste estudo crianças que não estiverem conscientes e interagindo com o meio ambiente, não ter condições de brincar ou que apresentarem indisponibilidade em participar da pesquisa. Além disso, serão excluídos os casos em que o procedimento cirúrgico tiver caráter diagnóstico - por exemplo, as biópsias - ou for de rotina hospitalar, como a colocação de acessos, por serem considerados de baixa complexidade

(Camier, Rodrigues & Padovani, 2012).

Finalizado o período de coleta de dados, as informações recolhidas durante a hora do jogo e o Teste das Fábulas serão transcritas na íntegra e analisadas mediante a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin.

Consta com Orçamento, Cronograma e ampla Revisão bibliográfica.

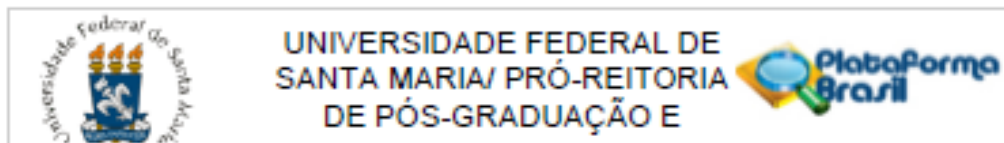
Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o que consta no projeto (p. 10)

Objetivo Geral:

Compreender o que pensam e sentem as crianças quando vão ser submetidas a procedimento cirúrgico, bem como as fantasias que são utilizadas para dar conta da angústia mobilizada neste processo.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.050-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 606.901

Objetivos secundários:

- Compreender quais são as fantasias apresentadas por essas crianças.
- Compreender qual o entendimento da criança a respeito do procedimento cirúrgico.
- Investigar quais são os sentimentos presentes no dia que antecede a cirurgia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios, consta o que segue na Plataforma:

Quanto aos riscos:

O estudo oferecerá risco mínimo, inerente a toda pesquisa científica, podendo gerar algum desconforto emocional como ansiedade e angústia. Entretanto, se utilizará como instrumentos intervenções elaborativas, ou seja, que facilitam a expressão desses sentimentos, bem como a sua elaboração. Em caso de necessidade de atendimento psicológico devido à aplicação da pesquisa, os participantes serão encaminhados para o devido acompanhamento na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia CEIP/UFSM.

Quanto aos benefícios?

Este estudo não oferece benefícios diretos aos participantes e sim indiretos. Trará como benefício a possibilidade de proporcionar maior organização afetiva de seus sentimentos e vivências em relação à cirurgia, na medida em que expressarão pontos importantes da experiência a ser vivida e poderão receber orientações, caso sejam necessárias.

Assim entende-se que a descrição dos riscos e benefícios é apropriada ao que se propõe no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Registro no DEPE: Apresentado de forma suficiente.

Termo de confidencialidade: Apresentado de forma suficiente.

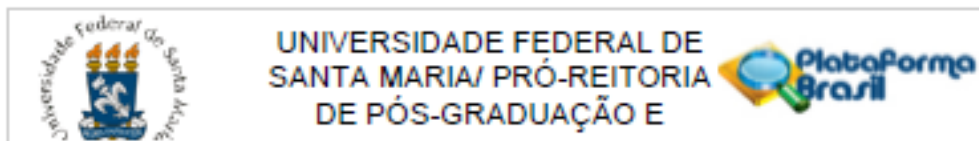
TCLE: Apresentado de forma suficiente.

Termo de assentimento: Apresentado de forma suficiente.

Registro no GAP: Apresentado de forma suficiente.

Autorização Institucional: Apresentado de forma suficiente.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.050-000
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 008.901

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Abril de 2014

Assinador por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.050-000
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Pesquisadora: Paula Moraes Pfeifer

Instituição/Departamento: Departamento de Psicologia/Universidade Federal de Santa Maria.

Telefone para contato: 3220-9304

Local da coleta de dados: Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevista lúdica e do Teste das Fábulas, que serão gravados na *Pediatria*. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala número 3212A do Deptº *Psicologia* por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana e Pesquisadora Psic. Paula Moraes Pfeifer. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 08/04/2014, com o número do CAAE 28759614.9.0000.5346

Santa Maria, 08 de Abril de 2014.

.....
Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana
Pesquisador responsável

.....
Mestranda Paula Moraes Pfeifer
Pesquisadora

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Título do projeto: FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Pesquisadora: Paula Moraes Pfeifer

Instituição/Departamento: Departamento de Psicologia/Universidade Federal de Santa Maria.

Telefone para contato: 3220-9304

Local da coleta de dados: Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria

Se filho está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Essa pesquisa é voluntária e tem como objetivo investigar o que pensam, sentem e fantasiam crianças internadas para realização de cirurgia. Seu filho (a) será convidado a utilizar uma série de brinquedos direcionados a entender o que pensa e o que sente sobre a cirurgia. Serão apresentados alguns desenhos e o início de uma pequena história a qual seu filho (a) terá que dar continuidade. O processo será gravado em áudio para posterior estudo do entendimento e sentimentos em relação à cirurgia.

Seu filho não corre risco de danos físicos, apenas podendo sentir-se um pouco constrangido ou ansioso em participar das atividades. Entretanto, se utilizará instrumentos que facilitam a expressão desses sentimentos e alívio da ansiedade.

Não há benefício direto e não será dado nenhum incentivo financeiro para participação na pesquisa e ela também não lhe trará gastos. A criança terá como benefício indireto a possibilidade de expressar sua percepção e sentimentos em relação ao procedimento cirúrgico. Fato que propicia uma maior organização afetiva de seus sentimentos e vivências em relação à cirurgia, na medida em que expressarão pontos importantes da experiência a ser vivida.

Você e seu filho (a) terão garantidos o direito de solicitar esclarecimentos e retirar eventuais dúvidas a respeito da avaliação e da aplicação dos instrumentos em qualquer momento da pesquisa.

Se você concordar em participar do estudo, o nome e identidade seu e de seu filho (a) serão mantidos em sigilo.

A participação ocorre em um único momento e você possui o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ tratamento usual.

Em caso de necessidade de atendimento psicológico devido à aplicação da pesquisa, os participantes serão encaminhados para atendimento em instituições públicas, não resultando em gastos ao participante. Os encaminhamentos serão feitos de acordo com a individualidade de cada caso.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo que meu filho _____ participe do estudo FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS. Eu discuti com a Psicóloga Paula Moraes Pfeifer. Sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

.....

Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Pesquisador responsável

.....

Mestranda Paula Moraes Pfeifer

Pesquisadora

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE C: TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Estamos realizando um estudo chamado FANTASIAS PRÉ-CIRURGICAS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS que quer entender as fantasias presentes em momento anterior à cirurgia e suas possíveis influências. Participarão deste estudo crianças que estejam aguardando a realização de cirurgia no hospital universitário. Serão feitas conversas, histórias, desenhos e brincadeiras com crianças que tenham de 5 a 11 anos.

Vamos mostrar a você alguns desenhos, contar uma história e pedir a você que continue esta história. Esta história será gravada, se você concordar. O seu nome ficará em segredo e os seus desenhos e histórias serão usados apenas para o estudo. Você poderá fazer perguntas sobre o estudo e também poderá deixar de participar em qualquer momento, e isso não vai causar prejuízos a você.

Assinatura da criança

.....

Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Pesquisador responsável

.....

Mestranda Paula Moraes Pfeifer

Pesquisadora

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP/UFSM: Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Pesquisadores: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana (Tel: 3222-0936; e-mail: albertom.quintana@gmail.com) e Psicóloga/Mestranda, Paula Moraes Pfeifer (Tel: 9983-2276; e-mail: mel.pfeifer@ibest.com.br).

APÊNDICE D: EXEMPLOS DE QUESTÕES A SEREM INVESTIGADAS NA HORA DO JOGO:

- Porque você está aqui?
- Alguém explicou para você o que você tem?
- O que você acha que é uma cirurgia?
- Como você acha que será?
- Alguém explicou para você o que é uma cirurgia?
- Como você se sente quando pensa na cirurgia?