



*Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia:
Consolidando o cuidado interdisciplinar*

ANAIIS DO IV CONGRESSO DE PSICOLOGIA

**Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia consolidando o
cuidado interdisciplinar**

Caderno de Resumos Expandidos

Volume 04 – ISSN: 2526-527X

2019



UNAMA

COMISSÃO ORGANIZADORA DA PSICOLOGIA

Alessandro Melo Bacchini, UNAMA
Ana Carolina Peck Vasconcelos, UNAMA
Ana Letícia De Moraes Nunes, UNAMA
Arina Marques Lebrege, UNAMA
Barbara Araujo Sordi, UNAMA
Elizabeth Samuel Levy, UNAMA
Fernanda Monteiro Lima, UNAMA
Gabriela Souza do Nascimento, UNAMA
José Guilherme de Oliveira Castro, UNAMA
Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA
Rosângela Araújo Darwich, UNAMA

COMISSÃO CIENTÍFICA DA PSICOLOGIA

Alan Souza Lima, UNAMA
Alessandro Melo Bacchini, UNAMA
Ana Carolina Peck Vasconcelos, UNAMA
Ana Cristina Costa França, UNAMA
Ana Letícia De Moraes Nunes, UNAMA
Ana Tereza Frade De Araújo, UNAMA
Arina Marques Lebrege, UNAMA
Barbara Araujo Sordi, UNAMA
Camile Pantoja Mota, UNAMA
Carolina de Sousa Malcher, UNAMA
Cristina Bastos Alves Lins, UNAMA
Danielle Graim Cardoso Faria, UNAMA
Elizabete Cristina M. Ribeiro, UNAMA
Elizabeth Samuel Levy, UNAMA
Fernanda Monteiro Lima, UNAMA

Gabriela Di Paula Dias Ribeiro, UNAMA

Gabriela Souza do Nascimento, UNAMA

Lia Cristina da Silva Botega, UNAMA

Luan Sampaio Silva, UNAMA

Luciana Do Nascimento Castello, UNAMA

Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA

Patrícia do Socorro Nunes Pereira, UNAMA

Rosângela Araújo Darwich, UNAMA

Vivian Fragoso Rei Monteiro, UNAMA

PARECERISTAS DOS TRABALHOS CIENTÍFICAS DA PSICOLOGIA

Alan Souza Lima, UNAMA

Alessandro Melo Bacchini, UNAMA

Ana Carolina Peck Vasconcelos, UNAMA

Ana Cristina Costa França, UNAMA

Ana Letícia De Moraes Nunes, UNAMA

Ana Tereza Frade De Araújo, UNAMA

Arina Marques Lebrege, UNAMA

Barbara Araujo Sordi, UNAMA

Camile Pantoja Mota, UNAMA

Carolina de Sousa Malcher, UNAMA

Cristina Bastos Alves Lins, UNAMA

Danielle Graim Cardoso Faria, UNAMA

Elizabete Cristina M. Ribeiro, UNAMA

Elizabeth Samuel Levy, UNAMA

Fernanda Monteiro Lima, UNAMA

Gabriela Di Paula Dias Ribeiro, UNAMA

Gabriela Souza do Nascimento, UNAMA

Lia Cristina da Silva Botega, UNAMA

Luan Sampaio Silva, UNAMA

Luciana Do Nascimento Castello, UNAMA

Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA

Patrícia do Socorro Nunes Pereira, UNAMA

Rosângela Araújo Darwich, UNAMA

Vivian Fragoso Rei Monteiro, UNAMA

**PARECERISTAS AD HOC DAS COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS DA
PSICOLOGIA**

Agnnes Caroline Alves de Souza, UNAMA

Amanda Brasil de Araújo, UNAMA

Elyene Corrêa de Souza, UNAMA

Graziela Cunha da Costa, UNAMA

Izabella Souza Bezerra, UNAMA

Jéssica Samantha Lira da Costa, UNAMA

Larissa Albuquerque Costa, UNAMA

Lucas Dourado Leão, UNAMA

Priscila Santarém Pinto, UNAMA

Samantha Moraes Cabral Lobato, UNAMA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Carlos Dantas

CRB2/ 1388

Congresso de Psicologia (4 : 2018 : Belém).

Anais do IV Congresso de Psicologia, 04 a 06 de abril de 2019, Belém [recurso eletrônico]: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia: consolidando o cuidado interdisciplinar: IV Congresso Multidisciplinar de Saúde: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia consolidando o cuidado interdisciplinar: caderno de resumos expandidos / Organizado por Alessandro Melo Bacchini, Ana Carolina Peck Vasconcelos, Arina Marques Lebrege, Ana Letícia De Moraes Nunes, Barbara Araujo Sordi, Elizabeth Samuel Levy, Gabriela Souza do Nascimento, Fernanda Monteiro Lima, Marcio Bruno Barra Valente, José Guilherme de Oliveira Castro e Rosângela Araújo Darwich [realização UNAMA] – Belém: UNAMA, 2019.

292 f. : 21 x 30 cm.

Disponível em: <http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia.index>

ISSN: 2526-527X

1. Psicologia. 2. Pesquisa em Psicologia. 3. Congresso. 4. Saúde. 5. Psicologia Social. I. BACCHINI, A. M. II. VASCONCELOS, A. C. P. III. LEBREGO, A. M. IV. SORDI, B. A. IV. LEVY, E. S. V. NASCIMENTO, G. S. do VI. VALENTE, M. B. B. VII. DARWICH, R. A. VIII. NUNES, A. L. de. IX. CASTRO, J. G. de. X. LIMA, F. M. Org. Anais do IV Congresso de Psicologia: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia: consolidando o cuidado interdisciplinar.

APRESENTAÇÃO

O IV Congresso de Psicologia - Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia: consolidando o cuidado interdisciplinar, está inserido na programação do VI Congresso Multidisciplinar de Saúde, de mesmo subtítulo. O mesmo foi realizado no Hangar – Centro de Convenções da Amazônia, no período de 04 a 06 de abril 2019.

O Congresso de Psicologia contou a apresentação de 97 trabalhos científicos, produzidos por profissionais liberais, pesquisadores, docentes e discentes de diferentes formações profissionais e Instituições de Ensino Superior do Estado do Pará e outros preceptores Estados. A programação do congresso possuiu ainda mesas redondas e conferência de profissionais de destaque em suas respectivas áreas de atuação em Psicologia e em outros campos que dialogam com a área das ciências humanas e da saúde.

O Caderno de Resumos Expandidos, a saber, torna público todos os trabalhos avaliados e aprovados para participarem no congresso. Consideramos ele, sem dúvida, uma vitória para a Psicologia Belenense e Paraense, e, em especial, daquela construída pelo curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), ao longo de mais de 40 anos de história. O que nos brinda com reconhecimento e prestígio junto as comunidades sociais, científicas e profissionais.

Nosso Congresso torna-se uma referência de qualidade na cidade de Belém, e, pouco a pouco, no Estado do Pará e no Brasil. As apresentações de trabalhos científicos, as conferências e mesas-redondas são vozes das diferentes e plurais maneiras de fazer Psicologia como ciência e profissão; e, não seria exagerado, resistir a partir dela diante de um país democraticamente inseguro.

A UNAMA, assim, realiza sua principal missão: proporcionar ensino, pesquisa e extensão as comunidades de discentes, docentes e comunidades assistidas.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA PSICOLOGIA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA DURANTE A GESTAÇÃO E O PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE

LACORTE, Isabela
Bacharel em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA) –
isabela_lacorte@hotmail.co.uk
ROCHA, Alethea
Bacharel em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA).
NUNES, Ana Letícia De Moraes,
Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Violência obstétrica caracteriza-se como a violação dos direitos das mulheres grávidas, que engloba a perda da autonomia, decisão sobre seus corpos e apropriação de seus processos reprodutivos pela equipe de saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (DINIZ, 2009; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002; FANEITE, FEO, TORO, 2012; GARCIA, DIAZ, ACOSTA, 2013; TERÁN, CASTELLANOS, GONZALEZ, RAMOS, 2013, apud ZANADOR *et al.*, 2017). Segundo o estudo de Souza *et al.* (2016), pode-se destacar a violência obstétrica como prejudicial para além da experiência do parto, tendo como possível consequência um agravamento psicológico para experiências futuras, uma vez que a mulher terá lembranças dos momentos violentos vividos. Essas lembranças podem persistir e tornar-se frequentes, refletindo em suas questões sexuais e conjugais. **Objetivo:** Este estudo busca responder qual a percepção das mulheres sobre a assistência recebida na gestação e no parto, com foco na violência obstétrica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica. Foram definidos critérios de escolha dos textos na pesquisa, um deles refere-se à utilização de artigos disponíveis em bases de dados com credibilidade e validade científica. Os artigos pesquisados estão disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Portal de Periódicos CAPES/MEC, assim, os artigos utilizados têm acesso online. **Resultados e discussões:** Nos resultados, observou-se a ocorrência de violência obstétrica, como a violência institucional, violência psicológica e verbal, violência moral e violência física, questões estas que impactam na saúde física e psicológica da mulher. Através da informação, é possível que a mulher resgate sua autonomia relativo ao processo de parto e nascimento e nas demais situações que digam respeito às suas escolhas de vida (DENGO *et al.*, 2016). Equipe de saúde e parturientes compartilham da convicção de que o uso numeroso de técnicas e mais intervenções na assistência ao parto, trará uma maior segurança e menor riscos de complicações (PEDROSO; LÓPEZ, 2017 apud DAVIS-FLOYD, 2001). Em nenhum dos artigos analisados encontrou-se a atuação ou sequer a menção do papel do psicólogo na assistência à mulher parturiente. **Conclusão:** A vivência da violência obstétrica implica diretamente

na saúde física e psicológica destas mulheres, deste modo, observou-se que no que se refere às práticas humanizadas de assistência, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a mulher se sinta segura e acolhida. Constatase a relevância do psicólogo como agente ativo de humanização e de promoção de saúde, e a importância de uma equipe multidisciplinar que busque informar, orientar e educar as mulheres no processo de gravidez e puerpério.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Assistência; Saúde da Mulher.

Referências:

- DENGO, V. A. R. et al. A Episiotomia na Percepção de Puérperas. *Cogitare Enferm.*, Paraná, v. 3, p.01-08, set. 2016.
- PEDROSO, C. N. L. S.; LOPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400016>.
- SOUZA, A. B. de et al. Fatores Associados à Ocorrência de Violência Obstétrica Institucional: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Campinas: Rev. Cienc. Med.*, 2016.
- ZANADOR, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Porto Alegre: Psicologia & Sociedade*, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

UMA REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO LÚDICO REALIZADO PELO PSICÓLOGO HOSPITALAR COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

ALMEIDA, Nádia Ewelyn F. de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
nadyfarias@live.com

GONÇALVES, Carlos Eduardo S.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

COSTA, Daniel S.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

FERREIRA, Eduardo da S.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

BORGES, Lucas Henrique de Lima
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ARAÚJO, Ana Tereza F. de
Universidade da Amazônia, docente.

Introdução: O Hospital é uma unidade de serviços onde pessoas adoecidas podem procurar assistência médica especializada, investigar sintomas, realizar exames, receber medicamentos e tratamentos. Nesse âmbito o foco está nas manifestações biológicas e observáveis, desconsiderando de que forma os aspectos psicológicos relacionados a esse processo de adoecimento afetam o indivíduo, gerando diversas dificuldades, entre elas, a relação do paciente com a família e com a equipe médica, a sua compreensão sobre a doença e um possível tratamento proposto pela equipe. Portanto, a presença da psicologia neste âmbito faz-se necessária para tratar deste adoecer psicológico. Segundo SIMONETTI (2004) “A psicologia hospitalar em seu campo de atuação trata das questões do processo de adoecimento, do tratamento e do entendimento dos aspectos psicológicos que o paciente tem em torno da doença”. Sendo o hospital um ambiente no qual as pessoas vão para diagnosticar prováveis doenças, destacaremos entre essas enfermidades, o câncer. O câncer é o grupo heterogêneo de doenças que são caracterizadas por uma proliferação desordenada de células que se acumulam e podem formar um tumor com alta capacidade de invadir tecidos e causar danos sistêmicos. Nesse sentido, o câncer é uma condição patológica agressiva que gera diversos sintomas como consequência, dentre eles anorexia, caquexia (emagrecimento rápido), anemia, imunossupressão (o que pode causar infecção recorrente), febre, prostração, trombose e, em casos muito avançado, dores intensas (ALBERTS, 2017). Não obstante, após o diagnóstico, muitas das vezes em estágio avançado da doença, o tratamento é altamente agressivo, uma vez que eles são guiados a reduzir a massa tumoral pela destruição das células cancerosas, porém não diferencia células saudáveis de células malignas, isto é, há destruição do tumor às custas de danos a tecidos saudáveis. Os principais representantes desses tratamentos oncológicos são a radioterapia e a quimioterapia. Com isso, o tratamento é acompanhado de reações adversas bastante expressivas, tais como diarreia, vômitos, problemas de absorção de nutrientes, infecções persistentes, devido à

baixa imunidade, e anemia. Assim, como qualquer doença grave, o câncer traz em seu diagnóstico o medo do desconhecido, das mudanças que ocorrerão durante o tratamento, se viverá somente a doença e o que acontecerá com os seus planos. Com o modelo biomédico vigente, ou seja, a visão de que se deve eliminar os sintomas biológicos da forma mais rápida possível, acaba por se deixar de lado os aspectos psicológicos relacionados a esses sintomas, ignorando a individualidade e subjetividade do indivíduo que adentrou aquele espaço. A presença do psicólogo dentro do contexto hospitalar é algo recente, ela surgiu da necessidade de tornar o ambiente hospitalar mais humanizado, lançando um olhar holístico sobre o paciente, ou seja, atentar-se para o paciente como um todo (a sua história de vida, seus familiares, seu contexto social) realizando um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que está preocupado não apenas com o biológico da enfermidade do paciente, mas também com os aspectos psicológicos relacionados a esse adoecer e como o paciente lida com esse processo do adoecer. Cabe ao psicólogo hospitalar ouvi-lo e tentar acalmá-lo, oferecendo condições para a expressão de possíveis dúvidas, fantasias, temores e falsos conceitos em relação à doença e ao tratamento; conversando sobre eles, auxiliando na compreensão dos aspectos emocionais, na adaptação do paciente às condições de hospitalização, dando suporte e apoio, respeitando os momentos vivenciados pela pessoa doente, pelos familiares e pela equipe envolvida no processo (GARCIA, 2004). Nesse sentido, uma forma do psicólogo auxiliar pacientes oncológicos adultos, seria através da prática lúdica, que possibilitaria a expressão e comunicação dos sentimentos em relação ao seu processo de adoecimento. O lúdico é importante para a saúde física, mental, social e emocional. É por meio deste que o ser exprime mais genuinamente e exerce as suas relações com o mundo, com as pessoas e com os objetos (Dias, 2005). Muitas vezes, as pessoas sentem dificuldades de se expressar verbalmente, o que pode ser facilitado através do lúdico (como pintar, desenhar, fazer esculturas, etc.) e assim transpor esta barreira de comunicação, pois permite a manifestação de conteúdos que poderiam demorar a aparecer em uma intervenção tradicional, ajudando na elaboração, na aceitação da doença e na adesão ao tratamento. **Objetivo:** Através da verificação das leituras bibliográficas, levantar uma reflexão sobre a intervenção lúdica ser um fator positivo e contributivo para a melhora do paciente oncológico adulto hospitalizado. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos e livros que continham informações sobre a intervenção lúdica, o trabalho da psicologia hospitalar, o adoecer relacionado ao câncer e o tratamento da doença, utilizamos como critério de seleção artigos indexados nas bases de dados Scielo, Google acadêmicos e livros físicos no idioma português. **Resultados e discussões:** Os resultados obtidos através das buscas, mostram a carência de pesquisa deste assunto, 36 artigos lidos, apenas 1 falava sobre a importância do brincar com pacientes oncológicos adultos e 1 sobre a visão do adulto acerca do brincar. Apesar disso, observamos que mesmo as atividades lúdicas sendo majoritariamente realizadas com crianças, ela também pode trazer benefícios aos pacientes adultos como a aceitação do seu estado de adoecimento, adaptação e adesão aos tratamentos realizados. **Conclusão:**

Uma vez que, o câncer sendo uma doença comum e extremamente debilitante no contexto orgânico, psicológico e social, faz-se importante que haja maiores números de trabalhos sobre esse assunto, com a finalidade de dispor ao psicólogo mais conhecimento e ampliar as ferramentas em suas intervenções e tornar o hospital um local mais humanizado com intuito de possibilitar ao paciente meios de expressão emocional e alcançar maiores possibilidades de melhora para seu estado adoecido.

Palavras-chaves: Lúdico, Psicologia Hospitalar, Câncer.

Referências:

- ALBERTS, Bruce *et al.* Biologia molecular da célula. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- DIAS, Maria Isabel Pinto Simões. O lúdico. Escola Superior de Educação de Leiria, [S. l.], [2005?].
- GARCIA, Thais Petroff. A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no hospital do rim e hipertensão. 2004. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em psicologia) - Pontifícia universidade católica de são Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em:
http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0043. Acesso em: 19 fev. 2019.

DELEGANDO UM CUIDAR: NUANCES GESTÁLTICOS DA RELAÇÃO MÃE X BABÁ

LOBÃO, Manuela Gama
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
manuela_gama@yahoo.com.br.
BRANDÃO, Cintia Lavratti
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Segundo Bolan (2012), o cuidado infantil é um processo que visa à formação da pessoa humana, em todos os seus aspectos, por isso merece toda a atenção, a começar dos primeiros anos, quando os pais são chamados a serem os primeiros cuidadores. Com a **Introdução:** da babá na vida de mãe e filho, exercendo um cuidado que lhe é delegado, emergem sentimentos que são atravessados por questões sociais, políticas e psíquicas, ainda pouco investigadas cientificamente. Aqui um parêntese se faz necessário, a fim de esclarecer que muito embora o título do presente trabalho se refira à relação que se estabelece entre mães e babás, a palavra “mãe” vem ilustrar representativamente qualquer que seja o cuidador de que a criança disponha, seja mãe, pai, ou outro substituto primário de cuidado. Na atualidade as configurações familiares apresentam formas diversas, não existindo mais um padrão universal. Assim a palavra “mãe” é utilizada como um sinônimo para a expressão “cuidador” no presente trabalho. Da perspectiva da Gestalt Terapia, o relevante do universo relacional de uma criança não é tanto quem se relaciona com ela, mas como se dão as relações e o quanto são satisfatórias e facilitadoras para o seu desenvolvimento. Assim, não importa quem faz, mas o que faz e como faz (AGUIAR, 2014). A criança cuidada sente na pele a relação que se estabelece entre a mãe e a babá, e todos os desdobramentos que possam surgir disso. A relação que se estabelece entre mãe, bebê e babá está envolta por sentimentos contraditórios, que se misturam e se renovam, pois, a relação que se constrói com a criança nesta tríade, irá dar um sentido próprio às experiências vividas, ao ato de codificar e interpretar vivências, na construção de uma subjetivação iminente desse pequeno ser - que está ainda se constituindo. Da relação que se estabelece entre mãe e babá existe um sujeito que vem a ser no mundo. Ele é o objeto primordial da relação que se estabelece entre a cuidadora e mãe. Tal relação é permeada por diferentes concepções de família, maternidade e realidade. Existe um potencial antagonismo nessas relações, que podem gerar dramas sociais, nos quais estão em jogo grandes custos emocionais e afetivos, e até mesmo alianças, mas não sem conflitos de valores e interesses (SILVEIRA, 2014). O presente trabalho procurou estudar, à luz da Gestalt-terapia a configuração do campo relacional que se forma na tríade apresentada – aspectos psicológicos importantes tais como medos, inseguranças, ciúmes, imposição de direitos, obrigações e limites, dentre tantos outros aspectos - de mães, em seu pleno exercício de maternidade na difícil tarefa de aceitarem um novo, inédito e muito significativo elemento no campo: a babá. Assim, buscou-se estudar, a configuração do campo relacional que se

forma - partir da ótica da Gestalt-terapia - entre mães e babás, na tríade que se forma entre estas e a criança objeto do cuidado; e quais aspectos atravessam o universo psicológico, social e emocional, que possam concorrer para a “escolha” desta ou daquela maneira de se “relacionarem” no campo/meio/mundo no qual se inserem, bem como o que resulta dessa relação e qual o papel desempenhado pela(s) babá(s), no processo de subjetivação da criança, reconhecendo os limites e aspectos emocionais que resultam da triangulação relacional. Como se sente a mãe ao ter de delegar funções de cuidados de seu filho à babá? A partir dos levantamentos bibliográficos realizados e dos dados coletados, buscou-se contribuir para a construção de novos saberes acerca do tema pesquisado numa tentativa de se agregar conhecimentos na forma de se abordar a relação que se estabelece entre os sujeitos da pesquisa. **Objetivo:** Identificar questões de subjetivação, de relevância científica, que surgem da relação interacional que se estabelece entre mãe e babá, a partir de um enfoque Gestáltico. Descrever como é compreendida a constituição da subjetividade da criança a luz da Gestalt-terapia; Compreender o papel dos pais e ou outros cuidadores primários no processo de subjetivação da criança; Compreender o lugar da babá na constituição da subjetividade da criança; Reconhecer os limites e aspectos emocionais subjetivos que resultam da relação que se estabelece na triangulação mãe, bebê e babá; Compreender como a mãe ou outro cuidador primário percebe, lida e se sente ao delegar as funções de cuidado da criança. **Metodologia:** Este estudo é a apresentação do relatório de uma pesquisa bibliográfica, fenomenológica e documental, na qual foram extraídos depoimentos de sites de domínio público, onde se discute as relações que se estabelecem entre mães e as babás de seus filhos. Utilizou-se como critérios de inclusão nas buscas em sites com assuntos que propiciassem fóruns de discussão sobre o relacionamento entre mães e babás, as palavras chaves “delegando cuidados mãe e babá”, “fóruns de discussão de mães e babás”, “babás e terceirização”, “relação mãe e babá” e “delegando um cuidar, mães e babás”. Como critério de exclusão, não se consideraram tópicos sem comentários e depoimentos que não tinham relação com os temas propostos. O site no qual foram feitas buscas e coletados depoimentos de mães para a presente pesquisa foi www.brasil.babycenter.com.br, nos meses de novembro de dezembro de 2018, onde pode-se encontrar, vários temas de discussão como, *Babá ou berçário*, *Prós e contras de ter uma babá*, *Como entrevistar candidatas a babá*, *Como combinar as regras de trabalho com a babá*. Foram utilizados depoimentos realizados a partir do ano 2015. Na Identificação das demais fontes, encontramos vários artigos científicos nas plataformas Pepsic e Scielo, além de uma tese de doutorado indexada no site da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). **Resultados e discussões:** Os dados obtidos a partir da presente pesquisa, foram analisados a partir dos pressupostos da pesquisa fenomenológica, observadas os preceitos acima referenciados e lidos sobre um viés da Gestalt-terapia. Tais resultados apontam para uma variedade de relações subjetivas e especiais que se estabelecem com dificuldades e satisfações, e que produz efeitos que reverberam para todos os componentes da tríade relacional. Em

consequência dos dados obtidos a partir de depoimentos, buscou-se compreender como a mãe e/ou outro cuidador primário, percebe, lida e principalmente, se sente, ao precisar delegar funções de cuidado da criança a outrem. **Conclusão:** Para a Gestalt-terapia viver é estar em contato em vários níveis, consigo mesmo, com outro, com o mundo e o mundo conosco. Somos todos seres de relação, que vivem e se inter-relacionam. O contato é a emoção da experiência, é movimento a procura de mudança, é a própria vida acontecendo e a consciência dando sentido à realidade. Todo contato se dá no espaço vital da pessoa e seu corpo reflete as energias que emanam desse campo. Ao final da compilação e análise dos dados da presente pesquisa foi possível observar aspectos psicológicos importantes tais como medos, inseguranças, ciúmes e imposição de direitos; É visível, a partir dos dados colhidos, que as babás exercem uma função essencial ao criar meios que possibilitem uma maternagem na vida de muitas mães; mas apesar do poder a elas conferido, são na verdade seres humanos iguais aos outros, e estão a serviço de uma função que envolve questões emocionais para as quais muitas vezes não estão preparadas, e que envolve um vínculo empregatício com contornos legais que muitas vezes não são cumpridos. A partir da pesquisa, pôde-se perceber que para muitas mães, não só é muito difícil confiarem seus filhos a outrem, como também se separar deles, há uma mistura de fatores que se interligam e se conectam. Por isso tais questões não podem ser reduzidas apenas a um sentimento, como ciúme ou desconfiança. Os depoimentos maternos demonstraram uma variedade de sentimentos emergentes em relação aos cuidados delegados às babás, pois, cada maternidade envolve uma série de aspectos que dizem respeito às experiências vividas, contatos estabelecidos, padrões evitativos criados, dentre muitos outros fatores subjetivos que perpassam a vida de cada mãe. Por isso cada uma delas percebe de forma única a relação que se estabelece, seja de tristeza ou de satisfação. Assim, delegar, longe de uma *terceirização*, seria um cuidar materno ainda maior, pois é a constatação de que uma separação momentânea da criança será por vezes necessária, o que por si só já se reveste de um padrão saudável de tomada de consciência, e que se assim é, que seja realizada com a supervisão orquestrada por quem de direito: a mãe. O presente trabalho objetivou contribuir um pouco mais na busca deste novo, entrelaçando o conhecimento que se pôde obter da análise fenomenológica da tríade relacional entre mãe bebê e babá, utilizando a Gestalt Terapia como norteadora para análise dos dados, a fim de colaborar cientificamente com a comunidade acadêmica de psicologia e áreas afins, possibilitando um olhar mais amplo e questionador diante do fenômeno da constituição da maternidade e seus desafios, que restam sempre merecedores de uma eterna investigação científica.

Palavras-chaves: Gestalt-Terapia; Mãe; Babá; Relação.

Referências:

AGUIAR, Luciana. Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática. São Paulo: Summus, 2014.

BOLAN, Valmir. [A importância da família no processo educativo](#). São Paulo: ABMES, 2012.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. O Ciclo de contato: temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 2017.

SILVEIRA, Liane Maria Braga da. Como se fosse da família: a relação (in) tensa entre mães e babás. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2014.

AS PERDAS VIVENCIADAS PELA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PERSPECTIVA SOBRE A EDUCAÇÃO PARA MORTE

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck
Universidade da Amazônia (UNAMA)/ Universidade Federal do Pará
(UFPA)/Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA)
carolinapeck@gmail.com

Introdução: A origem da palavra paliativo faz jus ao princípio que fundamenta a prática das ações relativas ao termo. Paliativo vem de *pallium* (lat.), o manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa na Idade Média à procura de indulgências. Também o termo *hospice* (lat.), muito usado em Cuidados Paliativos, derivou das instituições mantidas por religiosos cristãos, que erguiam ao longo das rotas de peregrinação, abrigos para os viajantes cansados ou doentes (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 2009). Neste sentido, Figueiredo e Figueiredo (2009) pontuam, que em tempos onde a doença orgânica é posta a frente do doente e seu sofrimento, a filosofia *Hospice* e sua aplicação prática, em cuidados paliativos, tem por objetivo o resgate do humanismo, que deu lugar as modernas ações de saúde, diretamente ligadas à tecnologia de eficácia curativa, mas tristemente alheias de empatia e capacidade de enxergar o sujeito para além de sua doença, logo, de prestar um cuidado de fato integral. Assim, para a Organização Mundial de Saúde (2006), os cuidados paliativos são definidos como cuidados ativos e totais aos pacientes, através de uma equipe multiprofissional, atuando no controle da dor e dos sintomas psicológicos, sociais e espirituais, tendo como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes, compreendendo o cuidado ao paciente, aos seus familiares e à comunidade. Neste contexto, pode-se dizer que não há como trazer à tona a temática dos cuidados paliativos sem abordar o tema do luto. Pois ainda antes da morte propriamente dita, o processo de luto começa a ser experimentado pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde envolvidos nesse processo. Segundo Kovács (2009), o luto é um processo de elaboração, é um vínculo que se rompe, é a perda de um objeto de amor. O luto não acontece apenas pela perda de pessoas, como também de situações significativas, as ditas mortes simbólicas, como as perdas decorrentes do processo de adoecimento. Sendo assim, o luto é considerado um conjunto de respostas biopsicossociais, um processo psicológico desencadeado pelo rompimento de um vínculo, pela perda de um objeto amado. Deste modo, o luto concretiza o fato da perda (FREGONESE et al., 2014). Neste sentido, é possível observar que existem diversas pesquisas que focam no processo de adoecer e nas repercussões psíquicas deste para os paciente, mas pouco se discute nas reverberações desse processo para os profissionais de saúde que estão inseridos nas equipes de cuidados a esses pacientes. Desta forma, diante disso, levantou-se os seguintes questionamentos: de que maneira os profissionais de saúde lidam com o cotidiano da morte e como eles são preparados para lidar com a mesma? **Objetivo:** Investigar como os profissionais envolvidos no cuidado de pacientes paliativos vivenciam e lidam com a perda dos mesmos. **Metodologia:** Adotou-

se a pesquisa teórica, que utiliza como procedimento metodológico a revisão bibliográfica sobre o tema proposto com base na literatura científica especializada, neste caso, sobre a área da saúde. Neste sentido, foram utilizados capítulos de livros e artigos retirados de bases de dados reconhecidas no meio acadêmico, como a Scielo e a Pepsic. **Resultados e discussões:** Para Kovács (2009), ao se priorizar, no hospital, salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Desta forma, não conseguir evitá-la, adiá-la, ou aliviar seu sofrimento, pode trazer ao profissional a vivência dos seus limites, impotência, finitude, tornando-se uma vivência extremamente dolorosa. Negar a morte pode dar a ideia de força e controle. Contudo, uma perda seguida de uma elaboração do luto precária ou deficiente, não se permitindo a expressão da tristeza e da dor, pode gerar graves consequências, aumentando a probabilidade de adoecimento. O luto mal elaborado vem se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em virtude de uma excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de reflexão e aceitação. E isso também afeta os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar da sua própria dor (KOVÁCS, 2009). Esta temática, ainda hoje, é bastante polêmica e, muitas vezes, pouco abordada na formação acadêmica dos profissionais de saúde, visto que falar sobre morte implica em falar das perdas diárias vivenciadas pelos seres humanos. Contudo, cada vez mais torna-se extremamente importante que estas questões sejam trazidas à tona e trabalhadas desde a formação, pois cuidar de uma pessoa em eminência de morte provoca inúmeras reações nos profissionais de saúde, que precisam ser discutidas e problematizadas. **Conclusão:** Atualmente, no contexto de saúde em que estamos inseridos, pode-se perceber que os profissionais estão sofrendo e estão sozinhos nessa luta travada entre a vida e a morte. Torna-se imprescindível ajudá-los a compreender a morte como uma fase que precisa ser vivida. E também, auxiliá-los a compreender o seu luto como sendo uma resposta necessária à perda e à morte de pacientes que estavam sob seus cuidados. Neste sentido, é essencial que se abra espaço para discutir a temática da morte, sobretudo, com os profissionais da saúde que lidam com esta diariamente. Uma vez que para muitos a morte é vista como fracasso, insucesso, visto que, no âmbito hospitalar ainda se trabalha muito com a perspectiva curativa. Daí a importância de se promover discussões e reflexões acerca do tema, promovendo uma educação para a morte, abrindo possibilidades para o entendimento desta como parte do processo vital e de uma perspectiva do cuidado para além da possibilidade de cura. Para que isso de fato ocorra, as propostas de melhoria devem estar direcionadas, sobretudo, para as instituições de formação. Entende-se, portanto, que as mudanças precisam acontecer de maneira simultânea nas instituições de formação e nas instituições hospitalares. O que quer dizer, que as instituições de formação necessitariam preparar seus alunos para atuarem com a vida e a morte nos contextos de prestação de serviços de saúde. Enquanto isso, as instituições hospitalares deveriam, através

da educação permanente, incentivar os profissionais a realizarem reflexões sobre o assunto, tornando-o menos penoso.

Palavras-chaves: Equipe de Saúde; Cuidados Paliativos; Luto; Educação para a morte.

Referências:

- FIFUEIRADO, M.G.; FIGUEIREDO, M.T. (2009). Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F.; INCONTRI, D. (orgs.). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista, SP: Editora Comenius.
- FREGONESE, A. et al. (2014). A psicologia nos cuidados paliativos. In: BRUSCATO, W. (Org.). A psicologia na saúde da atenção primária à alta complexidade. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- KOVÁCS, M. (2009). Perdas e o Processo de Luto. In: SANTOS, F.; INCONTRI, D. (orgs.). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista, SP: Editora Comenius.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Câncer. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/cancer/es/>>. Acesso em: 20/02/2019.

EDUCAÇÃO SEXUAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RODRIGUES, José Victor dos Santos

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), discente-
josevictor.rodrigues9@gmail.com

LINS, Ana Carolina Araújo de Almeida

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), docente.

Introdução: O conceito de sexualidade está relacionado a forma como o ser humano se relaciona com o meio social, a partir das influências do seu processo de aprendizagem de valores, que são influenciados pelo grupo social em que está inserido desde o seu nascimento (SILVEIRA, 2013). Nesse sentido, a sexualidade na infância é notada a partir das reações manifestas da criança em suas relações, como exemplo as suas emoções. Portanto, a primeira educação sexual ocorre na família. Logo, no ambiente familiar nota-se a importância da conversa sobre tal temática, em que os cuidadores mantenham uma atitude acolhedora com a criança, evitando assim que a mesma procure por este conhecimento de maneira deturpada (GILGUN e GORDON, 1985). O abuso sexual infantil é uma violência praticada por um adulto, criança ou adolescente, tirando vantagem da falta de maturidade da criança, para satisfação dos seus desejos sexuais, seja por meio de contato físico ou não, tendo consequências não somente físicas, mas também psicológicas (SOMA e WILLIAMS, 2014; PADILHA, 2007). Para que ocorra a prevenção desta violência, a criança deve ser ensinada a diferenciar situações adequadas e inadequadas, nos contextos intra ou extrafamiliar, praticadas por pessoas conhecidas ou não, possibilitando assim agir de maneira preventiva. Além disso, o ensino de habilidades de autoproteção é ponto importante a ser abordado na educação sexual (PADILHA, 2007). **Objetivo:** Relatar por meio de um relato de experiência uma atividade educação sexual, organizada por alunos do curso de Bacharelado em Psicologia de uma instituição de ensino superior privado da cidade de Belém-PA, como estratégia para prevenção do abuso sexual infantil. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um relato de experiência de uma atividade realizada no Centro Social de uma igreja da cidade de Bujaru-PA, no qual utilizou-se da contação de história para o ensino da educação sexual. A atividade foi realizada em 03 (três) grupos consecutivos, com a participação total de 56 (cinquenta e seis) pessoas, sendo 36 (trinta e seis) crianças de 0 a 10 anos de idade, e 20 (vinte) adolescentes, adultos e idosos, responsáveis/acompanhantes das crianças. **Resultados e discussões:** Para o início da ação, primeiramente os discentes organizaram o espaço e o material a ser utilizado. Em seguida houve a divulgação da atividade para pessoas que se encontravam no local, convidando as crianças e os seus responsáveis/acompanhantes a participarem da mesma. Na leitura da história infantil abordou-se a importância de conhecer as partes do corpo como os genitais e diferenciação de toques adequados e inadequados, por meio de algumas situações que foram apresentadas ao longo da contação, com a utilização de plaquinhas escritas “toque do sim” e “toque do não”. Em todas as

apresentações o público mostrou-se bastante participativo. Contudo, vale pontuar que, na etapa de nomeação dos órgãos genitais, muitas crianças e adultos reagiram de modo a demonstrar surpresa, por meio de suas expressões faciais. A hipótese é que esta temática talvez não faça parte do seu convívio social. **Conclusão:** Percebe-se que a educação sexual infantil ainda é uma temática pouco ensinada no ambiente familiar, seja pela falta de conhecimento dos cuidadores ou repressão dos mesmos. Toda via, se faz necessário uma maior promoção deste tema por meio de políticas públicas que envolvam as famílias, as escolas e outros ambientes sociais como as igrejas, não somente para a prevenção do abuso sexual infantil, mas para a promoção de uma vivência da sexualidade de forma saudável.

Palavras-chaves: Educação sexual, Prevenção do abuso sexual infantil, Sexualidade.

Referências:

GILGUN, Jane F.; GORDON, Sol. Sex education and the prevention of child sexual abuse. *Journal of Sex Education and Therapy*, v. 11, n. 1, p. 46-52, 1985.
PADILHA, Maria da Graça Saldanha. Prevenção primária de abuso sexual: avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar. São Carlos: UFSCar, 2007.
SILVEIRA, Jennifer Martins. A sexualidade da criança no cotidiano da instituição infantil. *Educativa*, v. 16, n. 2, p. 285-296, 2013.
SOMA, Sheila Maria Prado; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Livros infantis para prevenção do abuso sexual infantil: Uma revisão de estudos. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 353-361, 2014.

POSSÍVEIS REVERBERAÇÕES DO CONTEXTO DE ALIENAÇÃO PARENTAL NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA NA TERCEIRA INFÂNCIA.

BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente – acadprof.junior@gmail.com

BERBAT, Carolini Moulié Cidrini Gonçalves.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A literatura sobre desenvolvimento humano, mais especificamente sobre o desenvolvimento infantil, é clara: o processo desenvolvimental é um conjunto, os domínios (biológico, psicológico e social) caminham separadamente, porém interligados, influenciando-se mutuamente (PAPALIA e FIELDMAN, 2013). Partindo desta premissa, refletir sobre os contextos nos quais crianças empreendem seu processo de crescimento se mostra necessário. Quando o contexto em que a criança está inserida é um ambiente estressor e disfuncional, isto pode representar consequências prejudiciais a sua saúde mental, o que pode ser o caso da alienação parental, pois nesta situação, a criança é direcionada a romper os laços afetivos com um de seus responsáveis.

Objetivo: Analisar os impactos que o contexto de alienação parental exerce na saúde mental da criança durante a terceira infância. **Metodologia:** A pesquisa é qualitativa e de cunho bibliográfico. A literatura utilizada provém de artigos que abordam a compreensão geral sobre a síndrome de alienação parental, assim como, artigos que tratam sobre o desenvolvimento humano, especialmente, a terceira infância. Ambas bibliografias localizadas no portal de periódicos da CAPES. **Resultados e discussões:** O estudo do desenvolvimento humano é algo recente, e a partir dele, a infância deve ser pensada como um período amplo, porém dividida em três momentos, sendo estes marcados diferencialmente, dependendo de qual domínio fica em maior evidência. Dentre estes períodos, a terceira infância abarca um desenvolvimento mais lento fisicamente, porém mais complexo no quesito simbólico, ou seja, é o momento no qual identidade e autoestima começam a se consolidar, por exemplo. Papalia e Fieldman (2013) demonstram, ao falar de crescimento emocional e comportamento pró-social, o quanto, nesse momento, as crianças já possuem noção de aspectos como as regras da cultura. Nesse sentido, relatam sobre a modulação de sentimentos feita pelas crianças para lidar com os sentimentos do outro, além disso, já sentem culpa e vergonha, ambos relacionados à capacidade de sentir empatia. De forma geral, a terceira infância, embora seja um momento de desenvolvimento físico e cognitivo, ela é fortemente marcada pelo desenvolvimento de potencialidades sociais no indivíduo. Como se trata de um período com influência direta do social, as autoras mencionam que o contexto pode impactar na constituição subjetiva da pessoa, dificultando seus ajustamentos sociais. Um exemplo de contexto disfuncional é o contexto de alienação parental, visto que todo o sistema familiar se apresenta adoecido, sobretudo a criança vítima do fenômeno. Este fenômeno que é mais entendido

entre os manuais diagnósticos norte-americanos, consiste em uma síndrome que atinge crianças e adolescentes envolvidos em disputas de guarda judicial entre os pais. Figueiredo (2017), em seu estudo, explora autores que demonstram que este fenômeno consiste na tentativa de um responsável afastar o outro da vida do menor. A autora enfatiza que a alienação pode partir de diversas figuras parentais que circundam o sujeito acometido pela síndrome, não necessariamente os pais. A necessidade de uma intervenção cuidadosa neste contexto, faz-se relevante porque o sujeito acometido e subjetivado em um cenário disfuncional deste tipo pode perceber suas dificuldades em momentos posteriores, como por exemplo, a fase adulta, na qual a personalidade já se encontrará mais estável. Ou seja, o sujeito, ao procurar ajuda, enfrentará, possivelmente, um padrão de relacionamentos consigo e com o outro já cristalizados de forma disfuncional no sentido de ter dificuldade em se reorganizar perante as situações de crise do seu cotidiano, contrária à concepção de saúde emocional demonstrada por Papalia e Fieldman (2013). Outros estudos vão mais a fundo nos comportamentos que a criança pode apresentar respondendo ao contexto alienador, como o de Velly (2010). A autora discorre sobre diversas reverberações subjetivas na criança. Por exemplo, funcionamentos mais auto referidos como a regressão (comportamentos incompatíveis à idade cronológica) e a culpa (atribuir a si a causalidade dos problemas ao seu redor). Assim como em movimentos relacionados aos demais sistemas que a criança está inserida, como a escola, onde ela pode apresentar um baixo rendimento em suas atividades. Além disso, a criança pode apresentar comportamentos antissociais, mesmo que ela negue, nesse tipo de conduta é comum o sentimento de vingança como um reflexo de seu contexto. De maneira geral, a alienação parental se mostra como um fenômeno complexo, o qual uma abordagem apenas não consegue fornecer estratégias de enfrentamento e prevenção, isto corrobora com a afirmação de Figueiredo (2017) quando menciona que a alienação parental é um tema que mobiliza discussões em várias áreas do saber. **Conclusão:** Para realizar este estudo, foi necessário lidar com a escassez de produções a respeito. Não por não haver um número considerável de produções sobre alienação parental, pois há principalmente no ramo jurídico, mas por não existirem produções específicas sobre este fenômeno e suas reverberações na terceira infância. Como demonstrado, o fenômeno da alienação parental é amplo e complexo, afetando, até mesmo, quem não compõe o sistema alienado. Portanto, fica evidente a necessidade de estratégias de prevenção e enfrentamento, nos mais diversos contextos que afetam a criança, seja no âmbito jurídico, que é por onde caminha o processo; seja na própria relação familiar; seja na escola, onde a criança se encontra em contato com outras crianças. Desta forma, se torna mais consistente a viabilização de um processo de subjetivação mais saudável na criança, o que lhe beneficiaria pelas demais fases do ciclo vital.

Palavras-chave: Alienação parental; Desenvolvimento infantil; Terceira Infância; Saúde Mental.

Referências:

- FIGUEIREDO, Claudia Roberta Leite Vieira. A ira dos anjos: uma análise psicológica e jurídica da alienação parental. JURIS. Rio Grande, v. 27, n. 2, p. 119-138, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.furg.br/juris/article/view/7098/4876>. Acesso em 11/11/2018.
- PAPALIA, Diane E. FELDMAN, Ruth D. Desenvolvimento humano. Artmed Editora, 2013.
- VELLY, A. M. F. A síndrome de Alienação Parental: uma visão jurídica e psicológica. Porto Alegre: 2010. Disponível em:
<http://www.vnaa.adv.br/artigos/ibdfam.pdf>. Acesso em: 25/09/18.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA QUESTÃO A SER PROBLEMATIZADA

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

Universidade da Amazônia (UNAMA)/ Universidade Federal do Pará (UFPA)/

Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA)

carolinapeck@gmail.com

RIBEIRO, Gabriela Di Paula Dias

Universidade da Amazônia (UNAMA)/Universidade Federal do Pará (UFPA)

Introdução: De acordo com Pereira, Fortes e Mendes (2013) a comunicação é um processo por meio do qual a informação é criada e recriada, possibilita troca, partilha e compartilhamento de sentimentos em comum e emoções entre pessoas. A partir desta, chega-se concomitantemente a apreender e a compreender, em certa medida, as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções de outra pessoa, e talvez a criar laços significativos com esta. Mas torna-se necessário considerar que estas pessoas podem ter diferenças significativas entre si, visto que cada uma delas possui a sua história de vida, seu funcionamento psíquico, enfim, suas redes de subjetividades. Comunicar, reside em expressar-se e em permitir com que o outro faça o mesmo. Assim, é preciso que os profissionais de saúde possam não apenas conseguir perceber e escutar o outro, como também precisam compreender e identificar suas próprias emoções, pensamentos e reações diante daquele que está recebendo a má notícia, tendo em vista que não terão controle sobre como este irá lidar com a mesma. Neste sentido, segundo Victorino et al. (2007), comunicar más notícias aos pacientes e seus familiares em hospitais constitui-se como uma das mais complexas e relevantes tarefas com as quais as equipes de saúde precisam realizar. Contudo, a despeito da sua significativa importância, muitos profissionais carecem de informação e também necessitam ser preparados para lidar com essas situações. Ainda para o autor, a má notícia pode ser compreendida como aquela que modifica de maneira drástica e, muitas vezes, negativa a idealização do paciente com relação ao seu futuro. Essa definição sugere que a resposta do paciente dependerá, entre outras coisas, de sua expectativa de futuro, sendo esta singular e influenciada pelo contexto psicológico e social do mesmo. Neste contexto, levantou-se a seguinte questão problematizadora desta pesquisa: Será que as estratégias de comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde ao paciente e sua família são adequadas, priorizando que isso se dê de maneira acolhedora e humanizada?

Objetivo: investigar e analisar se as estratégias de comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde ao paciente e sua família são adequadas e acontecem de modo acolhedor e humanizado. **Metodologia:** Adotou-se como procedimento metodológico a revisão sistemática de literatura, utilizando autores contemporâneos que discutem sobre a temática abordada pelo trabalho. Para tanto, foram selecionados artigos científicos de bases de dados reconhecidas no meio acadêmico, como a Scielo e a Pepsic. **Resultados e discussões:** Muitos autores concordam que uma má notícia pode de alguma maneira recorrente

afetar as expectativas de vida da pessoa, em virtude da situação vivenciada por si próprio ou por alguém com que se tenha um vínculo próximo. Desta maneira, não é difícil que haja a mobilização de sofrimento ao dar a má notícia, mas isso pode se acentuar, dependendo do modo como esta for realizada. Torna-se importante ressaltar, neste aspecto, que a comunicação ruim é a maior causa de reclamações com relação a equipe de saúde (PEREIRA, 2008). Neste sentido, quando é realizada de maneira inadequada, a experiência de ser comunicada uma má notícia pode vir a afetar psicologicamente o paciente e a sua família por um longo período de tempo. A negação e a raiva são manifestações frequentes por parte dos pacientes aos receberem uma má notícia. Para Pereira, Fortes e Mendes (2013), os principais protagonistas das más notícias são os profissionais que estão para ofertar cuidados, uma vez que, para além de planejarem e gerirem estes momentos, possuem ainda a difícil tarefa de lidar com os seus próprios medos e precisam estar preparados para aceitar as possíveis manifestações hostis do paciente e da família. Deste modo, a comunicação deste tipo de notícia, constitui-se como algo de grande dificuldade para todos os profissionais de saúde, tendo em vista que ninguém gosta de ser o portador das más notícias. Estes momentos causam repercussões, tanto na pessoa que recebe estas notícias, quanto na pessoa que é responsável por comunicar a mesma. Podendo mobilizar nos profissionais e pacientes medos, angústia, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Estes medos correlacionam-se, sobretudo: ao medo de ser culpado ou de lhe imputarem responsabilidades; medo de manifestar uma reação emocional considerada inadequada naquele momento; medo de não conseguir responder a todas as perguntas feitas pelo paciente e familiares e/ou outras pessoas significativas; medos pessoais no que tange a doença e a morte, e medo das reações do paciente e família (PEREIRA, FORTES & MENDES, 2013). Estas características levam, muitas vezes, a fazer com que os profissionais desenvolvam mecanismos de enfrentamento nem sempre tão funcionais e saudáveis, reagindo ao medo de serem de alguma forma pressionados pelos pacientes, estabelecendo uma comunicação menos cuidadosa e menos empática. Para além disso, é salutar que se destaque que os profissionais de saúde encaram, por vezes, estas notícias, como um sinónimo de insucesso. Sobretudo, pelo fato de que atualmente se tem observado uma significativa progressão tecnológica e científica nas ciências da saúde, associada a um aumento da expectativa de vida dos pacientes. Esta mesma evolução faz com que muitos profissionais se apeguem cada dia de maneira mais intensa ao tecnicismo e as intervenções relativas ao tratamento curativo, relegando a segundo plano as características e necessidades psicossociais do paciente. Neste contexto, a comunicação sofre interferências, pois os processos de comunicação esvaziam-se de conteúdo, mobilizando que se adotem mecanismos de defesa ineficazes para o processo e utilização de eufemismos, para não poderem ser acusados de falta de transparência e omissão. Tudo isto pode acarretar efeitos no processo de elaboração do luto por parte do paciente e de sua família, confirmando que uma comunicação de qualidade diminui a possibilidade de incertezas, os medos e se configura como uma possibilidade de ressignificação do processo de

adoecimento e uma participação mais implicada por parte dos envolvidos neste processo. **Conclusão:** É de fundamental importância o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que possibilitem com que este possa estabelecer relações interpessoais com qualidade. Visto que essas relações compõem o dia-a-dia dos profissionais de saúde, uma vez que estes precisam estar em contato diariamente com pessoas em processo de adoecimento de alguma ordem, que demandam que alguém os cuide, isto é, que satisfaçam as suas necessidades naquele momento de fragilidade. No entanto, quando se atende as necessidades dos outros, é necessário que tenhamos como parâmetro que ambos, paciente e profissional de saúde, são pessoas que possuem valores e crenças que podem ser bastante divergentes, e isso precisa ser considerado e respeitado na construção desse vínculo. Assim a comunicação de más notícias é uma das tarefas primordiais que fazem parte da prática clínica dos profissionais de saúde e para qual esses profissionais pouco são instrumentalizados no decorrer de sua formação acadêmica. Neste contexto, muitos autores vêm publicando recomendações sobre as habilidades necessárias para o estabelecimento de uma boa comunicação, tendo como principal intuito minimizar a lacuna presente entre a teoria apreendida durante formação e o que os profissionais encontram no exercício de sua prática clínica. Essas recomendações podem ainda fazer parte dos programas estruturados de treinamento de profissionais de saúde para estimular uma comunicação de melhor qualidade com pacientes e familiares. Além disso, recomenda-se que a psicologia possa se apropriar mais dessa temática e desenvolver pesquisas que enfoquem a mesma, uma vez que a maior parte dos artigos encontrados foram escritos por médicos ou enfermeiros.

Palavras-chaves: Comunicação; Más Notícias; Serviços de Saúde; Equipe Multiprofissional.

Referências

- PEREIRA, M. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau, 2008.
- PEREIRA, A.; FORTES, I; MENDES, J. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem: UFPE online, Recife, v. 7, n.1, jan. 2013.
- VICTORINO, A. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jun. 2007.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO A UM IDOSO HOSPITALIZADO EM SITUAÇÃO DE ABANDONO FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PINTO, Clarissa Santiago.

Universidade Federal do Pará (UFPA/HUJBB), Psicóloga Residente – e-mail: clarissasantiago.p@gmail.com

SOARES, Marcela Neves.

Universidade Federal do Pará (UFPA/HUJBB), Psicóloga Residente.

MOTA, Camile Pantoja.

Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), Psicóloga Preceptora.

Introdução: O envelhecimento vai muito além da mera passagem do tempo, implicando em uma fase da vida que perpassa por mudanças significativas, tais como: limitações físicas, cognitivas, sociais e afetivas, maior propensão a doenças e/ou condições socioeconômicas desfavoráveis e aumento de perdas (SCHARFSTEIN; MONTEIRO; DRUCKER, 2013). Diante dessa realidade, os idosos tendem a utilizar de maneira mais intensa os serviços de saúde em relação aos demais grupos etários, demonstrando taxas de internação e permanência hospitalar maiores e mais prolongadas (AMARAL et al, 2004), assim como, recuperação mais lenta e complicada. Nesse sentido, a família, que é o primeiro grupo social ao qual o ser humano faz parte, deveria estar envolvida na promoção da saúde e no bem-estar do seu membro que se encontra na condição de paciente, oferecendo-lhe o devido suporte em um processo que, muitas vezes, é vivido com dificuldade (SILVA; MARINHO; DELFINO, 2016). Apesar disso, uma das realidades costumeiramente encontradas no ambiente hospitalar, é a baixa presença e até mesmo abandono familiar de pacientes idosos na internação. Conforme Silva et al (2016), é considerado abandono o ato de não prestar assistência à pessoa idosa que se encontra em uma condição de vulnerabilidade e necessitada de proteção, podendo haver responsáveis institucionais, governamentais e familiares. **Objetivo:** O presente estudo pretendeu descrever de que forma é vivida a experiência de abandono familiar ao idoso em situação de hospitalização, fomentando uma discussão atual e necessária acerca do tema. **Metodologia:** Adotou-se uma pesquisa de caráter qualitativo aplicado ao âmbito da saúde, no qual o pesquisador se torna o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus sentidos e percepções para apreender o objeto de estudo. Nesse sentido, trata-se de um relato de experiência de Psicólogas residentes em Atenção à Saúde do Idoso, na clínica médica de um Hospital Geral Universitário de Belém do Pará, no período de novembro de 2018 à janeiro de 2019. **Resultados e discussões:** Compreendeu-se que a experiência do adoecimento e hospitalização são fatores que desencadeiam diversas repercussões psicológicas no paciente idoso, considerando que, para além do padecer do corpo, ocorre o distanciamento da rotina e, frequentemente, sentimentos de medo, ansiedade e despersonalização. Somado a estes aspectos, considerados inerentes à internação, a falta de suporte familiar demonstrou-se um elemento potencializador dos impactos e sequelas prejudiciais ao paciente, tanto a nível emocional, quanto físico. Ao

longo do acompanhamento psicológico, verificou-se que, dentre todas as questões perpassadas pela hospitalização do idoso, a maior fonte de angústia – expressa pela linguagem verbal e não verbal durante os atendimentos – foi a percepção de abandono familiar e frágil apoio social. No exame psíquico, notou-se predominância de um estado emocional fragilizado e humor deprimido, associados justamente ao sentimento de abandono, solidão e desesperança. Ademais, percebeu-se que, com a ausência familiar, o idoso demonstrou frágeis recursos internos de enfrentamento frente à situação de adoecimento, além de dificuldades concretas de cunho prático e resolutivo relacionadas à hospitalização. Contudo, pôde-se comprovar, por meio do feedback do paciente, que o mesmo experienciava alívio após os atendimentos, atribuindo essa sensação à possibilidade de expressar seus sentimentos e refletir sobre eles, bem como refletir sobre seus possíveis recursos adaptativos. Observou-se, ainda, a importância do Psicólogo atentar para as particularidades da relação entre idoso e família, pois é comum haver situações anteriores ao abandono que apontam para os tipos de vínculos familiares construídos. E, por fim, vale ressaltar que além das repercussões negativas do abandono familiar que acometem o idoso, notou-se que a equipe de saúde também é afetada por esse fenômeno, ainda que em diferentes níveis. Em meio ao acompanhamento psicológico, diversas manifestações de angústia, inquietação, tristeza e raiva foram observadas na equipe de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.), o que reflete a dimensão do abandono familiar no contexto em questão.

Conclusão: Pôde-se compreender que, de fato, o abandono familiar representa um fator de grande influência sobre a forma como a pessoa idosa vivenciará o período de adoecimento e hospitalização, podendo impactar negativamente não apenas o paciente, como também a equipe de saúde envolvida em seus cuidados. Ainda assim, percebeu-se que o acompanhamento psicológico teve relevância nesse contexto, visto que favoreceu ao idoso a expressão de seus sentimentos e a reflexão sobre seus possíveis recursos de enfrentamento diante da situação, promovendo a sensação de alívio e maior clareza. No que concerne à esfera acadêmica/científica, a produção e divulgação de material sobre esse assunto pode servir de grande contribuição e mudança social, tendo em vista que o abandono familiar ao idoso deve ser visto como um problema grave de saúde pública, necessitando de um espaço maior de discussão social, promovendo maiores chances de combate a esse quadro.

Palavras-chave: Idoso; Família; Hospitalização; Abandono.

Referências:

AMARAL, Ana Claudia Santos; COELI, Cláudia Medina; DA COSTA, Maria do Carmo Esteves; CARDOSO, Vânia da Silva; TOLEDO, Ana Lúcia Araújo de; FERNANDES, Carla Rodrigues. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cadernos de saúde pública, v. 20, n. 6, 2004. SCHARFSTEIN, Eloísa Adler; MONTEIRO, D.; DRUCKER, Claudia. Psicoterapia com idosos. Em FREITAS, Elizabete Viana de, et al (Orgs.),

Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª ed., p. 1522-1531. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2013.

SERIBELI, Nathália Hernandez; AGUIAR, Tassiany Maressa Santo. O idoso em situação de abandono: demanda para o serviço social no âmbito do Ministério Público do Estado de São Paulo. Seminário integrado – ISSN 1983-0602, v. 4, n. 04, 2010.

SILVA, Andressa Karoline Martins da; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; DELFINO, Maria de Fátima do Nascimento Silva. Abandono familiar de pacientes idosos: uma demanda para o assistente social no hospital de urgências de Goiânia. Rev Cien Escol Estad Saud Publ. Cândido Santiago - RESAP; 2(1): 1-12, 2016.

DEPRESSÃO PÓS PARTO - INCIDÊNCIA E TRATAMENTO

Oliveira Machado, Ana Cláudia
Universidade da Amazônia (Unama), discente
clauolimac@gmail.com
Costa, Brenda Monalissa
Universidade da Amazônia (Unama) , discente
Lauzid Lima, Luiza
Universidade da Amazônia (Unama), discente
Rocha, Mônica Cristina
Universidade da Amazônia (Unama), discente
Luz, Diandra Araújo – Docente

Introdução: É sabido que o período puerperal é permeado por intensas modificações, readaptações biológicas e psicológicas. Mulheres que passaram pela gestação, seja planejada ou não, foram submetidas a um período de grande investimento emocional em torno da expectativa da nova vida que lhes foi prometida? Uma vez que a criança se torna palpável, a mãe depara-se com imensos desafios diários, tornando-se, assim, passível de sofrer depressão pós-parto. Deste modo, apresentar uma visão geral da incidência e o sofrimento psíquico de mulheres com depressão pós-parto, no intuito de entender as diversas faces do transtorno e a melhor maneira de prevenção e tratamento.

Objetivo: Realizar um levantamento bibliográfico acerca da incidência de depressão pós-parto e as abordagens terapêuticas para intervenção.

Metodologia: Foi realizada uma revisão de literatura sobre as características, modelos de tratamento e frequência de mulheres que sofrem de depressão pós-parto no Brasil. Os artigos foram retirados das plataformas digitais Scielo Brasil e Bancos de Teses, publicados entre os anos 2000 a 2018. Foi utilizada para a base de dados nacional os seguintes descritores: Depressão pós-parto, Tratamento para depressão, depressão/psicologia, Relação mãe-bebê.

Resultados e discussões: Dentre os resultados, encontrou-se uma considerável parcela de mulheres que apresentam sintomas depressivos durante a gravidez (25 a 35%) e que destas, 20% se encaixam nos sintomas de depressão pós-parto. É necessário considerar que algumas mulheres podem ter sintomas de ansiedade e depressão apresentados durante o período gestacional, o que pode indicar pré-disposição para que estes sintomas sigam para a fase pós-natal, quando assim, tomará forma de depressão pós-parto. Válido observar que os índices de sintomas de depressão se configuram numa espécie de montanha-russa durante a gestação, visto que há um pico no primeiro semestre, uma melhora no segundo e degradação no terceiro, podendo ser mais altos, nesse caso, do que até seis meses pós-natal. Alguns dos sintomas característicos da depressão pós-parto (DPP) são: Ansiedade, oscilação de humor, diminuição do prazer, distúrbios de sono, descontrole emocional, tristeza, choro repentino, sentimento de incapacidade, pensamento obsessivo, negligência para com o bebê, e em casos graves, pode haver quadro psicótico, risco de suicídio e infanticídio. A fim de evitar que tais sintomas disparem na

gestante, foram observados alguns fatores de risco à depressão pós-parto, no intuito de trata-los preventivamente: baixa autoestima, mulheres isoladas socialmente durante a gravidez (de família, amigos ou parceiro), complicações obstétricas durante o parto (parto traumático, prematuro ou histórico de aborto), pré-disposição familiar para transtornos de ordem psíquica, privação de sono durante ou ao final da gravidez, além dos fatores já inseridos no contexto de cuidado com o bebê, como por exemplo o temperamento do recém-nascido. Dessa maneira, os recursos terapêuticos têm alternado o foco ao tratamento dos sintomas durante a DPP para um tratamento que carrega uma maior credibilidade e esperança: o tratamento da depressão e da ansiedade durante a gravidez, visando evitar complicações futuras e mais densas. Alguns **Metodologia:** terapêuticos de intervenção são: iniciativas educativas que tem como objetivo repassar o conhecimento, seja para a gestante, seja para a família, do que esperar ou não do período pós-parto, assim diminuindo sintomas de ansiedade. Abordagem psicoterapêutica pré e pós-parto, no qual a terapia tem como meta aumentar o senso de auto percepção e assimilação da condição da gestante e diminuir sintomas depressivos, ansiosos e oscilações de humor. Há também as abordagens psicofarmacológicas, com antidepressivos que atualmente já são desenvolvidos de modo a não intervir na gestação e/ou na lactação. Suplementação dietética, regulação do sono e regulação hormonal também são procedimentos metodológicos de intervenção válidos e essenciais para diminuir a incidência da depressão pós-parto. **Conclusão:** A mente humana é complexa em todos os aspectos. Mais complexa ainda é a mente humana sob a forte alteração hormonal, física e social, semelhante ao que ocorre durante a gestação e o nascimento de uma criança. Por ser um momento delicado e peculiar, a atenção dada às mulheres que passam por esse período deve ser igualmente especial, cuja intenção é observar e tratar os aspectos multifacetados da ordem psíquica da maternidade. Estudos epidemiológicos, debates e campanhas informativas, incentivo ao diagnóstico e tratamento são fundamentais para evitar e combater os transtornos causados pela DPP.

Palavras Chaves: Depressão pós-parto, Tratamento para depressão, depressão/psicologia, Relação mãe-bebê

Referências:

- SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, Dec. 2003.
- COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, dez. 2008.
- ZINGA, DWAN; Dae Phillips, Shauna; Born, Leslie. Depressão pós-parto: Sabemos os riscos, mas sabemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pg. 56-64, 2005

GONÇALVES, Ana Paula Alexandre Augusto et al Reconhecendo e Intervindo na Depressão Pós-Parto. Revista Saúde em Foco, Teresina, n. 10, p.264-268, 2018.

DITADURA DA BELEZA: RECONFIGURAÇÃO DO CORPO FEMININO.

ALMEIDA, Maria Eduarda Nunes
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente –
almeidamaria.pa11@gmail.com
SABÁDO, Tayane Leopoldino
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: É visível que o corpo estabelece uma relação carregada de valores com o mundo e a sociedade (CARNIELLO e YOSHIDA, 2006). Sendo assim, o corpo feminino configura-se a partir de padrões de beleza estabelecidos em diferentes contextos históricos da humanidade. Ao falarmos em reconfiguração do corpo, falamos também sobre mudança identitária e consequências psicológicas. Afinal, cultura é o complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e de outros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade (FERREIRA, 2000). **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico sobre a perspectiva histórica da reconfiguração do corpo feminino e como essa reconfiguração afeta a saúde mental das mulheres influenciadas por diferentes e, muitas vezes cruéis, padrões de beleza. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que continham informações sobre a reconfiguração do corpo feminino, padrões de beleza e saúde mental. Tratando das temáticas tanto por um ponto de vista sociológico como por um ponto de vista psicológico, fazendo relação também com os meios de comunicação na sociedade atual e como esses meios são de grande influência na construção da identidade e autoimagem de mulheres ao propagar diferentes padrões de beleza de acordo com variados sentidos culturais e temporais do corpo da mulher, desde o patriarcado até a pós-modernidade e quais são as consequências psicológicas? **Resultados e discussões:** A partir da pesquisa realizada, foi observado o quanto as discriminações e exclusões sociais estão presentes em uma sociedade como esta, que preza pelo padrão estético imposto pela mídia, sendo assim, as mulheres que se encontram completamente a margem deste padrão podem vir a sofrer com baixa autoestima, baixa autoconfiança e mal-estar. O mercado publicitário também procura promover um estilo e modo de vida que aparentemente traz felicidade, modernidade ou sucesso, ludibriando a cabeça das pessoas que consomem e buscam este ideal, perdendo assim a sua subjetividade e essência por procurar se igualar à grande massa que também pleiteia entrar neste padrão difundido pela indústria. Em Sant'Anna (2002), a “salvação do corpo” conta com o crescimento da indústria da estética, que reúne embelezamento, saúde e moda. Dessa forma, nota-se a desconsideração da subjetividade de cada indivíduo, submetendo-o a uma padronização estética, podendo gerar o risco do mesmo não conseguir liberar os próprios desejos (?)

e, em suma, de não valorizar o próprio corpo. **Conclusão:** A representatividade precisa ganhar cada vez mais espaço nessa sociedade atual, para que problemas com a autoimagem e auto aceitação sejam evitados (é possível alcançar isto unicamente com a representatividade?) e comecem a ser cultuados não os padrões de beleza, mas a beleza individual e subjetiva, seja ela qual for. **Palavras-chaves:** padrões; corpo feminino; autoimagem; mídia.

Referências:

CARNIELLO, Monica Franchi; YOSHIDA, Maitê Thiemi Garcia. O corpo feminino na pós-modernidade. 2006.
FERREIRA, Marcus Castro. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. Rev. Soc. Bras. Cir.Plást. São Paulo v.15 n.1. p.55-66 jan/abr. 2000.
SANT`ANNA, Denise Bernuzzi. Corporificando o mundo: enredos e percalços de uma subjetividade à flor da pele. In: CASTILHO, Kathia; GALVÃO, Diana. A moda do corpo, o corpo da moda. São Paulo: Esfera, 2002.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO INSERIDO EM EQUIPE DE CUIDADO A PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

Universidade da Amazônia (UNAMA)/Universidade Federal do Pará (UFPA)/Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA) - (carolinapeck@gmail.com)

RIBEIRO, Gabriela Di Paula Dias

Universidade da Amazônia (UNAMA)/Universidade Federal do Pará (UFPA) - (ribeirogpd@gmail.com)

Introdução: A insuficiência renal crônica é considerada um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de pacientes acometidos por essa patologia no Brasil tem sofrido significativo aumento nas últimas duas décadas. A doença renal crônica compromete, progressivamente, o metabolismo e a vida celular de todos os órgãos do corpo, tendo como característica uma progressiva e irreversível redução da função dos rins, o que causa uma série de sintomas como: irritação gástrica, perda de peso, diarreia, vômitos, apatia, dentre outros (OLIVEIRA, 2016). Os pacientes se deparam nesse processo com várias perdas e essas vão além da função dos rins, inclui também perdas relativas a questões sociais e econômicas, e ainda levam, muitas vezes, à emergência de conflitos emocionais. Segundo Luiz e Veronez (2010), a repercussão do diagnóstico de insuficiência renal crônica sobre o modo de vida dos pacientes é bastante significativa, e a adaptação à doença requer uma série de mudanças nos hábitos de vida e a rotina familiar: restrições alimentares, diminuição da ingestão de líquidos, limitação na realização de atividades cotidianas, uso contínuo de medicações, etc. Ainda para os autores, a adesão ao tratamento é de fundamental importância para evitar a progressão e agravamento da doença. Contudo, muitas vezes, diante de alterações no cotidiano e uma rotina de cuidados e restrições intensas há um desinvestimento psíquico no tratamento que pode levar o paciente ao abandono do mesmo ou ao desinteresse com os cuidados que deveriam constantemente ter. Com a evolução da doença, na grande maioria dos casos, surge a necessidade de fazer hemodiálise, o que condiciona o paciente a precisar fazer filtragem de seu sangue por meio de máquinas, em geral, três vezes por semana. Para tanto, há a implantação de fístulas ou catéteres, que além de serem inseridos por procedimentos cirúrgicos, causam deformações corporais nos pacientes. Assim, as repercussões produzidas pelos cortes, edemas, cansaço são acompanhadas de dores que vão para além do corpo biológico. Há a emergência de sofrimento psíquico, os pacientes sofrem por conta da mudança na sua autoimagem, autoestima e pela diminuição de sua autonomia. Neste sentido, a doença passa a ser marca do real no corpo, o que remete ao sujeito a possibilidade da finitude. Ao longo de sua constituição o sujeito vai se construindo por meio de ideais identificatórios baseados em sua relação com o outro e em padrões sociais instituídos, que passa a introjetar como ideais de eu. O processo de adoecimento pode levar a uma quebra desses ideais, pela perda da saúde, da autonomia, do papel social, ocupacional etc.

Desse modo, para Oliveira (2016), o sujeito precisa de recursos psíquicos para se reposicionar frente a perda parcial da identidade construída, buscando um novo lugar para si. Portanto, questiona-se quais são os espaços de escuta terapêutica que este paciente possui frente as diversas mudanças que o mesmo vivencia à nível corporal e psíquico e os múltiplos impactos psicológicos que o adoecimento renal pode vir a suscitar. **Objetivo:** investigar e analisar de que forma a escuta psicológica pode favorecer a elaboração das perdas reais e simbólicas vivenciadas pelo paciente renal crônico. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de literatura que teve como foco a seleção de artigos científicos de bases de dados reconhecidas no meio acadêmico, como a Scielo e a Pepsic. Foram privilegiados artigos e trabalhos de autores contemporâneos que discutem especificamente sobre a temática proposta pelo trabalho. **Resultados e discussões:** A insuficiência renal crônica traz para a realidade do paciente sentimentos bastante ambivalentes, pois ao mesmo tempo que a máquina que faz a diálise o mantém vivo, ela também o aprisiona. Neste contexto, as perdas decorrentes da doença passam a ser vivenciadas e resignificadas através de um processo de luto. O luto não acontece somente pela perda de pessoas, como também de situações significativas, o que se atribui o nome de mortes simbólicas, como as perdas ocasionadas pelo processo de adoecimento. Desta forma, para Pascoal (2009), o paciente passa a criar mecanismos para lidar com essa nova realidade imposta a ele. No entanto, cada sujeito vai ter seu tempo próprio e seu processo de resignificação. Sendo algo singular e subjetivo, que vai depender da história de vida desse paciente e dos mecanismos de enfrentamento que este dispõe no momento. Neste contexto, as pesquisas evidenciaram que a escuta psicológica pode proporcionar acolhimento e amparo, sobretudo, nesses momentos de urgência psíquica, nos quais o sujeito possui a possibilidade de elaborar parte de sua história, ou mesmo de a resignificá-los a partir da escuta clínica. Visto que, dentro do contexto hospitalar, a partir da doença orgânica vemos emergir uma série de demandas psicológicas que se constituem como um campo propício para o trabalho do psicólogo. Neste sentido, Pascoal (2009), aponta que o psicólogo procurará a subjetividade das manifestações de seu paciente frente à doença, logo, irá buscar acessar o significado que o adoecer acaba tendo para esse paciente, bem como atuará no sentido de apoiá-lo a encontrar mecanismos de enfrentamento para lidar com o processo de adoecimento e as possíveis perdas decorrentes deste. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de legitimar a relevância dos aspectos emocionais não somente frente ao adoecimento do sujeito, mas também com o intuito de propicia-lo qualidade de vida e alguma forma de bem-estar emocional ao deparar-se com um adoecimento crônico e, às vezes, sem perspectivas curativas, considerando que o transplante renal é uma possibilidade de tratamento também a depender do quadro clínico do paciente, da doença de base e do seu prognóstico. Ademais valorizar a subjetividade, a história de vida e convidar esse sujeito a participar de forma ativa do seu processo de adoecimento e tratamento ao ter interesse em escutá-lo e compreender os sentidos e significados que o mesmo atribui para o seu adoecimento faz parte de um cuidado em saúde humanizado e centrado no

sujeito, e não somente na doença ou no tratamento, ao dar ênfase somente a contabilidade da sua frequência na hemodiálise. Considerando que cumprir parte do seu tratamento dialítico que envolve dialisar três vezes por semana, geralmente, quatro horas seguidas não é a totalidade do cuidado em saúde e esse paciente a partir da escuta clínica e atenta do psicólogo encontra suporte emocional para reposicionar-se e elaborar os lutos vivenciados pelo adoecimento renal. Além disso, é extremamente importante uma assistência multidisciplinar e o suporte familiar no cuidado de pacientes renais crônicos.

Palavras-chaves: Atuação do Psicólogo; Equipe de Saúde; Paciente Renal Crônico.

Referências

- LUIZ, A; VERONEZ, F. Acompanhamento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica. *Omnia Saúde*, v.7, supl., p.55-62, 2010.
- OLIVEIRA, A. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *J Bras Nefrol*, v. 38, n. 4, 411-422, 2016.
- PASCOAL, M. et al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 2-11, dez. 2009.

A ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DO PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

FIMA, Larissa Raquel Virgolino
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente – larafima@hotmail.com
LEBREGO, Arina Marques –
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.
CABRAL, Samanha Moraes
Nefrocentro/Pará, psicóloga.

Introdução: A insuficiência renal crônica é o resultado final do comprometimento da função renal por diversas doenças, como Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial, entre outras, que acometem a função renal, de maneira rápida, lenta ou progressiva, tornam o rim incapaz de realizar suas funções. Com esta perda da função em fases mais avançadas, há necessidade de um tratamento renal substitutivo. A Hemodiálise é um tratamento renal substitutivo, sendo um procedimento realizado através de uma máquina, que trabalha na filtragem e eliminação das toxinas do sangue do paciente atuando como um rim artificial, dessa forma, o sangue retorna para o indivíduo com uma qualidade melhor (Lopes e Silva, 2014). De acordo com Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017) a cada ano, aproximadamente 21 mil brasileiros precisam iniciar tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal. A insuficiência renal é uma doença crônica que se caracteriza por estados patológicos que apresentam incapacidade residual, alterações patológicas irreversíveis, com cuidados e limitações no decorrer da vida. O tratamento desta patologia requer mudanças, que afetam diretamente a alimentação e a rotina dos pacientes, com consideráveis restrições líquidas, alimentares e o uso de medicamentos contínuos. Tais mudanças refletem no estado emocional do paciente, apresentando reações como: sofrimento, medo, angústia raiva, pensamentos sobre a morte, etc. (SANTOS E SEBASTIANE, 1996; RODRIGUES, LIMA E AMORIM, 2004). **Objetivo:** Refletir acerca da importância da escuta do sofrimento psíquico de pacientes renais crônicas em tratamento hemodialítico. **Metodologia:** Neste trabalho optamos por uma pesquisa bibliográfica narrativa. Segundo Rother (2007) seria uma forma de pesquisa que dispõe de fontes bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de autores, fundamentando teoricamente um determinado objetivo. **Resultados e Discussão:** Elegemos abordar duas categorias a partir da análise na literatura: 1) Sofrimento Psíquico: O tratamento hemodialítico influencia na mudança do estilo de vida e na adesão ao tratamento. Assim como o doente crônico, a sua família, vivencia mudanças em suas vidas, tais como mudanças de papéis, mudanças na rotina diária, incluindo o manejo e convivência no que tange ao estado emocional do paciente. 2) A escuta Psicológica: Destacamos a escuta com finalidade de oferecer suporte emocional, apoio, orientações, auxiliando na expressão de sentimentos frente à relação saúde-doença e tratamento. Um dado relevante a ser abordado são as diferentes formas de enfrentamento da doença. A fala é extremamente importante, através da palavra o indivíduo é capaz de nomear sua subjetividade, sobretudo, falar

sobre seu adoecimento, e o psicólogo possibilita com que o indivíduo possa dar significado para sua doença. A hemodiálise por si só é um tratamento muito desgastante e exaustivo, fazendo com que os pacientes submetidos ao tratamento tenham diferentes reações emocionais, como, insegurança, medo, angústia, raiva, introversão entre outras. (Diniz, Romano e Canzini, 2006). Nota-se que a hemodiálise provoca desordens emocionais no paciente e cada indivíduo utiliza mecanismos de defesa diferentes desde a inclusão ao tratamento a realização de transplante ou a própria morte. Dentre estas destacamos Conforme Simonetti (2011) as seguintes: A Negação, qual atua como uma defesa psicológica, devendo ser validado pelo psicólogo o ponto de vista do paciente e assim seguir os sinais do mesmo sem o força-lo a algo ou deixando-o frente a angustias e assim se mostrar interessado até na forma em que o paciente recusa o tratamento. A negação contribui para a integridade do ego do indivíduo, dessa forma, permitindo um mínimo de contato com sua nova realidade e ao tratamento. A Revolta também é uma forma de lidar frente a doença, aqui, a expressão de sentimentos diminui a angústia do paciente, pois de alguma forma ele está falando de sua doença, e é muito comum encontrar o paciente nessa posição, causando conflitos até com a equipe multiprofissional do local que esteja inserido ao tratamento, pois há a predominância de agressividade, raiva, sadismo e ressentimentos. O paciente age muitas vezes dessa forma com todos em sua volta, principalmente seus familiares. A Depressão é uma reação esperada e também comum, está ligado a própria elaboração que o paciente tem com a sua doença e vida, caracterizando a perda de saúde e autonomia e a tristeza gerada por esta nova condição, o mesmo se retrai e evita o contato externo, dessa forma o psicólogo deve acolher este paciente, sem gerar críticas por sua condição e estar muito atento caso ocorra a evolução dos sintomas. O Enfrentamento também é uma das formas que o indivíduo encontra após uma longa jornada, ainda sim, necessita de muita ajuda, é uma posição de fluidez emocional, caracteriza uma postura de enfrentamento entre a luta e o luto, aqui o paciente está ciente da importância de seu tratamento e principalmente da sua contribuição para tal, dessa forma, criam-se novas possibilidades, para o percurso da doença. **Conclusão:** A partir da ideia de que o processo saúde-doença se manifesta de diferentes formas para o paciente e familiar, a atuação do psicólogo faz-se necessário para uma reorganização frente aos cuidados e para um resgate de si. Frisa-se a importância do acolhimento como reorganização das práticas cotidianas. Deste modo, a construção de relações e encontros dialógicos. Dessa forma contribuindo para o campo da psicologia, para que possamos pensar em nossas práticas fora dos enquadramentos clínicos.

Palavras-chaves: Hemodiálise; Escuta; sofrimento psíquico; tratamento hemodialítico.

Referências:

DINIZ, D.P. ROMANO, B.W. & CANZIANI, E.F. (2006). Dinâmica de personalidade de Crianças e Adolescentes Portadores de Insuficiência Renal

Crônica Submetido á Hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 18 (1), 31-38.

FLICK, U. Introdução: à Pesquisa Qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408p. (Série Metodologia:s de Pesquisa).

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, vol. 20 núm. 2, abril-junio, 2007, pp. V-VI. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil.

MOONLIGHT: SOB A LUZ DO LUAR: UMA ANÁLISE ACERCA DAS CONSEQUÊNCIAS PSÍQUICAS DA NEGLIGÊNCIA AFETIVA PARENTAL

FONTES, Gabrielle

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente-
gabrielle.fernandesfontes@gmail.com

SOUZA, Luiza

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente\aq
TUMA, Fábio

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
LEBREGO, Arina

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: O filme Moonlight: Sob a Luz do Luar narra a vida de Chiron, em cada fase: infância, adolescência e vida adulta. Na infância e adolescência, a personagem vivia apenas com a sua genitora, mãe emocionalmente abusiva e dependente química, que posteriormente passou a se prostituir. Desse modo podemos analisar as implicações das primeiras fases de sua vida na última, a qual o usuário se encontra vivendo só, ganhando dinheiro como traficante e longe de sua genitora. A família é – ou deveria ser pelo dever – a primeira instância a qual o indivíduo faz parte, sendo essa responsável por suprir as necessidades físicas, psíquicas e sociais a fim de obter o desenvolvimento saudável da criança; sendo uma dessas necessidades, o investimento afetivo. Para Sigmund Freud, a apresentação do mundo deve ser dada pela figura paterna e materna, para que assim sejam sequenciados processos psíquicos à formação da identidade da criança. Segundo Muza (1994), a falta de investimento afetivo parental, logo, a “negligência afetiva parental” se conceitua como falta de responsabilidade, falta de afeto e interesse pelo filho, e esquecimento do mesmo com o não investimento psíquico dos pais para com o filho. Ademais, segundo Alberto (2008), a “negligência afetiva” traduz-se como forma de negligência que se mostra em omissão em dar afeto positivo, atenção e receptividade, ou seja, as necessidades afetivas e sociais são ignoradas. Sendo assim, os vínculos afetivos parentais, são importantes para o desenvolvimento da segurança emocional, construção da ideia de acolhimento, segurança, amparo, autoestima e autoimagem. Além disso, a falta de base familiar, diálogo, cuidado e atenção podem gerar consequências duradouras, tendo em vista que, a partir de uma visão psicanalítica, os acontecimentos ocorridos na fase infantil geram marcas para o resto da vida. Sendo assim, o contexto familiar é um importante fator para determinar o comportamento do indivíduo. Além do exposto, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, o qual o Brasil e os Estados Unidos (país no qual se passa o enredo do filme) são signatários, o princípio 6 (seis) declara: “(...) para o desenvolvimento pleno e harmonioso de sua personalidade, - a criança - deve crescer em um ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão”, realidade a qual Chiron, personagem principal do filme, não vive, mas, sim, o contrário. No filme, é observado a sua busca, ao autoconhecimento e identidade, durante todas as

fases apresentadas pelo personagem; sendo um fator consequente da falta do estabelecimento de vínculo entre mãe-filho e sua devida ação no desenvolvimento psíquico da criança. Sendo assim, o presente trabalho visa fazer uma análise acerca da personagem principal do filme, Chiron, e suas consequências psicossociais a partir deste contexto, personagem a qual sofre negligência afetiva parental, uma vez que o enredo expõe a relação de Chiron com a sua mãe que, além de dependente química que passa a se prostituir, não lhe do suporte emocional, resultando na falta de um investidor afetivamente em Chiron, originando consequências ao decorrer de sua vida. Além do que, Chiron não conta com a presença do pai durante seu desenvolvimento e se recusa a falar sobre o mesmo quando questionado. Ressalta-se que, em uma visão psicanalítica, para o ser humano nada é instintivo, ou seja, nada é pré-determinado por natureza sendo fixo e imutável, mas sim aprendido, aprendizagem a qual depende da qualidade do investimento fornecido, pelo outro, para sua formação. Visto isso, a personagem não se vê recebendo investimento afetivo positivo dos pais. Diante disso, o filme expõe as consequências psíquicas, sociais e sexuais da negligência afetiva parental que Chiron sofreu ao longo de sua vida. **Objetivo:** Analisar os impactos psicossociais da negligência afetiva parental vivida por Chiron, personagem principal do filme *Moonlight: Sob a Luz do Luar*. **Metodologia:** O presente estudo tem metodologia qualitativa, sendo uma revisão bibliográfica para análise de produção cinematográfica. **Resultados e Discussão:** A princípio, o filme mostra Chiron como uma criança retraída, a qual vive com sua genitora, usuária de drogas e mãe emocionalmente abusiva; contexto concretizado a partir da relação mãe-filho criado por esta, sendo exemplificada a partir do seu tratamento voltado a Chiron, principalmente, nas fases de infância e adolescência. Logo, pode-se notar que desde a sua infância problemas relacionais já apareciam em sua vida, como o retraimento e comportamento antissocial, tendo em vista, partindo do princípio de desenvolvimento infantil na visão da psicanálise, a não apresentação efetiva à sociedade (seu marco e sua indução ao indivíduo) por uma figura materna ou paterna, as quais deveriam repassar comportamentos adaptativos para inserção do sujeito, assim como assinala Papalia e Feldman (2013), em que em sua obra relata tal comportamento como uma das possíveis consequências de negligência afetiva parental, visto que tal forma de negligência é danosa para o desenvolvimento da construção da autoimagem e autoestima, bem como para o sentimento de segurança; necessário para o indivíduo desenvolver a capacidade da organização das emoções ao ambiente, reagindo a processos fundamentais psíquicos da vivência cotidiana. É importante ressaltar a contribuição de Sigmund Freud, em uma visão psicanalítica, no contexto da personalidade, esta denominada, por Freud, como Aparelho Psíquico; o qual é construído dos 0 aos 5 anos de idade do indivíduo, onde o infantil ocupa o lugar do qual não possui capacidade de articulação própria, ou seja, todo acontecimento durante esta etapa é marcado no funcionamento psíquico para o resto da vida do indivíduo, sendo apresentados sentidos por este sujeito ao longo de sua vida. Vale ressaltar que, como estudado por Freud, a partir do momento da conclusão da formação do aparelho psíquico não pode ser

alterada, somente podem ser atribuídos outros sentidos, ao serem trabalhados (como em terapia) diferentes, justificando a importância dos fatos ocorridos na infância. Ademais, outra situação que ocorre no filme é que após a genitora o chamar de “bicha”, o mesmo, sem saber o que significa o termo pejorativo, diz a Juan e Tereza que odeia a sua mãe; cena que exemplifica o que foi dito por Sales (2016) que, entre as consequências da negligência afetiva parental, há o sentimento de insatisfação, além da crença de que não é amado ou querido; sendo assim, o indivíduo passa a buscar constantemente o afeto parental, sendo esse um controlador de sua conduta, movimento assim denominado por Freud como desamparo fundamental, ou seja, toda ação da criança é objetivando não ser abandonada. A busca no afeto resulta na identidade do sujeito para si. Desse modo, nesse trecho, é notória a falta de investimento positivo da mãe em relação ao filho, uma vez que a mesma disse tal palavra a fim de ofendê-lo, podendo prejudicar a sua autoestima e prática da sua orientação sexual; além disso, no mesmo trecho pode-se notar o ressentimento em relação a genitora e a diminuição da capacidade de regulamentar emoções negativas, sendo observadas em seu comportamento na sua relação com Paula e socialmente. Desse modo, Chiron se apega a Juan, narcotraficante, e Tereza, namorada de Juan, personagens que passaram a dar suporte emocional e, posteriormente, financeiro ao garoto. Na adolescência de Chiron, a situação de dependência química de sua mãe agrava e a mesma passa a se prostituir e pedir constantemente dinheiro ao filho para custear o vício; situação a qual exemplifica claramente, assim como as anteriores, os desequilíbrios afetivos e familiares na vida de Chiron e sua mãe; contexto comum para a ocorrência de negligência afetiva, segundo Papalia e Feldman (2013). Considerando a situação da mãe do rapaz, Chiron recebe ajuda financeira de Tereza, a qual mesmo após a morte de Juan continua dando suporte ao rapaz. Ademais, segundo os mesmos autores, a segurança do apego com a figura parental impacta na competência emocional e social do indivíduo, ou seja, quanto mais seguro for o apego, maior a probabilidade de um bom relacionamento com outras pessoas. Além disso, de acordo com Weber et al. (2003), problemas emocionais, sociais, agressividade e passividade são possíveis consequências da negligência afetiva parental. Visto isso, a cena no filme em que Chiron quebra uma cadeira em Terrel após a situação de bullying e violência física que a personagem sofreu dos colegas, mostra claramente as consequências da falta do apego seguro com os pais ao se negar denunciar seus agressores por acreditar que tal atitude não ocasionará as punições devidas aos agressores, não acreditando no trabalho das entidades competentes, que posteriormente o prendem por agressão a Terrel, rapaz que constantemente intimidava Chiron. Tal cena mostra mais uma vez as consequências em relação ao sentimento de segurança e cuidado, tendo em vista que a dor da quebra de expectativa do amor e atenção parental têm influência direta sobre traumas, posteriormente revelados em falta de confiança própria e em relações sociais. Já na fase adulta, Chiron sai de Miami e passa a traficar em Atlanta. O envolvimento com drogas – o qual Chiron já tinha na adolescência, porém como usuário - é uma das consequências citadas por Papalia e Feldman (2013) como consequência da negligência afetiva parental.

Além disso, Weber et al. (2003), cita problemas envolvendo a sexualidade, a qual é explicitada no fim do filme quando Chiron confessa a Kevin que após a sua primeira experiência sexual com o mesmo, o qual manipulou sua genital na praia após fumar maconha na adolescência, nunca mais Chiron teve outra experiência sexual; tendo, portanto, sua vivência sexual afetada também, pois, a negligência afetiva implica na forma como o sujeito se vê e se reconhece como sujeito, além de como vivência sua sexualidade. A partir deste contexto, vale ressaltar que as fases da sexualidade são iniciadas na infância (a partir dos seis primeiros meses de vida), sendo repassadas pela mãe, a partir da fase oral (o alimentar, o primeiro mamar), tendo relações importantes na influência as fases consecutivas, de forma eficaz a criança então, é direcionada, também compreendida, à identidade sexual. Portanto, Chiron teve sua vida toda impactada pela falta do investimento afetivo pelos pais (tanto pela negligência da mãe quanto ausência do pai), tendo em vista os fatores integradores de uma relação familiar contribuem para relacionamentos saudáveis do indivíduo para com o mundo, fatores os quais objetivam uma integração psíquica. **Conclusão:** Em Moonlight: Sob a Luz do Luar, Chiron é uma personagem que exemplifica claramente as possíveis implicações da negligência afetiva parental, uma vez que teve suas habilidades sociais na infância comprometidas implicando psicologicamente ao decorrer de sua vida, bem como o controle do comportamento agressivo prejudicado, assim como suas vivências sexuais prejudicadas como implicações psicossociais da negligência afetiva que, quando vivida, prejudica o desenvolvimento do apego, o qual é mister para o desenvolvimento saudável do indivíduo, pois, entre tantos benefícios, é crucial para a construção dos sentimentos de segurança, amparo, acolhimento, pertencimento e cuidado, onde há o sustentamento psíquico. Em suma, para que o indivíduo possa olhar criativamente o mundo e desenvolver seu processo psíquico na infância, como já justificado ao longo do trabalho, de maneira saudável, é preciso a internalização da experiência de ter sido eficientemente olhado, de modo especular viva, através de uma figura materna e paterna, cada símbolo com suas devidas ações a um crescimento psicológico e orgânico saudáveis ao indivíduo.

Palavras-chaves: Negligência Afetiva Parental; Impactos Psicossociais; Aparelho Psíquico; Cinema.

Referências:

- MUZA, G. M. A Criança Abusada e Negligenciada. Jornal de Pediatria. Vol. 70, N1, 1994.
- PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. 12. Ed. Porto Alegre. AMGH, 2013.
- WEBER, L. N. D., STASIACK, G. R., BRANDENBURG, O. J. (2003). Percepção da Interação Familiar e Autoestima de Adolescentes. Aletheia, 17/18,95-105.

O SUÍCIDIO NA ADOLESCÊNCIA E O LUGAR DO PSICÓLOGO ESCOLAR.

FERREIRA, Lucas de Almeida.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente – lucasalmeidaf43@gmail.com

LIMA, Fátima Beatriz.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O tema suicídio na adolescência torna-se importante devido ao crescente aumento do número de ocorrências deste fenômeno nas últimas quatro décadas. Sendo a terceira principal causa de morte no mundo (BOTEGA, 2007 *apud* ARAÚJO et al, 2010). O primeiro aspecto envolvido no fenômeno do suicídio diz respeito ao comportamento de ideação suicida, que são pensamentos disfuncionais que podem levar as pessoas a concretizarem o ato. Neste contexto, destacou-se que a adolescência é caracterizada por mudanças psíquicas e sociais que recebem significados diferentes dependendo da época em que estão inseridas. Atualmente, pesquisas quantitativas e qualitativas realizadas em períodos escolares trouxeram dados relevantes sobre o tema, como por exemplo, pesquisadores observaram fatores de risco para o comportamento suicida no ambiente escolar. Neste cenário, a escola tem um papel fundamental no combate e prevenção ao suicídio, executando medidas efetivas por intermédio da psicologia escolar, sendo o psicólogo um agente de reflexão na instituição dentro do contexto de saúde pública e a escola um espaço de proteção do indivíduo em desenvolvimento (SOUZA, 2009; ANDRADA, 2005). Na literatura, observou-se a importância do meio sociocultural no que tange ao desenvolvimento físico e emocional durante a adolescência, por essa razão deveria a escola ser um espaço dialógico trazendo para o debate os fenômenos sociais. **Objetivo:** Identificar o papel da escola e da psicologia escolar na prevenção e combate ao suicídio na adolescência. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema ideação suicida, comportamento suicida, adolescência e psicologia escolar. As referências foram coletadas a partir de pesquisas nas bases de dados SciELO, Redalyc, Pepsic, Unisinos e Observatório do Cuidado. Os critérios estabelecidos para selecionar os artigos foram: 1) estudos compreendidos no período de 2005 a 2010, 2) pesquisas sobre o papel do psicólogo escolar e da escola enquanto espaço de proteção. **Resultados e discussões:** O período da adolescência gera uma enorme preocupação social, sabe-se que as taxas de suicídios tiveram um índice de crescimento de 60% nos últimos 45 anos (BOTEGA, 2007 *apud* ARAÚJO et al, 2010). No entanto, na maioria dos casos não é percebido e nem encaminhado para tratamento de forma preventiva. Pesquisas realizadas por Araújo, Vieira e Coutinho (2010), utilizando a escala BECK/BSI, para identificação da ideação suicida, em uma escola na Paraíba, constatou que 22,2%, de uma amostra de 90 alunos apresentava sinais para o suicídio. Na literatura especializada sobre o tema, há altos índices envolvendo jovens adolescentes, e tornou-se um caso de saúde pública. Além disso, Borges e Werlang (2006), em pesquisa realizada

também com alunos de escolas públicas com idades entre 15 e 19 anos, observaram que de 526 alunos, o equivalente a 36%, apresentavam ideação suicida. Destes 526 estudantes, 36% demonstraram sintomas depressivos e 28% estavam sem esperança. Entre os artigos pesquisados, a ideação suicida é o primeiro alerta para ocorrer um possível ato consumado, por isso é bastante importante a intervenção precoce junto a esses estudantes. **Conclusão:** É necessária à investigação minuciosa dos principais fatores envolvidos na multideterminação do suicídio. É notório que este é um fenômeno que acontece devido a uma série de elementos interligados. Entre as variáveis que podem estar presentes, a escola e a relação com os colegas exercem grande influência. Foram encontrados fatores de risco como discriminação e o contato com colegas que tentaram tirar suas próprias vidas. Os adolescentes estão em uma fase do desenvolvimento em que precisam de liberdade, entretanto, essa liberdade não exclui a necessidade de apoio e proteção. Neste sentido, a escola tem um papel de extrema relevância no combate ao suicídio, sendo ela promotora da segurança e proteção. O psicólogo escolar tem uma função nesse contexto, não mais visto como um agente portador de formas mágicas, mas como um agente de reflexão, exercendo um papel democrático na instituição (SOUZA, 2009). Desta forma, o profissional está habilitado para realizar intervenções preventivas em grupos ou individualmente. Para que as intervenções sejam bem-sucedidas, é importante a participação dos professores, equipe pedagógica e a família para discussão do tema. A realização de seminários ou rodas de conversa são algumas das alternativas para prevenir casos de suicídio (ANDRADA, 2005).

Palavras-Chaves: Ideação suicida e suicídio, adolescência, psicologia escolar.

Referências:

ANDRADA, E. G. C. Novos Paradigmas na Prática do Psicólogo Escolar. Psicologia: Reflexão e Crítica, p.196-199, 2005. ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no ensino médio. Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal., p. 47-57, 2010. BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estudos de Psicologia, p. 345-351, 2006. SOUZA, M. P. R. Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional ABRAPEE, p. 179-182, 2009.

O PAPEL DO PSICÓLOGO EM INTERVENÇÕES/ESTIMULAÇÃO PRECOCE JUNTO À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA: AVANÇOS E DESAFIOS

Queiroz, Ana
Universidade da Amazônia (UNAMA), psicóloga -
anabeatrizlqueiroz@gmail.com

LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.
SANTOS, Tatiane
Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), psicóloga.

Introdução: O presente trabalho trata-se de uma Conclusão de Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde em um Programa de Estimulação Precoce do SUS, no qual a proponente do estudo desenvolveu seu estágio. Dentre os objetivos do referido programa podemos destacar: a identificação precoce de déficits no desenvolvimento da criança e, mediante a isto, fazer possíveis encaminhamentos, esclarecimentos, diagnósticos e tratamentos; realizar avaliações periódicas do desenvolvimento e facilitar o vínculo familiar. O conceito de Estimulação Precoce foi substituído por Intervenção Precoce, pois a estimulação centrava-se apenas na necessidade de estimular a criança visando maior qualidade em suas funções motoras e sensoriais, enquanto o conceito de Intervenção Precoce mostra-se mais amplo, sendo definido como: “o conjunto de intervenções dirigidas às crianças, até os seis (6) anos, com problemas de desenvolvimento ou em risco de os virem a apresentar, às suas famílias e contextos” (FRANCO, 2007 apud SOARES *et al*, 2012, p. 2). A intervenção precoce pode ser entendida como uma medida de apoio integrado centrada na criança e na família, a partir de ações de natureza preventiva, facilitando o desenvolvimento da criança com deficiência ou com risco de atraso no desenvolvimento. Visa potencializar as relações familiares como um suporte para sua capacitação e autonomia frente à problemática da deficiência e/ou atraso (SOARES *et al*, 2012). “O campo de trabalho da estimulação precoce evoluiu consideravelmente nas últimas décadas, passando de uma visão centrada exclusivamente na criança para uma visão que considera a família e os diferentes contextos de desenvolvimento como forma de atuação” (HANSEL E BOLSANELLO, 2012). Ou seja, é necessário que a família da criança tenha recursos para dar continuidade à estimulação em casa, dispondo de tempo, energia e conhecimento a fim de viabilizar um maior potencial na estimulação, visto que a família passa mais tempo junto à criança do que o profissional, que só a verá novamente em um, dois ou três meses. Cabe ao psicólogo empoderar esses cuidadores, tornando a família mais autônoma, capaz de gerir os próprios recursos de que precisa, enquanto agente receptor e ativo do programa de IPI (Intervenção Precoce na Infância) (ALMEIDA, 2004). **Objetivos:** Refletir acerca da importância da família em um programa de estimulação precoce, a partir da experiência em campo de estágio. Apresentando as possibilidades interventivas do psicólogo na estimulação precoce junto à criança e sua família, bem como descrever os possíveis benefícios e avanços com a inclusão ativa da família no

processo de estimulação precoce. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, bibliográfica narrativa, na qual as pesquisadoras buscaram, a partir das publicações em língua portuguesa da área, balizas para refletir acerca da construção e elaboração da prática em programas do SUS de intervenção precoce. **Resultados e Discussões:** Dentre as intervenções possíveis podemos destacar: 1) a escuta dos pais e/ou acompanhantes sobre o dia a dia da criança, levando em conta a fase do desenvolvimento em que se encontram. Ao se tratar de um bebê, investigar aspectos como: qualidade do sono da criança (se troca o dia pela noite), se ao se alimentar (mamar) olha para a mãe, se a criança conversa na linguagem de bebê. Avaliar, então, se a criança acompanha objetos com o olhar, se reage quando brincam com ela, se mantém contato visual. É possível, ainda, a aplicação do Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) que é um protocolo composto por 31 indicadores que avaliam a criança durante os primeiros 18 meses de vida, são divididos em quatro fases: 0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses e 12-18 meses e abordam aspectos da relação cuidador-bebê, que é importante para a construção da subjetividade da criança. A partir disto, é analisado indicadores que sinalizem possíveis riscos para o desenvolvimento, sendo possível intervir a tempo. Ao atender crianças maiores, é necessário investigar a adaptação escolar, a interação com outras crianças, o desenvolvimento da fala, como a criança comunica seus desejos ao cuidador. 2) Psicorientação com a família para que a mesma continue com a estimulação em casa é outra estratégia interventiva a ser destacada, visto que é com quem a criança convive diariamente. Segundo Soares (2012), para sinalizar de forma correta possíveis indicadores de atrasos é necessário ter conhecimento do desenvolvimento básico e normal de uma criança em seus primeiros meses/anos de vida. Porém, muitas vezes os pais não têm esse conhecimento, então não percebem a necessidade de buscar ajuda, de forma que as crianças acabam sendo encaminhadas por professores ou outros educadores que trabalhem com ela. A eficácia da intervenção precoce se dá devido a ideia de que a neuroplasticidade cerebral no período mais precoce do desenvolvimento infantil é maior, possibilitando à criança ganhos mais significativos, consistentes e duradouros no que se refere a aquisição de habilidades e competências futuras (CUNHA E BENEVIDES, 2012). Quando a família está comprometida com o tratamento, a intervenção avança de forma eficaz. Na prática das proponentes do estudo percebemos que a família tem sua dinâmica própria de funcionamento, as suas singulares dificuldades, pois além da preocupação com o desenvolvimento da criança; há, ainda, questões pessoais a serem enfrentadas, como por exemplo as mães portadoras de HIV que, muitas vezes, relatam angústia com seus próprios diagnósticos ao mesmo tempo que se preocupam com seus bebês. Para Soares (2012), grande parte do programa de intervenção precoce é levada à sério em casa pelos pais e precisa ocorrer diariamente. No entanto, da mesma forma que os pais têm grande influência no programa de intervenção precoce, o próprio programa pode acabar afetando a família, causando estresse. É preciso levar em conta, ainda, que os usuários do programa podem residir em localidades distantes de onde o serviço é ofertado, como na experiência das pesquisadoras, em que a maioria das crianças e

famílias acompanhadas no serviço de saúde em questão provinham de cidades distantes da capital e precisavam enfrentar horas de viagem de barco e/ou ônibus para serem atendidos por diferentes profissionais, com várias consultas em uma mesma manhã. Por conta disso, muitas vezes, as crianças (e seus pais) ao final do dia estavam exaustos, apresentando-se chorosas ou dormindo durante o atendimento, o que se torna um desafio para as profissionais que realizam as intervenções. 3) Escutar e acompanhar a criança e a família: o nascimento de um bebê com necessidades especiais, pode fazer emergir as fantasias dos pais de serem incapazes de gerar uma criança perfeita. Nesses casos, onde a família não está preparada para receber uma criança que exigirá grande disponibilidade psicológica, apresenta-se a demanda de um apoio externo à família de profissionais que possam ajudá-la a ultrapassar esta nova fase (SOARES, 2012). Dessa forma a intervenção começa com a família, não apenas ensinando a lidar com a criança, mas fazendo um trabalho de escuta deste sofrimento, afim de prepara-los para enfrentar os desgastes emocionais que podem vir acompanhados do tratamento da criança com alguma deficiência e os aspectos psicológicos que estão envolvidos. **Conclusão:** A partir das reflexões suscitadas durante a construção deste trabalho de conclusão de estágio podemos notar a escassez de publicações sobre a atuação do psicólogo na estimulação precoce, considerando que os artigos encontrados abordam a intervenção precoce nas maternidades de hospitais gerais, não em Unidades de Referências do SUS que atenda a crianças durante a 1ª e 2ª infância com algum atraso no desenvolvimento. O manejo com a família, ponto crucial para a produção deste trabalho, é extremamente importante para a evolução da criança e necessita de igual cuidado e delicadeza, visto que são os pais e/ou cuidadores, que passam a maior parte do tempo em contato com a criança e são peças fundamentais para a eficácia da intervenção precoce.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Família, Escuta e Psicorientação.

Referências:

- CUNHA, A. C. B.; BENEVIDES, J. Prática do Psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. In: Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2012.
- HANSEL, A. F.; BOLSANELLO, M. A. As abordagens explicativas do desenvolvimento aplicadas à estimulação precoce. 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/2632/675>> Acessado em: 09 de novembro de 2018.
- SOARES, D. M. C.; et al. Intervenção Precoce: intervenção junto da criança e da família. 2012. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0290.pdf>> acessado em: 10 de novembro de 2018.

SINTOMAS DE COMPORTAMENTOS INTERNALIZANTES EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TEA

PRÊMIO DE MELHOR APRESENTAÇÃO CIENTÍFICA (5º LUGAR)



LOBATO, Alexia Lima.
Universidade CEUMA, discente - alexialobato@outlook.com.br

BRITO, Salomão
Universidade CEUMA, discente.
DA HORA, Ana Flávia
Universidade CEUMA, docente.

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio neurológico crônico com etiologia multifatorial que se manifesta cedo no período do desenvolvimento infantil, caracterizando-se por déficits persistentes no comportamento social, linguagem e comunicação (APA, 2013). Por se tratar de um espectro, as manifestações do transtorno variam em níveis de gravidade, de acordo com o apoio demandado pelo indivíduo, no que tange a comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos (MIOTTO; DE LUCIA; SCAFF, 2017). Em relação aos problemas de comportamento, existem duas classificações no contexto da psicopatologia infantil que são denominadas: comportamentos externalizantes e internalizantes. No primeiro, os comportamentos são manifestados no meio externo, em pessoas ou coisas, por exemplo, através de agressões, estereotípias, autolesões e violação de regras (APA, 2014). Contudo, ressalta-se que tais comportamentos são comuns em indivíduos com TEA, o que podem ser explicados devido às dificuldades que essas pessoas apresentam na comunicação e interação social (VOLKMAR; WIESNER, 2019). No segundo, os comportamentos são manifestados no próprio indivíduo, eles são perceptíveis através do isolamento social, frequente em indivíduos com TEA. Eles podem apresentar foco restrito a algum objeto ou assunto específico e desinteresse em atividades compartilhadas. Também podem não responder a tentativas sociais de alcançar sua atenção, como por exemplo, não responder chamadas pelo nome. A iniciativa de estabelecer contato com o outro se dá principalmente na tentativa de satisfazer alguma demanda pessoal, como por exemplo, apontar para o objeto de interesse e não para iniciar um processo de interação (MIOTTO; DE LUCIA; SCAFF, 2017). Os problemas de comportamentos internalizantes manifestam-se também por meio de sintomas somáticos. A pessoa com TEA pode sentir-se ansioso a mudanças na rotina, ter medo de animais, apresentar retraimento e timidez similares a depressão, problemas intestinais e pesadelos. As dificuldades que esses indivíduos apresentam para entender e responder aos estímulos de interesses, emoções e sentimentos dos outros dificultam na criação e manutenção de vínculos sociais e, conseqüentemente, as habilidades sociais desse sujeito ficam comprometidas, ocasionando um agravamento ou surgimento desses sintomas (MIOTTO; DE LUCIA; SCAFF, 2017). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo

identificar os padrões de comportamentos internalizantes presentes em crianças com TEA, analisando os principais sintomas apresentados por elas por meio da escala CBCL (Child Behavior Checklist 6/18). Trata-se de um questionário que avalia os problemas de Comportamento, aplicado aos pais/responsáveis de crianças/adolescentes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório, na qual foram entrevistados 10 pais/responsáveis de crianças diagnosticadas com TEA na faixa etária de 6 a 12 anos de ambos os sexos. As mesmas foram assistidas no Laboratório de Avaliação, Pesquisa e Intervenção em Transtorno do Espectro Autista (LAPITEA) localizado Universidade Ceuma, São Luís - MA. Os dados foram coletados por meio da escala CBCL, utilizada para rastrear problemas de comportamento do tipo internalizante e externalizantes, contendo 113 itens referentes aos problemas de comportamento em que os pais/ responsáveis atribuem um valor numérico de 0, se o comportamento não é manifestado; 1, se o comportamento ocorre às vezes; ou 2, se o comportamento é frequentemente. **Resultados e discussões:** Com base nas diretrizes do manual da escala CBCL6/18 (ACHENBACH, 2001), aderiu-se o ponto de corte para o grupo não clínico foi no máximo 59 pontos e a partir de 60 pontos para o grupo clínico. Na pesquisa obtiveram-se os seguintes **Resultados e discussões:** 20% da amostra apresentaram sintomas de ansiedade e depressão; 50% demonstraram sintomas de retraimento/depressão e 30% manifestaram sintomas de queixas somáticas. O alto escore no comportamento de retraimento/depressão pode ser justificado pela dificuldade de compreensão por parte dos genitores a respeito dos comportamentos específicos do espectro. Os resultados se assemelham ao estudo de comportamentos internalizantes realizado por Loureiro e Marturano (2016) na qual, foram entrevistadas 64 mães usando como um dos instrumentos o CBCL, obtendo como resultado, através do CBCL, altos escores em problemas relacionados a ansiedade/depressão e sintomas somáticos. **Conclusão:** A pesquisa identificou problemas internalizantes, especialmente sintomas de depressão associados a problemas de ansiedade e retraimento. As dificuldades de interação social que indivíduos com TEA possuem podem contribuir para a manifestação desses sintomas, porém deve-se levar em consideração a subjetividade dos pais e o seu nível de conhecimento sobre os sintomas característicos do TEA para que esses não sejam confundidos com comportamentos específicos do transtorno. Percebeu-se a necessidade de maiores investimentos em pesquisas nessa área, dado que foram encontrados poucos estudos relacionados a comportamentos internalizantes aplicado ao autismo. Considera-se como limitações o número reduzido da amostra, e, consequentemente, a interpretação dos dados torna-se limitada em relação a dimensão do transtorno. Tais aspectos podem ser trabalhados em pesquisas futuras.

Palavras Chaves: Autismo; Problemas de Comportamento, Comportamentos Internalizantes.

Referências

ACHENBACH, THOMAS. Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina; MARTURANO, Edna Maria. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. Psico (Porto Alegre) vol.47 no.2. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000200003>. Acesso em: 15 mar 2019.

LUCIA, Mara Cristina Souza de; MIOTTO, Eliane Correa; SCAFF, Milbert. Neuropsicologia Clínica. São Paulo: Roca, 2017.

MARTELETO, Márcia Regina Fumagalli; SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; CHIARI, Brasília Maria; PERISSINOTO, Jacy. Problemas de Comportamento em Crianças com Transtorno Autista. Psicologia: Teoria e Pesquisa, São Paulo, Jan-Mar 2011, Vol. 27 n. 1, p. 5-12. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a02v27n1>>. Acesso em: 15 mar 2019.

VOLKMAR, Fred; WIESNER, Lisa. Autismo: Guia essencial para a compreensão e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2019.

A ESCUTA DE NARRATIVAS CINEMATOGRAFICAS: REFLEXÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL NAS TELAS

SANTOS, Tânia de Miranda
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente - tani.mirands@gmail.com
BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LEBREGO, Arina Marques
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Este trabalho constituiu-se a partir de percepções das apresentações feitas no Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Cinema (GEPPCINE), do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), composto de acadêmicos e profissionais na área de Psicologia, interessados em compreender a dinâmica da saúde mental utilizando o cinema por meio de um viés psicanalítico. A arte, no geral, como diz Rivera (2008), desperta no homem o que faz dele um sujeito, e dispõe muito saber inconsciente, em que, nas obras, a psicanálise busca conhecimento sobre o homem. Destarte, como possibilidade de via de acesso ao aprimoramento da escuta singular do sujeito, abordou-se, nesse estudo, uma visão geral de filmes e séries com narrador-personagem como um caso a ser escutado. Segundo Lemos (2014), a psicanálise e o cinema, sendo áreas do saber e fatos culturais, relacionados com o desejo, imaginário e simbólico, compõem-se como processos de subjetivação, expandido a compreensão dos mesmos, e que influencia valores e costumes da sociedade, como os laços sociais, bem como também pode-se pensar no funcionamento do inconsciente. Historicamente, menciona Lemos (2014), dois momentos de experiências são interligados, contemporaneamente, à invenção do cinema: as projeções fotográficas dos irmãos Lumière (1898) e a publicação de “A interpretação dos sonhos” (1900), de Sigmund Freud. Com isso, utilizando o cinema, o GEPPCINE busca expandir o escopo teórico psicanalítico através de nossas pesquisas. **Objetivo:** Relatar sobre articulações feitas entre psicanálise, cinema, escuta e saúde mental nos estudos do grupo e seus contextos. **Metodologia:** Em forma de relato de experiência, utilizando-se revisão bibliográfica de obras em que se norteiam as temáticas sobre psicanálise, cinema e a escuta psicanalítica. **Resultados e discussões:** Segundo Telles (2010, p. 92, apud LEMOS, 2014), Freud constatou que “o inconsciente pode ser detectado em toda e qualquer manifestação do psiquismo humano”, incluindo a produção cultural artística que, para Bonança (2009, p. 101, apud LEMOS, 2014), “um drama apresentado na obra de ficção, a partir da teoria psicanalítica, possibilita uma reflexão sobre a desordem contemporânea”, refletindo o bem-estar e mal-estar da cultura e sociedade, haja vista que percebemos o cinema como um meio de expressão desta, sendo inclusive abordadas no Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Cinema (GEPPCINE) reflexões bem atuais e por meio da teoria psicanalítica, como por exemplo, a partir dos documentários “Positivas”, na luta de mulheres com vírus HIV, e o recentemente apresentado: “Eu + 1: Uma jornada de saúde mental na Amazônia”, que abordou a temática

do desamparo na população ribeirinha, fazendo refletir também o social e onde estamos nos inserindo. Conforme Droguett (2004, p. 78), defrontar-se com a obra cinematográfica é produzir sentido; ser reenviado a outros significantes e sujeito de um discurso, e a possibilidade de também significar-se (apud WEINMANN, 2017) em que, ao assistirmos um filme, série, dentre outros, quase que instantaneamente nos relacionamos de alguma forma com isso sem perceber e algo nos toca e, ao analisá-lo aprofunda-se olhares, como nas atividades de estudos e reuniões do GEPPCINE, as semelhanças e diferenças entre as perspectivas dos membros nos atentam à singularidade de cada um, à transferência com o tema, e também ao quanto se pode escutar se considerar a narrativa e pensamentos do personagem a partir da construção e constituição deste e suas relações, em que, através das discussões e construção de hipóteses, podemos perceber como possivelmente aquele personagem se estruturaria, ou sua posição subjetiva e as suas possibilidades de movimentação. Um exemplo disso teve-se nos momentos iniciais de produção do grupo, em que foi abordada a psicose nos filmes “Clube da Luta” (1999) e “Cisne Negro” (2010), entretanto, de forma a dar mais espaço ao discurso dos sujeitos do que ao diagnóstico, e que os filmes também nos levam a vivenciar os sintomas e possibilidades. Citada por Rivera (2008), Lou Andreas-Salomé sucede a ideia de que o ritmo da sucessão de imagens pela técnica cinematográfica poderia ser, de certa forma, análogo ao funcionamento psíquico, e questionava sobre o que o cinema poderia vir a significar para a constituição psíquica, em que este começou a tornar-se um meio cultural para refletir sobre o sujeito e sua constituição, tendo-se a visão de que “somos sujeitos cinematográficos” (RIVERA, 2008, p.10). Segundo Weinmann (2017), a pesquisa em psicanálise também parte das questões em clínica psicanalítica e convoca-se a relançar sua teoria. A partir dessa visão, o GEPPCINE objetivou refletir a escuta das narrativas cinematográficas e em como pode ser possível utilizar-se da teoria psicanalítica para isso, a partir de reflexões em pesquisas, e não necessariamente um procedimento metodológico, e, como comenta Weinmann, decorre do anseio do autor e seu interesse na tradição psicanalítica e sobre a cultura e seus efeitos na subjetividade, permitindo-se pensar, por um outro olhar, na saúde mental e a escuta do sujeito, por meio também dos estudos fílmicos, como exposto na semiótica do cinema e a análise fílmica (WEINMANN, 2017). Rivera (2008, p.17) discorre que se permite os casos clínicos psicanalíticos serem lidos como romance, então se pode pensá-los como roteiros de cinema, também por via da fantasia, que é um enredo, um “romance familiar”. Para Aumont e Marie (2009), as primeiras análises fílmicas estabelecidas a partir da psicanálise ressaltava as questões relativas ao Édipo e a castração, demonstrando interdependência entre a análise feita e a teoria que a baseou, como exemplificado na apresentação no grupo na análise feita em “Moana: Um mar de aventuras” (2016), levando em consideração sua constituição identitária e conflitos neuróticos, bem como as pulsões e desejo. Perceber nas obras cinematográficas conceitos psicanalíticos na construção e constituição daquele personagem, principalmente quando se evidencia sua infância, torna-se uma maneira de, a certo modo, pôr em prática um olhar da

psicanálise ao sujeito, mesmo que aquele seja fictício, mas que sabemos que, de certa forma, representa uma questão interna. Dentre a evolução dos procedimentos cinematográficos, a passagem do cinema não-verbal (mudo) ao cinema falado - para Bellour (1975/2000 apud WEINMANN, 2017), composto de fala, legenda, música, ruído e fotografia em movimento - torna o cinema dotado de linguagem e não mais somente uma visibilidade do real, em que os cineastas descobriram que podiam tornar seus filmes mais próximos ao deixar que os personagens se expressassem, trazendo a linguagem cinematográfica, através da história e narratividade do filme, visto que este mostra a atividade de pensar, em que o pensamento também faz-se de imagens e palavras, onde está o desejo (RIVERA, 2008, p.28), como percebido na produção de “Atypical”, série abordada no grupo, em que se evidencia o desejo no autismo através do protagonista e suas demonstrações e pensamentos. Com as contribuições de Jacques Lacan para a psicanálise, o sujeito é configurado a partir do campo da linguagem, visto que o inconsciente se estrutura como tal, e pesquisar o cinema a partir da psicanálise implica pensá-lo deste modo. Na decomposição do texto fílmico na análise, rearranja-se seus significantes (KUNTZEL, 1972 apud WEINMANN, 2017) em que, segundo Lemos (2014), o filme convoca a leitura, e consequentemente um trabalho de interpretação, e um espectador pode produzir discurso próprio, justamente pela visão passiva que se tem da obra, como a ativa, feita, por exemplo, nas análises fílmicas. Weinmann (2017) alegou que a transferência com a experiência clínica instaurada por Freud é a “fonte dos problemas que movem a análise fílmica psicanalítica”, em que o objetivo desta é escutar discursos na linguagem cinematográfica, haja vista que “o inconsciente é o discurso do Outro” (LACAN, 1957/1998c, p. 18 apud WEINMANN, 2017) em que, escutando-se certo personagem ou situação, além das identificações, também podemos levar em conta a transferência causada e os debates sobre as cenas, situações e/ou fragmentos vivenciados por personagens. Pensando-se na escuta, retorna-se às origens da psicanálise, ressaltando que Freud tinha uma escuta peculiar às pacientes histéricas, que antes tinham o discurso desprezado, diferenciando-se, assim, em suas especificidades no processo de escutar o outro, a partir do tripé psicanalítico: análise pessoal, supervisão e formação teórica, incluindo seminários, e sendo necessária a escuta flutuante, dedicando-se a todo o discurso do paciente, não algo em específico, e escutando seu desejo inconsciente. Por outro lado, é preciso tomar cuidado à escuta em situações não-clínicas, Akhtar (2016) comenta sobre limitar a utilização da escuta psicanalítica, visto que essa é o principal instrumento de trabalho. Sendo assim, destaca-se que a análise fílmica psicanalítica se constitui de reflexões sobre a escuta, muito evidenciada no GEPPCINE, e que não se deixa de estar atento à toda narrativa cinematográfica da história dos personagens para os debates. **Conclusão:** É indubitável o fato de que não se trata de análise propriamente clínica quando se fala em análise fílmica psicanalítica, mas sim sobre a possibilidade de se refletir em saúde mental através das obras cinematográficas, em que o movimento do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Cinema é buscar potencializar o olhar na relação entre psicanálise e cinema e, de fato, escutá-lo a partir dos personagens e seus discursos, visto

que se possibilita a reflexão sobre si mesmo como sujeito, sobre o outro e suas relações, e outro modo de se falar mais em saúde mental e abordar os mais diversos temas, que sempre bem atuais, quando falamos em lógica do inconsciente e os processos subjetivos humanos sob a ótica psicanalítica. O trabalho do GEPPCINE atualmente vem se expandindo, indicando numerosas análises de materiais futuros.

Palavras-chave: Cinema; Escuta; Psicanálise; Saúde Mental.

Referências:

- AKHTAR, Salman. Escuta psicanalítica: Metodologias, limites e inovações. São Paulo: Blucher, 2016.
- LE MOS, Moisés Fernandes. Psicanálise e Cinema: em busca de uma aproximação. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3406/5/Tese%20Moises%20Fernandes%20Lemos%20-%202014.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2019.
- RIVERA, Tania. Cinema, imagem e psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- WEINMANN, A. O. Sobre a análise fílmica psicanalítica. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000100001. Acesso em: 10 de março de 2019.

UM OLHAR DO MUNDO NO REAL: ANÁLISE DA SÉRIE "ATYPICAL" EM VIÉS PSICANALÍTICO SOBRE O DESEJO NO AUTISMO

SANTOS, Tânia de Miranda
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente - tani.mirands@gmail.com
LEBREGO, Arina Marques
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Desde os primórdios da Psicanálise, Freud estendeu, a partir das históricas, suas concepções de cura pela fala para a consideração de instância psíquica inconsciente, isto é, indo para além do orgânico, possibilitando o olhar de uma "dimensão psíquica para a linguagem, e que é pela palavra que o inconsciente se articula ao corpo" (AZEVEDO E NICOLAU, 2017). Destarte, o autismo, para a psicanálise, não significa que o sujeito não possui linguagem, e/ou que não tem desejo, mas que precisamos oferecer a oportunidade de serem escutados (NASIO, 2010). Fingermann (2014) nos remete que, no geral, tem-se o desejo como referência dos conceitos da Psicanálise freudiana, sendo este "a interpretação" das formações do inconsciente, e que na clínica, à partida, o desejo indicaria "o movimento e a procura do diferente". Ademais, nesse presente trabalho foram considerados o discurso e a visão do protagonista da série norte-americana "Atypical", Sam Gardner, nome do personagem, que é assujeitado ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) de alta funcionalidade. Sam, para além do diagnóstico, domina o campo da biologia/ciência e arte, e não apresenta comprometimento linguístico e intelectual. Simboliza seu mundo através de seu interesse restrito e peculiar em pinguins da Antártida e, para mais, ainda que o jovem tenha dificuldades em se relacionar com os outros, mais por questões desses outros, mostra-se como sujeito em potencial desejante a todo momento através de seu olhar de mundo singular. Historicamente, o termo "autismo" foi inaugurado por Eugen Bleuler, em 1911, denominando como uma perda do contato com a realidade e impossibilidade de comunicação. Kanner, em 1945, separou o autismo da esquizofrenia e este passou a ser reconhecido, notando o retraimento social e afetivo, bem como a dificuldade frente a mudanças, em que Asperger nota a similitude ao que Kanner havia observado, e identificou que os sujeitos no espectro mantinham uma atenção restrita em um determinado assunto complexo, demonstrando interesses por campos excêntricos e grande habilidade para comentar sobre tais assuntos (MOTTA, 2017). Com isso, verificaremos que a série em questão traz reflexões sobre as diferentes formas de expressão do desejo na subjetividade humana. **Objetivo:** Analisar fragmentos da série "Atypical" a partir de perspectiva psicanalítica sobre a clínica do sujeito com autismo, enfatizando seu discurso desejante. **Metodologia:** Para tanto utilizamos uma pesquisa qualitativa com a análise fílmica, realizando uma análise de dezoito capítulos das duas temporadas da série "Atypical", original da empresa "Netflix" e dirigida por Robia Rashid. **Resultados e Discussão:** No desenrolar da série, em que Sam Gardner inicialmente já é apresentado com dezoito anos de idade, revela-se que o protagonista foi diagnosticado com

Transtorno do Espectro Autista aos quatro anos. Todavia, seus pais, Elsa e Doug Gardner, à priori já notavam que seu filho não tinha comportamentos esperados para a idade, desde a falta de contato visual quando bebê aos comportamentos que posteriormente eram tamponados pelos pais como "birra". Doug, por não aceitar a condição de seu filho, sustentava o discurso de que o TEA era "ignorância médica", levando-o a três profissionais diferentes. Por outro lado, Elsa torna-se uma mãe superprotetora e por consequência controladora, além de se dedicar exclusivamente na função de mãe, esquecendo-se de si mesma enquanto mulher, o que também prejudica a relação familiar. Utilizaram diversas estratégias na intervenção de Sam desde criança, como cartões de emoções, o que contribuiu para que ele as reconhecesse no Outro e também buscasse expressar. A irmã mais nova, Casey, ocupando o papel de proteger o irmão da sociedade, sente-se excluída pelo ambiente familiar; pelo envolvimento mais com o autismo do que seu irmão enquanto sujeito. Segundo Lacan (1960/1998), citado por Azevedo e Nicolau (2017) em sua pesquisa, o sujeito já é introduzido na dinâmica da língua desde muito cedo, o que possibilita que se torne falante ao construir um saber sobre si e ao internalizar um lugar no discurso ao qual se possa ter referência. Contudo, é preciso que haja transmissão da Linguagem para que o sujeito seja introduzido, sendo um aspecto do momento originário da constituição do sujeito desejante por meio desta, e que parece falhar nas crianças que manifestam sintomatologias autísticas, e sugere que se escute mais estes sujeitos, visto que, Lacan nota o desejo como fundamental e decorrente da estrutura de linguagem - inconsciente-linguagem (FINGERMAN, 2014). Ainda, Maleval (2007) menciona que, no autismo, deve-se perceber o quanto o sujeito está implicado em sua fala; o quanto seu dizer fala sobre si, e evidencia-se a função das figuras parentais nesse processo: "é no Outro da linguagem que o sujeito vai procurar situar-se, procura incessante, pois nenhum significante é suficiente para defini-lo" (CATÃO, 2009, p. 141 *apud* AZEVEDO, M. M.; NICOLAU, R. F., 2017). Percebemos que, na série, Sam teve intervenções desde cedo e tem referências parentais, no entanto, estas inicialmente impõem afazeres e mesmo seus próprios desejos em seu filho e não se permitem ouvi-lo ou inseri-lo num lugar de desejante, o que faz Sam anotar e seguir qualquer regra imposta. Outrossim, de acordo com Monteiro (2015, p.31 *apud* Motta 2017, p.4), "a clínica nos revela que a desatenção dessas crianças é apenas aparente. Elas nos dão mostra de que estão bastante atentas ao que acontece ao redor, haja vista sua reação a qualquer demanda". Exemplificando tal ponto a partir da série, Sam comenta que: "Acho que, por causa do autismo, eu não consigo lidar com a verdade", além disso, começa a dizer constantemente que "um buraco do tamanho do Maine foi encontrado na Antártida", possivelmente buscando fazer-se notar que percebe o que está acontecendo ao seu redor e como se sente, em um momento o qual a família, passando por uma crise familiar devido a uma relação extraconjugal de Elsa, finge que nada mudou, escondendo a real situação de Sam. Outro ponto seria que, Freud em "Interpretação dos Sonhos" (1900), é apresentado o "umbigo do sonho", que é um ponto insondável do sonho, isto é, o ponto em que se deve renunciar à interpretação e respeitá-lo como tal (NASIO, 2010) e, no autismo, o sujeito tem

em sua linguagem um modo peculiar de se expressar, e justamente os encontros com eles são como um ponto umbilical, que se desenrolará de outra forma tal como o sujeito se mostra e se é; no real. "É preciso tomar o desejo ao pé da letra" (LACAN, 1958/1998, p. 426) e, ainda, "o desejo efetivamente está no sujeito pela condição, que lhe é imposta pela existência do discurso, de que ele faça sua necessidade passar pelos desfilamentos do significante" (*Ibid.*, p. 634 *apud* FINGERMAN, 2014). No que se concerne a tais colocações, na série, Sam comenta que vê o mundo como ele é de fato, ou seja, sem atribuir significantes, fazendo-se bem literal em sua fala com os outros, inclusive, por essa dimensão do real, deixa o que deseja, de certo modo, visível, quando lhe faz sentido. Consegue se comunicar com as pessoas, ainda que de modo bem literal, entretanto, demonstra-se que seu interesse por pinguins, e em desenhá-los, tem uma perspectiva metafórica sobre suas questões e diversas situações, podendo-se fazer uma analogia ao que Fedida, Bleuler e Freud compararam no que diz respeito ao autista: "um ovo protegido em sua necessidade de se autoalimentar, gerando como consequência, uma autosuficiência" (Monteiro, 2015, p.28 *apud* MOTTA, 2017, p.2). A exemplo disso, Sam traz em sua narrativa desde quando se sente só e como um pinguim, fazendo alusão também ao silêncio e frio da Antártida, até o momento em que se sente como um famoso explorador, e também aborda bastante sua relação com a família, relacionando a questão de união dos pinguins e de filhotes de pinguins precisarem de pais atentos para sobreviver, e sobre o calor no meio do frio, possivelmente referindo-se ao acolhimento que sua família dá em suas crises. Destarte, o protagonista consegue desenvolver relações sociais e tem o desejo de investir em si também por meio disso, o que a exemplo se tem o que ele mesmo considera uma verdadeira conquista: a relação com seu melhor amigo Zahid. Nasio (2010) nos traz a reflexão de que, em relação à transferência no autismo, sendo ativadora do inconsciente, surge como "um processo de produção de uma história, surgimento do poder vivo da nomeação como momento onde certamente as coisas e as palavras se separam, mas também estão juntas pelo silêncio" (p.190), em que, trazendo novamente à série, pode-se notar que Sam deseja e consegue fazer esse movimento por mais que tenha dificuldade, e que ele mesmo diz que muitas vezes tem mais empatia do que os "neurotípicos". A psicóloga de Sam na série, Julia Sasaki, destaca que é muito bom que haja esse interesse pelos outros. Para mais, "o desejo é o movimento", anunciou Freud (1900/ s.d.), partindo do traço mnêmico da primeira experiência de satisfação, "nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação" (*Ibid.*) e "colocar o aparelho em movimento" (*apud* FINGERMAN, 2014). Percebe-se, dessa forma, vicissitudes de Sam no decorrer das temporadas que, em suma, na primeira tem-se o enfoque no início de sua vida sexual e, na segunda, concentra-se em questões mais amplas ainda da busca pela independência e autonomia, visando novos grupos sociais e escolhas, possíveis a partir dos movimentos de Sam de investir em seus desejos. **Conclusão:** O desenvolvimento da pesquisa possibilitou a visualização da Psicanálise e a importância de se oportunizar a fala do sujeito no autismo, e ainda pensando no que se pode ser simbolizado dentro desse aspecto, a partir da visão de Sam na

série, e que há, sim, um sujeito do desejo. O protagonista nos mostra que é fundamental estarmos desprendidos a diagnósticos, pois não devemos resumir os seres humanos a um olhar patologizante, como muito há na contemporaneidade no assunto autismo. Tendo um olhar do mundo tal como ele é – no real -, e exemplificado por Sam, principalmente por meio da narrativa de seus pensamentos, nos introduz a uma outra escuta sobre os sujeitos no espectro, em que sua constituição subjetiva dá-se a partir de uma linguagem e mundo peculiar e singular em cada sujeito, a seu tempo, à sua maneira, possibilitando suas próprias formas de investir em si e seus desejos e, por consequência, em sua autonomia.

Palavras-chave: Autismo; Cinema; Psicanálise; Desejo.

Referências:

- AZEVEDO, M. M. P.; NICOLAU, R. F. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v22n1/a01v22n1.pdf>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2019.
- FINGERMAN, D. Desejo e Repetição. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2014000100008. Acesso em: 03 de abril de 2019.
- MOTTA, L. B. Autismo e Psicanálise. Disponível em:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0419.pdf>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2019.
- NASIO, J. -D. O Silêncio na Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

A MORTE COMO TABU NO CONTEXTO HOSPITALAR: O QUE PODE FAZER O PSICOLOGO?

LIMA, Jhonata
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
jhonata111@hotmail.com
ALVES, Alexandra
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
BARBOSA, Danilo
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
FERREIRA, Naldiane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A morte sempre fez parte da história do ser humano, o que muda ao longo do tempo, é a forma como as pessoas lidam com este processo (CARVALHO e MARTINS, 2015). Antigamente, as pessoas morriam em suas casas, cercada por familiares, amigos, vizinhos, as crianças participavam dos rituais de despedidas; nos dias atuais, com o avanço das tecnologias a morte ocorre na maioria das vezes nos hospitais, mais especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva; nos hospitais as visitas da família são controladas e o paciente está em lugar diferente de seu habitual, seguindo as regras das instituições e cercado pela equipe de saúde. Os avanços na área da tecnologia que tem se desenvolvido inclusive em prol de aumentar a expectativa de vida, também trazem como consequência a dificuldade de lidar com o processo de adoecimento. Experiências como a morte, luto, dor, separação, etc. são vistas como indesejáveis e intoleráveis, nossa atual sociedade não proporciona espaços de fala, expressão, elaboração e debates destes fenômenos. Tais questões ainda são vistas como Tabus na sociedade moderna, uma vez que os muitos indivíduos procuram fugir deste tema, tão presente na vida de cada um. Tabu, atualmente se refere à proibição de práticas e linguagens, seja de cunho moral, religioso ou culturalmente reprováveis, importante ressaltar que os tabus são criados de acordo com as convenções de cada cultura, como uma forma de preservar os “bons costumes”, portanto podem existir tabus que existem em uma cultura e não existem em outras. No hospital, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a dor e o sofrimento psíquico são da ordem da urgência, mais especificamente da urgência subjetiva, pois humanizar o processo de morrer e os processos de cuidado em vida são demandas a céu aberto nos contextos das instituições de saúde. Pesquisas apontam, que com o avanço da tecnologia, exigência de rapidez nos processos, elevada produtividade e lucratividade envolvida nos processos de cuidados, a dimensão da humanização e do cuidado humanizado veio se deteriorando ao longo do tempo, demandando ser restituída, o que tem impactos subjetivos para os pacientes, familiares e cuidadores em geral. (SCHMIDT *et al.* 2011). **Objetivo:** Discutir a partir da literatura científica qual o papel do psicólogo hospitalar frente o tabu da morte. **Metodologia:** Foi

realizada pesquisa bibliográfica de cunho narrativo, especialmente nas plataformas Pepsic e Scielo, selecionando artigos em língua portuguesa que abordassem e proporcionasse a elaboração de reflexão crítica acerca do tema. Foram criadas categorias analíticas, apresentadas em formato de seções neste trabalho. **Resultados e discussão:** 1) A morte como tabu: no hospital o foco da equipe acaba sendo os aspectos relativos ao biológico, no entanto a morte e o processo de morrer são permeados por aspectos subjetivos, sociais, culturais, políticos; ainda há muita dificuldade de enfrentar de forma clara e natural a possibilidade de morte, mantendo-se a tendência a evitá-la. O tabu frente a possibilidade da morte trás consequências significativas e impactos por exemplo quando da dificuldade de comunicação de prognósticos sombrios, de avanços irreversíveis de quadros clínicos etc. 2) Humanização do processo de morte e dos cuidados durante a vida: destaca-se o papel do psicólogo e de toda a equipe de cuidar integralmente do paciente, dispensando além de cuidados ao corpo biológico, escuta digna a dor, sofrimento e angustia frente a ameaça a integridade física e psíquica do indivíduo, assim como o medo da morte. 3) (In) visibilidade para o cuidado da família em hospitais: a equipe de saúde encontra-se pouco preparada para lidar com situações envolvendo a família e seu sofrimento, pois na maioria das vezes esta focada nos aspectos biológicos ligados ao corpo do paciente. O processo da morte causa profundas repercussões no meio familiar, pois os familiares terão que lidar com o processo de luto concomitantemente a outras questões, como reestruturação financeira e os cuidados com filhos, se os tiverem. É de extrema relevância as intervenções psicológicas com os familiares após a ocorrência de óbito do paciente, pois esta família pode estar em sofrimento psíquico e desamparo pela perda vivenciada. 4) Escuta/presença implicada do psicólogo e o desenvolvimento de práticas interdisciplinares: O psicólogo geralmente em sua formação tem como papel atender o paciente e sua família e neste atendimento pressupõe-se a escuta do sofrimento psíquico, desamparo, silêncios, perda da condição da saúde e lutos. No seu ofício o psicólogo hospitalar pressupõe-se a trabalhar com a equipe mediando as relações com o paciente e família, intervindo nas formas e maneiras de comunicação e nos impactos advindos deste processo comunicacional. Além desta função, o psicólogo deve integrar-se a equipe, reunindo esforços para traçar em conjunto a estratégia singular de intervenção para cada paciente (SCHIMIDT, *et al.* 2011). **Conclusão:** A morte e morrer, ainda se constituem tabu ainda na atualidade. O psicólogo no hospital pode promover espaços de fala e de escuta para o paciente e seus familiares, portanto, pode auxiliar na resolução de conflitos, na comunicação intrafamiliar, priorizando a minimização do sofrimento; autorizando a vivência de lutos e a “autorização” do paciente na elaboração de projeto de vida para aqueles quem ama após a sua morte. Além disto, o psicólogo deve fomentar espaços de discussão acerca da morte e do morrer junto à equipe de saúde, reconhecendo que o profissional de saúde também sofre com a perda por morte de seus pacientes.

Palavras-chaves: Morte, Tabu, Papel do Psicólogo, Psicologia hospitalar.

Referências:

- CARVALHO, Jeane Silva e MARTINS, Alberto Mesaque. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. *Rev. SBPH* [online]. 2015, vol.18, n.2, pp. 129-142. ISSN 1516-0858.
- OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 30-41, junho 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200005>.
- SCHMIDT, Beatriz; GABARRA, Letícia Macedo; GONCALVES, Jadete Rodrigues. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 423-430, dez. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>.
- VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2016; 24(1): 64-72. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0064.pdf>. Acesso em: 23 de mar. 2019.

GRUPOS TERAPÊUTICOS EM CLÍNICA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL: POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

ALMEIDA, MARIANA LOPES DE
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente – marianalopes25@hotmail.com
LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
MONTEIRO, João Bosco
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, psicólogo,
preceptor, tutor

Introdução: Este estudo tem suas reflexões advindas da reforma psiquiátrica, a qual surge como proposta de reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, onde segundo Amarante (2003), anteriormente, concebia-se o sujeito da experiência da loucura enquanto excluído do mundo da cidadania e incapaz, sendo tratados a partir do isolamento terapêutico ou do tratamento da moral, propostos por Philippe Pinel, dentre outros, logo, se tinha um modelo assistencial voltado para institucionalização. Neste contexto, Franco Basaglia, com sua estratégia de desinstitucionalização propõe a ideia da ‘doença entre parênteses’, como forma de possibilitar ocupar-se do sujeito em sua experiência, diferentemente do que a psiquiatria propunha. Assim, para Amarante (2009, apud MONTEIRO, 2016), a definição de Reforma Psiquiátrica evoca uma mudança estrutural na concepção da terapêutica relativa à doença mental, suas propostas influenciaram a ampliação do processo de humanização e na transformação do imaginário social sobre a loucura. No Brasil, houve o rompimento entre as antigas formas de tratamento e terapias e as novas práticas advindas da Itália, as quais ameaçavam o asilamento, no entanto, o processo de humanização dos tratamentos mentais aconteceu tardiamente, considerando que a intensificação dos tratamentos baseados em psicofármacos e em outras formas de terapia transversalizou longos períodos da história brasileira, principalmente aqueles nos quais a sociedade fora subjugada por ditaduras violentas (AMARANTE, 2009 apud MONTEIRO, 2016). Este autor também pressupõe que as transformações acerca da Reforma Psiquiátrica se inserem em um contexto de ampliação da cidadania do sujeito com comprometimento mental, promovendo a questão da qualidade de vida e as conquistas políticas obtidas por alguns setores da saúde mental, assim analisa-se o movimento como uma possibilidade de melhoria do atendimento. Birman (1992 apud MONTEIRO, 2015) considera a cidadania dos doentes mentais um aspecto recente na história da psiquiatria, a qual passou a ser discutida na década de 1980, sob um discurso de que o Estado era obrigado a oferecer estrutura especializada, pois durante anos o mesmo fora excluído do convívio social, assim como privado da liberdade e vivendo às margens da sociedade. A partir dessas novas terapêuticas, elucidam-se os grupos terapêuticos e/ou psicoterapia de grupo, enquanto possibilidade de atuação do psicólogo. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017) esta modalidade necessita de um líder com treinamento profissional, o qual irá selecionar, compor, organizar e liderar um agrupamento de membros que trabalharão juntos

em prol de atingir máximo de objetivos de cada indivíduo e do grupo em si. A modalidade de psicoterapia de grupo é amplamente aceita no tratamento psiquiátrico de forma interdisciplinar, visto que se aplica a locais de internação e ambulatorios, trabalho institucional, unidades de hospitalização parcial, casas de passagem, centros comunitários e clínicas privadas. O líder, terapeuta, utiliza-se técnicas e constructos teóricos como forma de direcionar as interações dos membros do grupo para provocar mudanças. O papel deste profissional é, principalmente, o de facilitador, este é mais do que de um especialista que se utiliza de técnicas, exercendo uma influência pessoal que explora variáveis como empatia, cordialidade e respeito (SADOCK, SADOCK E RUIZ, 2017).

Objetivo: Refletir a luz da reforma psiquiátrica, os grupos terapêuticos em clínica de internação psiquiátrica em hospital geral, enquanto possibilidade de atuação do psicólogo. **Metodologia:** Este artigo é de caráter qualitativo e bibliográfico, tendo como base a literatura da saúde mental, trata-se de reflexões acerca das vivências práticas de uma acadêmica do oitavo semestre, do curso de Psicologia, na ênfase de psicologia da saúde de universidade particular, durante o período de 30 de outubro a 22 de dezembro de 2018, em hospital público, localizado na cidade de Belém, no Estado do Pará, este é uma instituição de média e alta complexidade, referência em Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria, sendo esta sua primeira clínica. **Resultados e Discussão:** Dentre as muitas vivências obtidas, em aproximadamente três meses, farei um recorte e priorizarei os grupos terapêuticos realizados tanto com os pacientes, quanto com as famílias. Estes dois grupos contavam com a equipe do serviço de psicologia, composta pelo psicólogo responsável, por quatro estagiárias e, eventualmente com o residente de psicologia. Iniciarei com o grupo de pacientes, os encontros eram realizados às quintas-feiras e sua duração variava de acordo com a tolerância dos membros cada encontro. Devido à alta rotatividade de pacientes na clínica, era inviável manter o mesmo grupo toda a semana, deste modo o grupo era de caráter aberto, assim antes de cada sessão eram selecionados em média de cinco a sete pacientes, esta seleção considerava seus diagnósticos e como o paciente se apresentava no momento. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017) considerar o diagnóstico do paciente é importante para determinar a melhor abordagem terapêutica e para avaliar suas motivações para o tratamento, sua capacidade de mudança e seus pontos fortes e fracos da estrutura da personalidade, por exemplo, pacientes antissociais, em geral, se adequam mais facilmente o quando grupo é composto por outros pacientes antissociais, pois respondem melhor a pares; já os pacientes deprimidos beneficiam-se de terapia em grupo, após estabelecerem um relacionamento de confiança com o terapeuta; ou ainda, os pacientes maníacos são disruptivos, mas quando sob controle farmacológico, se saem bem no contexto grupal, deve-se ter o cuidado maior, ou até evitar, os paciente delirantes e os que constituem ameaça física aos demais devido a explosões incontroláveis de agressividade. As sessões iniciavam com uma breve apresentação de cada membro, tanto pacientes, quanto a equipe do serviço de psicologia e em seguida o psicólogo explicava a função e os objetivos do grupo, os quais eram uma possibilidade de conhecer melhor aqueles que, no momento, estavam convivendo diariamente,

expressar nossas experiências relacionadas ao adoecimento, estas podiam incluir não só a forma individual de lidar com esse processo, mas também as experiências vivenciadas naquele ambiente, como o tratamento ofertado, a convivência entre todos, etc., o objetivo primordial, era o de melhor adaptação ao ambiente. A partir de então era passada a palavra para quem se sentisse a vontade de compartilhar essa sua experiência e, conforme os discursos iam surgindo, perguntas relacionadas também eram colocadas. Percebemos em certo momento, que ao compartilhar suas experiências, os pacientes também passaram a se apoiar e se ajudar, surgindo então os fatores terapêuticos do grupo, citei alguns: o sentimento de aceitação, propiciado pelo momento grupal, em que não havia nenhum tipo de censura; o altruísmo, com já citado um membro passou a ajudar o outro; o desabafo, oportuno através da expressão de sentimentos e ideias e experiências e interação, foi possível observar pacientes que até então eram de difícil interação e no momento do grupo se permitiam a uma troca livre e aberto com os outros membros (SADOCK, SADOCK E RUIZ, 2017). Os grupos com os familiares, ocorriam às segundas-feiras e iniciavam da mesma maneira, apresentação de cada membro do grupo com os familiares/acompanhantes/visitantes nos informando qual o paciente e grau de parentesco e/ou a proximidade com o indivíduo hospitalizado, em seguida eram expostos os objetivos e a função daquele momento, os quais Oliveira e Sommermam (2008), sintetizam como sendo a garantia de um espaço para livre expressão de sentimentos, conflitos e dúvidas, valorizando-os e acolhendo-os em sua totalidade. Nossa intervenção naquele momento, também estava pautada em desmistificar alguns mitos e estigmas do transtorno mental trazidos do senso comum, orientar acerca dos serviços, da adesão ao tratamento e a importância do acompanhamento fora do ponto de atenção hospitalar, ou seja, dos demais serviços da rede de assistência psicossocial. As principais demandas que surgiam durante o atendimento grupal eram: a nossa percepção do paciente, em relação a sua evolução; as dificuldades enfrentadas pela família e suas mudanças e adaptações a um novo contexto; seus sentimentos e aflições diante de tal hospitalização traumática; o medo do retorno para casa; o tratamento ofertado ao paciente e aos familiares por parte da equipe; e, o mais recorrente, as grandes falhas na rede de atenção psicossocial. Em relação a este último ponto, devemos considerar que a grande maioria dos pacientes hospitalizados no momento, provinham do interior do estado e, em muitos os familiares afirmavam que nos centros de atenção psicossocial (CAPS), estavam com as portas fechadas, ou profissionais não compareciam ou não existiam, ou ainda não tinham recursos e medicamentos para fazer o acompanhamento do paciente, fatos estes que impediam a continuidade do acompanhamento o que pode influenciar nos índices de reincidência e superlotação do ponto de atenção hospitalar. Devido ao perfil de pacientes serem similares, muitas vezes surgiam dúvidas no sentido de “como e o que fazer a partir de agora?”, neste momento o movimento entre os membros era do se ajudarem, e se por acaso alguém já tivesse passado por alguma situação trazida naquele momento, automaticamente a postura era a de compartilhar como o tinha passado e de algumas vezes aconselhar, ao que fazer ou não fazer e como isto poderia ser

feito. Isto se deve ao processo de identificação, que aliado a um clima de confiança, possibilita que temas delicados e difíceis possam vir à tona de forma explícita e direta (OLIVEIRA E SOMMERMAN, 2008). **Conclusão:** Conforme visto, a atuação do psicólogo através dos grupos terapêuticos é um solo fértil para suas intervenções, tanto com os pacientes, quanto com os familiares, propicia desde os vínculos dentro da instituição até a uma melhor adesão ao tratamento, oportunizando ao paciente uma melhor qualidade de vida, bem-estar, possibilitando que exerçam seus direitos e evitando reinternações. Obviamente, não é a única possibilidade de atuação, e dependendo de como cada sujeito reage e lida com o processo de adoecimento, será necessário o atendimento individual.

Palavras-chaves: Grupos terapêuticos; Clínica psiquiátrica; atuação do psicólogo; reforma psiquiátrica.

Referências

- MONTEIRO, João Bosco. A inserção do psicólogo no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1978-1984). Belém: UFPA-IFHC-PPGP, 2016.
- OLIVEIRA, Edilene Barreto Santos de; SOMMERMAN, Renata Dias Galan. A Família Hospitalizada. In: ROMANO, B. W. Manual de psicologia clínica para hospitais. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2008
- SADOCK, Benjamin. SADOCK, Virginia A, RUIZ, Pedro. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.
- AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: _____ (Coord.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

O PSICÓLOGO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

JATENE, Karyna Saul de Oliveira.
Psicóloga CRP 10/06505 karynajatene@yahoo.com.br
LEBREGO, Arina Marques.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Este trabalho discorre sobre a inserção do psicólogo hospitalar junto à equipe multiprofissional de cuidados paliativos, ressaltando a necessidade da interdisciplinaridade na integração do saber, o que favorece a humanização do atendimento, a comunicação interna, o funcionamento grupal e uma visão global do paciente. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico e uma discussão a partir da produção bibliográfica nacional, uma vez ser este tema de grande relevância social e na área da saúde, além de contribuir para a instrumentalização de profissionais que tenham interesse em ampliar seus estudos acerca desta temática. **Metodologia:** Efetuou-se pesquisa bibliográfica. Para tal foram coletados livros e artigos científicos publicados nas plataformas: Pepsic e Scielo. Posteriormente, buscou-se documentar e discutir a atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar. **Resultados e discussões:** Cuidado paliativo é a prática multiprofissional que busca conceder ao paciente que não tem possibilidade de cura um atendimento que integre todas as dimensões do ser, visando uma melhor qualidade de vida para o doente e sua família, uma vez que as consequências causadas pelo adoecimento acarretam muitos sofrimentos que afetam todos em volta (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). As pessoas que recebem esse tipo de cuidado apresentam necessidades complexas tanto no manejo de sintomas físicos, quanto emocionais, sociais e espirituais. É diante desse cenário que a prática interdisciplinar entre as diferentes abordagens e especialidades promove a corresponsabilização entre paciente, família e equipe sobre as decisões a serem tomadas no tratamento. Vale lembrar que não só o paciente e sua família necessitam de suporte e intervenções para manterem a saúde mental, mas a equipe multiprofissional também precisa manter-se cuidada e inteira (FORTE; ACHETTE, 2018). Em cuidados paliativos, os objetivos maiores são proteger a vida, preservá-la e cuidá-la, sendo necessário fazer tudo que for possível para que o paciente mantenha a sua essência, seu senso de identidade, significado e dignidade na última fase da vida e no processo do morrer (PESSINI, 2018). A equipe multiprofissional de saúde consiste em uma associação de pessoas da saúde de formação distinta, com o fim último de responsabilizar-se pela saúde global de um indivíduo e de sua comunidade (MONIZ, 2003 *apud* BRUSCATO, KITAYAMA, FREGONESE ET AL, 2004). A multiprofissionalidade é entendida como a realização de atividades entre profissionais de múltiplas especializações em um determinado ambiente de trabalho, dentro de uma complementaridade e harmonia para que se efetive a interação e a articulação das ações (TURATO, 2003 *apud* BRUSCATO, KITAYAMA, FREGONESE ET AL, 2004). A função do psicólogo nesse contexto é de redirecionar o olhar dos demais profissionais para

a individualidade de cada paciente, e para os aspectos subjetivos envolvidos no adoecer, favorecendo o reconhecimento dos aspectos psicológicos presentes na doença ou na relação com a equipe de saúde, colaborando tanto com o suporte psicológico para a equipe, quanto para os pacientes, pois o grande desafio dos profissionais da psicologia é a articulação entre o atendimento às demandas da equipe e a preservação da atenção às necessidades do paciente, sempre no sentido do favorecimento e da promoção da ética, do respeito e da saúde de todos. (BRUSCATO, KITAYAMA, FREGONESE *ET AL*, 2004). **Conclusão:** Entende-se como fundamental o estudo sobre o papel da psicologia junto à equipe multidisciplinar de cuidados paliativos porque somente com a possibilidade de um diálogo rico e diversificado entre profissionais de variadas práticas envidando esforços para superar fronteiras, se unir e trocar conhecimentos, será possível um atendimento de melhor qualidade, mais humanizado e com ações mais integradas, acarretando vantagens e benefícios para pacientes, familiares e equipe.

Palavras-chaves: Psicologia; Equipe Multiprofissional; Cuidados Paliativos.

Referências:

- BRUSCATO, W. L., KITAYAMA, M. M. G., FREGONESE, A. A. *et al.* O Trabalho em Equipe Multiprofissional na Saúde. In: BRUSCATO, W. L., BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (ORG). A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas numa antiga história. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.
- FERREIRA, A. P. de Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 mar. 2019.
- FORTE, D. N., ACHETTE, D. Cuidados paliativos no século 21. In: FUKUMITSU, K. O (org.). Vida, Morte e Luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.
- PESSINI, L. Espiritualidade, Finitude humana, Medicina e Cuidados paliativos. FUKUMITSU, K. O (org.). Vida, Morte e Luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

PAPEL DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE PACIENTES GRÁVIDAS DIAGNOSTICADOS COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

CARNEIRO, Juliana do Rosário Souza
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente - jucarneiro97@gmail.com
LIMA, Maiana da Fonseca Maia de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
MONTEIRO, Vivian Fragoso Rei
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica autoimune, de etiologia desconhecida, que pode atingir múltiplas partes do corpo, e assim, ocasiona dores, inflamações e lesões nos órgãos e nas articulações. Essa patologia tem maior incidência em pacientes do sexo feminino e em idade reprodutiva, contudo, pode ocorrer em qualquer faixa etária e também está presente em homens. (ARAÚJO, 2004 apud ZERBINI & FIDELIX, 1989 e VIANNA, SIMÕES, INFORZATO, 2010). Segundo LOCKSHIN (2001) citado por Araújo (2004) a maior incidência do LES é em mulheres em idade fértil (os sintomas geralmente se iniciam durante a 2ª ou 3ª décadas de vida), fato este que pode prejudicar a evolução de uma gravidez saudável, visto que apenas 50% dessas acontecem sem nenhuma intercorrência. Diante deste cenário, podemos afirmar que todas as pacientes com LES, antes de engravidar deverião conversar com seu médico reumatologista, para programar a melhor época para engravidar, que deve ser quando a doença estiver fora de atividade por pelos menos seis meses. Em decorrência da severidade da patologia, deve-se considerar os riscos presentes nas gestações de pacientes portadoras de LES, destacando a necessidade de acompanhamento reumatológico e obstétrico especializado. **Objetivo:** Descrever e analisar a importância da atuação do psicólogo no acompanhamento de mulheres gestantes diagnosticadas com LES. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que continham informações sobre pacientes do gênero feminino grávidas e portadoras de LES e o acompanhamento psicológico. Para isso, os pesquisadores do presente estudo, utilizaram como critérios de seleção, artigos indexados nas bases de dados Google Acadêmico, PEPSIC e SCIELO, no idioma português. **Resultados e discussões:** As inúmeras consequências do LES no período gestacional são diferentes na mãe e no bebê. Na mãe, enfatiza-se o risco de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a morte materna, tais complicações já existem na gravidez normal, tornando difícil a sua distinção e portando a sua resolução. Já as consequências no bebê têm-se o grande número de abortos espontâneos, morte fetal, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), prematuridade e morte perinatal. (CRUZ, 2011). Neste contexto ARAÚJO (2004) destaca que o papel do psicólogo é indispensável para o tratamento de LES, visto que essa é uma doença a qual exige que o paciente se adapte às limitações e sintomas da patologia, e mude seu estilo de vida para conviver de forma mais saudável com esta. Entre os cuidados a serem tomadas, podemos citar a exposição à radiação

solar, a ingestão de álcool, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais, visto que essas ocorrências podem aumentar a sintomatologia do LES. Além disso, a medicina psicossomática vem reconhecendo que o psicólogo possui um importante papel na gravidez de alto risco, através de suas intervenções psicológicas, sendo necessário, também, conhecer as condições clínicas e obstétricas; e atentar à psicodinâmica própria da gravidez (SARMENTO & SETÚBAL, 2012). Segundo o autor, previamente citado, esse profissional pode atuar com uma abordagem de escuta empática, acolhedora e individual para a gestante, auxiliando no processo de identificação de sentimentos e receios, além de apresentar informações necessárias de forma clara e simples que podem beneficiar e instrumentalizar a gestante e os familiares para lidar com a nova realidade. CALL (2011) afirma que a doença não necessariamente pode ser relacionada a algo ruim, uma vez que pode ser vivenciada como uma oportunidade de descobrir seu potencial de superação, através do processo de ressignificação a partir da nova realidade e de suas limitações, mas também como oportunidade de reconhecer-se como alguém responsável pelo desenvolvimento de sua enfermidade, ou seja, identificando seu papel ativo no curso da doença. **Conclusão:** Concluimos que é indispensável o acompanhamento do psicológico desde o início do processo gestacional de mulheres diagnosticadas com LES, visto que o profissional vai assistir essa paciente de forma empática e sem julgamentos, auxiliando na construção de um espaço de acolhimento e reconhecimento dos sentimentos de medo, incerteza, angústia, culpa, resultando na diminuição do sofrimento psicológico e na consequente promoção de qualidade de vida, autoestima e empenho no tratamento. Levando-se em consideração esses aspectos, é fundamental que o psicólogo esteja cada vez mais presente no campo da medicina psicossomática, pois ele pode contribuir positivamente não somente no tratamento de mulheres grávidas com doenças crônicas, como é o caso do LES, mas também no processo gravídico em geral. Por fim, ressalta-se a relevância de se ter trabalhos acadêmicos cada vez mais atualizados sobre a temática, com o intuito de ampliar os conhecimentos científicos sobre a psicologia e o processo de gravidez de auto risco.

Palavras-chaves: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES); gravidez; acompanhamento psicológico; psicossomáticas.

Referência:

ARAÚJO, Adriana Dias. A doença como ponto de mutação: os processos de significação em mulheres portadores de lúpus eritematoso sistêmico. 2004. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
CALL, Sílvia Fernanda Lima de Moura. Revisão da Literatura sobre a Eficácia da Intervenção Psicológica no Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 485-490.
CRUZ, D. E. L. A. Lúpus Eritematoso Sistêmico na gravidez: impacto na mãe e no filho. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro do Porto, Mestrado Integrado em Medicina, 2011

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. Revista de Ciências Médicas, v. 12, n. 3, 2012.

O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICO

ALMEIDA, Arícia Marim
Universidade da Amazonia (UNAMA), discente
aricia_marim@outlook.com
BACCHINI, Alessandro Melo
Universidade da Amazonia (UNAMA), docente
alessandromelobacchini@gmail.com

Introdução: A doença renal crônica (DRC), assim como outras patologias que evoluem com cronicidade, afetam vários aspectos na vida da população infantil, pois esses pacientes lidam com limitações frequentes (SANTOS, 2014). A criança que vive com DRC tem uma alteração na sua qualidade de vida, devido ao isolamento, baixo rendimento escolar (por conta do absenteísmo nas aulas), maior risco para comorbidades psiquiátricas, restrições nutricionais, alteração no estilo de vida, tratamento com medicamentos complexos e procedimentos invasivos e dolorosos. Diante disso, não só a vida da criança é afetada, mas dos pais também. O brincar contribui para o desenvolvimento da criança. Segundo Winnicott (1982) as crianças experimentam prazer nas brincadeiras físicas e emocionais. Através do brincar, a criança comunica sentimentos, ideias, fantasias, intercambiando o real e o imaginário (WINNICOTT, 1982). O brincar é a essência da infância, facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde mental, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção de conhecimento (SANTOS, 1997). O medo das complicações da DRC está relacionado com as consequências, como: ansiedade pela exposição da criança a uma esfera estressante, angústia, insegurança, a convivência com a dor e o mal-estar, a submissão a restrições, a exploração do corpo e a realização de procedimentos dolorosos. A doença altera a qualidade de vida da criança. O brincar, pular e jogar deixam de ser prioridades. Por outro lado, existem restrições, pois é preciso redobrar os cuidados para não se machucar, o que pode provocar uma exacerbação dos sintomas e piorar o quadro. Para essas crianças/adolescentes, a doença passou a ser prioridade. Eles precisam se adaptar às suas limitações, e estas estão relacionadas às condições físicas, alimentares e de socialização. (SANTOS, 2014). **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico sobre as repercussões psicossociais em crianças com doença renal crônica. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que contenham informações sobre os impactos que a criança sofre com a doença renal crônica. Para isso, utilizamos como critérios de seleção, artigos indexados nas bases de dados Biblioteca Atualiza nos idiomas português e inglês. **Resultados e discussões:** Sabendo a importância do brincar no desenvolvimento infantil, a assistência à criança hospitalizada vem sofrendo transformação, com a inserção de brinquedoteca, musicoterapia, arteterapia, entre outros. A preocupação quanto à transformação do ambiente hospitalar esta

mais disseminada na assistência, objetivando a mudança de um ambiente de dor e sofrimento, em um mais alegre, onde se pode vivenciar, o prazer e o lazer. **Conclusão:** A DRC apesar de ser menos frequente na infância, representa um desafio, por estar na fase de desenvolvimento. Além do absteísmo na escola, a hemodiálise dificulta o contato com outras crianças. Apesar de muitas dificuldades, a criança é feliz. Destaca – se a importancia de ampliar o conhecimento sobre o lúdico e não relacionar somente como sinônimo de diversão, passatempo ou lazer, mas como fator fundamental para o desenvolvimento biopsicossocial.

Palavras-chaves: Infância; Psicologia da Saúde; Hemodiálise.

Referências:

SANTOS, F. A. O. G. As Repercussões Psicossociais e o impacto na qualidade de vida de crianças com doença renal crônica: revisão de literatura, 2014.
Disponível em: <
<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/FPN/FPN08/SANTOS-fernanda.pdf> >
Acesso em: 20 de março de 2019.
WINNICOTT, D. (1982). A criança e seu mundo. Rio de Janeiro. 6ª. ed.
Tradução Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A, 1982.

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO

SOUZA, Shirley
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
shirleydoce@outlook.com
JUCÁ, Jessica
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
MAGNO, Ivety
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
DIAS, Adriane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
TEREZA, Ana
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Os Cuidados Paliativos são os cuidados assistenciais oferecidos a todo paciente que tenha uma doença fora de possibilidades de cura visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela doença. Ele começa assim que o paciente recebe o diagnóstico da doença e vai até a sua morte. Para isso, é fundamental que o paciente tenha acesso a uma equipe multidisciplinar. Essa equipe tem o desafio de avaliar e tratar da dor e outros sintomas físicos, assim como aspectos sociais, psicológicos e espirituais. “Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.” (OMS, 2002, p.26). O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente e sua família, a sua qualidade de vida, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. Compreende-se que o paciente vai sofrer várias mudanças no decorrer do tratamento, não só física, mas emocionalmente. No momento do diagnóstico é possível ser realizada a intervenção psicológica. Em consequência de grandes mudanças, a pessoa, no decorrer do tratamento, desencadeia inúmeros sintomas psicológicos, como, angústia, pensamento recorrente do óbito, depressão, ansiedade, impotência, tristeza, conflito familiar e baixa autoestima entre outros aspectos, que por fim, se tornam fatal e podem culminar com uma morte dolorosa. O psicólogo tem como papel identificar, intervir entre paciente, família e com a equipe multidisciplinar, objetivando o cuidado e assim uma boa adesão aos cuidados propostos, obter um nível controlado de desgaste profissional, através de uma comunicação eficiente. Cuidados Paliativos não se restringem ao paciente, mas devem incluir a família, entre outras intervenções. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo compreender e refletir acerca da atuação do psicólogo na área de cuidados paliativos. **Metodologia:** Adotou-se uma pesquisa bibliográfica qualitativa. **Resultados e discussões:** Como resultados elaboramos três categorias a partir das observações sistemáticas realizadas: (A) Sofrimento Psíquico, conceitos e fundamentos no cuidado paliativo; (B) Atuação do psicólogo frente a finitude do

paciente (C) A importância do psicólogo na equipe multiprofissional. Na categoria de análise (A) que aborda o sofrimento psíquico de pacientes, destacamos que essa nova técnica promove o alívio da dor e de outros sintomas decorrente da doença; Reafirma a vida e oferece um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte, vê a morte como um processo natural; Não pretende antecipar e nem postergar a morte; Integra aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; E auxilia a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença. (B) que contém a atuação do psicólogo frente a finitude do paciente destacamos o campo de trabalho do psicólogo que são a escuta e a observação. A importância de poder mostrar uma visão, mais ampla acerca dos processos do adoecer, considerando a história vivida de cada paciente na fase antes do diagnóstico e próxima a morte. No período da finitude da doença se impõem é lidar com os sintomas como dor tanto física quanto psicológica, a incapacitação de vários aspectos, preparar para a morte, preservar relações apropriadas, encontrar significado em vida e morte. Junto a família, cabe ao psicólogo atuar como elo entre a mesma e a equipe, fortalecer a família, fazer entender o processo da morte, identificar sintomas que requer atenção imediata, para poder ser eficiente na busca da solução junto a equipe. (C) A importância do psicólogo na equipe multidisciplinar, “O atendimento paliativo requer uma abordagem transdisciplinar, partindo do princípio que seu objetivo é de efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude. Atitudes como estas, acabam exigindo que a equipe de saúde mude o foco do curar para o cuidar. A preocupação central passa a ser a morte digna” (PESSINI, 2002). É nesse cenário que entra a equipe multidisciplinar, que são de várias especialidades, uma equipe a qual não basta ter o conhecimento científico e teórico tem que ter a sintonia, de um ajudar o outro e assim não só com o enfermo, também com a família. A importância da sintonia da equipe, de cada um saber a importância da especialidade do outro para aquele adoecimento e assim traçar um melhor tratamento. **Conclusão:** compreende-se que é de extrema importância a atuação do psicólogo frente ao cuidado paliativo, auxiliando o paciente e a equipe nesse novo processo. Sendo necessário ao profissional de psicologia está sempre buscando conhecimento, para além dos aspectos psicológicos, mas também a respeito da doença do paciente, para que se tenha facilidade de comunicação com outros membros da equipe e a família, e para que posso responder alguns questionamentos do paciente e de seus sentimentos. A busca pelo aprimoramento técnico e teórico é de fundamental relevância, considerando que o sujeito está em constante transformação e também investindo na sua análise pessoal, o que constitui a formação do psicólogo. Por fim, concluímos que as reflexões entorno dos cuidados paliativos é uma nova concepção de atendimento na medicina. Há um ditado do século XVI que resume essa ideia: “Cure algumas vezes, alivie frequentemente, conforte sempre”.

Palavras-chaves: cuidados paliativos; Equipe de assistência ao paciente; Psicologia.

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro :Diagraphic, 2009.

A IMPORTÂNCIA DA PSICOPROFILAXIA NAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS.

BARROS, Adriane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
adriane.barros@hotmail.com
FIGUEIREDO, Marcela
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
CABRAL, Mitchell
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
ARAÚJO, Ana Tereza
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: A práxis da psicoprofilaxia é acompanhada pelo surgimento do segmento da psicologia no âmbito hospitalar. O psicólogo especializado em Psicologia Hospitalar, tem entre suas inúmeras funções a realização de um trabalho de orientação, que contempla os domínios secundário e terciário do cuidado em saúde, praticadas em ambientes hospitalares. O assunto proposto, visa um olhar mais atento em relação a humanização no decorrer de um procedimento cirúrgico, e possibilita atenuar os impactos oriundos de uma cirurgia, visando a recuperação do paciente. Tendo a informação como uma ferramenta para amenizar reações emocionais elevadas como o medo e também a ansiedade. A psicoprofilaxia cirúrgica, destaca o cuidado preventivo, evitando que o contexto da doença e do procedimento cirúrgico, desencadeie possíveis prejuízos em relação ao psiquismo do paciente, diminuindo assim o surgimento de intercorrências posteriores, sejam elas orgânicas ou psicológicas; promovendo saúde e trabalhando na construção emocional de enfrentamento do paciente em relação ao seu procedimento cirúrgico. Segundo Mitchell (1997, citado por Juan, 2005), para que o stress pré-cirúrgico seja reduzido, um procedimento mais comum e mais utilizado é a preparação psicológica. E Johnson, Janis e Marín (1971, 1983 e 1993, citado por Juan, 2005), explanam que as avaliações cognitivas dependem dos dados de realidade que o indivíduo possui, ou seja, através das experiências que teve até as formulações relativas à própria cirurgia. Sendo, portanto, o ponto central de trabalho, direcionado a solução de conflitos, que advenham de uma situação cirúrgica. **Objetivo:** Pesquisar de que forma os procedimentos de orientação para o paciente, influencia no pré e pós-operatório. Discutindo a postura do profissional de psicologia hospitalar e suas intervenções. **Metodologia:** O presente trabalho advém de uma busca em bancos de dados, SCIELO e PUBMED, sobre artigos científicos que descrevem como se processa o atendimento psicológico aos pacientes e familiares, nas experiências vivenciadas no decorrer de um procedimento cirúrgico. **Resultados e discussões:** O ambiente hospitalar, o estar internado, por si só já provoca toda uma alteração psíquica no paciente. Esse fator pode desencadear uma série de sentimentos que vão desde ansiedade, depressão, medo de complicações no pós-operatório, medo de morrer e angústia. Dentro desse contexto se observa uma demanda

considerável, mostrando que a psicoprofilaxia, que se caracteriza por cuidar dos aspectos emocionais do paciente, se faz necessária como uma importante ferramenta no sentido de observar possíveis traumas que possam surgir no decorrer do pós- cirúrgico, e principalmente um trabalho de ajuda junto aos pacientes, como uma forma de diminuir os efeitos estressores relatados anteriormente. Santos, Martins e Oliveira (2014), observam que o ônus dos estados emocionais, como a ansiedade, a depressão e o stresse na pessoa que vai se submeter a uma cirurgia, é indiscutível, pois se trata de uma ocorrência, que traz para o paciente uma realidade desconhecida e assustadora. E o possível excesso e a continuidade deste estado emocional, reflete no bem-estar físico e psicológico, influenciando na produtividade e qualidade de vida desses indivíduos. As diferenças individuais, caracterizadas pela personalidade de cada pessoa, também devem ser consideradas, assim como o tipo de cirurgia, a extensão e local da mesma. É de suma importância para o profissional de psicologia hospitalar, medir os níveis de ansiedade, de estresse e de possíveis quadros de depressão, que possam surgir no decorrer do procedimento. Outra situação que chamou atenção no decorrer da elaboração desse trabalho, foi a relevância da presença do psicólogo hospitalar nas equipes multiprofissionais de saúde. Turra, Costa Junior, Almeida e Doca (2012), descrevem que o atendimento ao paciente, trabalha com interfaces mútuas. Uma preocupação que perpassar por restrições alimentares (nutrição), assim como a estadia/internação (enfermagem), e que precisam de uma compreensão adequada por parte do profissional de psicologia hospitalar, no sentido de ajudar ao paciente a assimilar essas informações, pois em uma eventual não adesão à dieta, por exemplo, poderia inviabilizar o ato cirúrgico. Ferraro (2005, citado por Juan, 2005), escreve também da importância sobre as contenções das emoções e da escuta, por parte do profissional de psicologia para que ocorra uma adequação adaptativa da realidade. Ele cita ainda, como indispensável, o desenvolvimento de habilidades imprescindíveis, para um possível enfrentamento de situações que por ventura possam surgir no decorrer do ato cirúrgico. **Conclusão:** Quando se trata de intervenções cirúrgicas, ficou evidente a importância da profilaxia nesses procedimentos e também a necessidade de desenvolver um sistema de atendimento à saúde, direcionado ao paciente cirúrgico. Incluindo, ainda, um mecanismo que possa facilitar uma melhor comunicação interdisciplinar, pois é esse campo que significa e processa os inúmeros procedimentos de assistência à saúde. A escuta desse paciente se torna fundamental para que todos os outros processos citados, se tornem possível. Mitchell (1997 apud Turra, Costa Junior, Almeida e Doca, 2012), descrevem indícios sobre a importância da preparação cirúrgica, fundamentado na atitude de enfrentamento individual dos pacientes, no sentido de reduzir os níveis de ansiedade pré-operatória. Ele sugere um modelo psicoeducacional fracionado em três níveis de suporte psicológico: (a) discriminado, onde explicações específicas da atuação médica e de modos de enfrentamento baseado em conteúdo cognitivo; (b) intermediária, tornando as explicações médicas, com relatos comportamentais e sensoriais que devem ser vivenciadas na cirurgia e dicas de manejo cognitivo do enfrentamento; e (c) reafirmação,

onde o uso de técnicas incentivem o conforto psicológico, com instruções para relaxamento e dicas de estratégias de manejo cognitivo. Um elaborado trabalho se faz necessário por parte do psicólogo hospitalar no sentido de atenuar possíveis potenciais de ansiedade e medo da cirurgia, identificando fatores no perfil desse indivíduo que poderiam dificultar o enfrentamento do procedimento cirúrgico. A elaboração de um vídeo educativo, como um eixo de assistência que promova ações de educação, poderia trabalhar os temores desses pacientes, e consequentemente uma escuta mais apurada poderiam trazer bons resultados.

Palavras-chave: Cirurgia, Psicólogo hospitalar, Escuta.

Referências:

- JUAN, Kelly de. Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. Psicol. hosp. (São Paulo) v.3 n.2 São Paulo ago. 2005.
- SANTOS, Marisa Manuela Batista dos; MARTINS, José Carlos Amado; OLIVEIRA, Luís Miguel Nunes. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Rev. Enf. Ref. vol.serIV no.3 Coimbra dez. 2014.
- TURRA, Virginia; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz; ALMEIDA, Fabrício Fernandes; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura. Hospital Universitário de Brasília. Brasília-DF. Brasil. 2Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília (2012).

A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA CLÍNICA COM CRIANÇAS NO PLANTÃO PSICOLÓGICO: FRAGMENTOS SOBRE BACO

PRÊMIO DE MELHOR APRESENTAÇÃO CIENTÍFICA (2º LUGAR)

SANTOS, Elizete Moura dos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente – irelizete@yahoo.com.br
LEVY, Elizabeth Samuel
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.



Introdução: “Denominamos de Plantão, uma forma de escuta voltada para situações de urgência que cada vez mais comparecem nos ambulatórios de hospitais e instituições públicas para atendimento psicológico” (LEVY; PEGADO, 2014, p. 1). Desse modo, a busca para o alívio do sofrimento é o que motiva, muitas vezes, a procura da população em geral pelos atendimentos. Escutar pode possibilitar o alívio dos sintomas e uma abertura para a subjetividade. Neste trabalho pretende-se compartilhar a experiência da clínica infantil no Plantão Psicológico, a qual nos revela uma forma surpreendente de pensar o sujeito e sua constituição. **Objetivo:** Transmitir a significativa experiência da escuta subjetiva mediante o aprendizado no Plantão Psicológico na perspectiva da clínica psicanalítica com crianças. **Metodologia:** Trata-se de fragmentos clínicos dos da escuta do pai e da criança em situação de atendimento no Plantão psicológico, como projeto de extensão Plantão Psicológico e Contemporaneidade: elaboração interventiva em clínica escola (2018.2 – *folha de aprovação em comitê de ética em anexo*). A experiência no Plantão Psicológico se torna um dos elementos primordiais para nossa formação de futuros psicólogos. A clínica-escola é o espaço privilegiado em que a escuta terapêutica se reinventa a cada nova aventura de encontro com o *Outro*. Adentrar nesses desdobramentos foi o que nos fez descobrir o surpreendente universo da Clínica Infantil, em meio a um curto, porém precioso percurso. Utilizaremos o referencial psicanalítico disponível na clínica com crianças, bem como textos produzidos sobre a escuta psicanalítica da urgência subjetiva. **Resultados e discussões:** Lançar um olhar diferenciado sobre a criança nos pareceu uma travessia complexa, porém muito preciosa. O que nos leva a compreender que a criança, para além do senso comum, traduz em seu brincar muito mais do que mil palavras. A criança foi trazida pelo pai principalmente por gritar muito. “Gritar” é o significado do nome Baco (nome fictício do paciente), que tem origem no latim *Bacchus* e no grego *Bákchos*, uma derivação do termo *iacho*. Para a mitologia grega, trata-se de um semideus, motivo que nos leva a analisar nossa escuta clínica a partir do atendimento de uma criança que luta para ser ouvida e reconhecida como sujeito. Baco tem sete anos. Está cursando o terceiro ano do Ensino Fundamental. Reside com a mãe e um irmão mais velho. Mas foi o seu pai que o trouxe ao Plantão Psicológico, motivado não apenas pelas queixas da Escola, mas, sobretudo, pelas próprias preocupações em perceber que o filho “não é inteligente” e, ainda mais, “grita muito”. Durante a entrevista o pai logo afirma que “Baco” se parece muito com ele, principalmente

pela “falta de atenção”. Entretanto, menciona que quando criança foi mais “inteligente”. Porém nunca disse isso a ninguém porque sente receio e preocupação de que o filho não seja “normal”. Quando se pergunta sobre a idade do filho, no primeiro instante, o pai se sente confuso em relação à data de nascimento. Olha-me e diz que tem mais quatro filhos e por isso “se confunde nas datas”, consultando-as quando necessita. Ao entrar no consultório, Baco aparenta ser uma criança comunicativa e agitada em alguns momentos. No início, pergunta-se se sabe o motivo que o trouxe ao Plantão, ele logo afirma que “não”. Então, tenta-se explicar que aquele espaço se pretende a ajudá-lo a compreender-se um pouco melhor. Depois me olha e diz: “Acho que estou aqui porque grito muito quando alguém fala alto comigo”. Pergunta-se: Quem fala assim com você? A criança responde: “Ninguém”. Após essa primeira conversa, convida-se a fazer um desenho livre, no qual surge o boneco do jogo “*manicraft*”. Algo que parece transparecer traços rudimentares, assim também como no desenho seguinte da família. Entre a mitologia grega e a dinâmica familiar do nosso paciente, existe certa evidência de entrelaçamento das subjetividades. Perante uma mãe que o desampara, questiona-se: Será que Baco se sente de fato gestado pela mãe? Pois, alienado ao desejo do pai que parece tê-lo “gerado na coxa”, busca insistentemente uma semelhança identificatória. Porém, o enigma se mostra quando a aparência física os distancia, aproximando-os apenas por um comportamento “desatento”. Em que tipo de confusão a criança deseja intervir? Aparentemente, ela absorve a “agressividade” do pai e, sente o desinvestimento da mãe. Restando-lhe apenas o empobrecido recurso de “gritar” para ser ouvido. Diante de uma mãe considerada “doida” e de um pai “agressivo”, além de inseguro quanto à relação de paternidade, restava a “Baco” um primitivo, recurso, “gritar”, para solicitar o devido socorro. Ao mesmo tempo em que se permitia fantasia ser “adulto”, utilizando-se da lógica da produção de um “vlog” diário, onde se fazia perceber como um verdadeiro “semideus”. Souza (2011) afirma que ao interpretar os desenhos a psicanálise se vale dos significados, símbolos, folclores, estudos dos sonhos, mitos e fantasias. Desse modo, utilizaremos destes recursos para compreender a dinâmica familiar de “Baco” e a queixa apresentada pelo pai. Enquanto Baco desenha, dialoga-se sobre sua mãe e irmãos. Ao mencionar sua mãe diz: “Ela é doida!”. Questiona-se o motivo, porém ele tenta se desviar da conversa, mas comenta que é porque “ela só vive com o celular” e que seu “irmão é muito chato”, porém o único que está próximo. Diante de um pai raivoso/distante e de uma mãe que parece não conceder o amparo devido, Baco, assim retrata sua família no segundo desenho. Além de mencionar detalhes como estes, o paciente relata que tem dificuldades com os colegas na Escola, porque ainda não sabe ler. Disse que só ele e mais outra criança não sabiam ainda. Todavia, manifesta apreço pelas atividades e criatividades em sala de aula. Mas disse que gostava mesmo de fazer vlog, inclusive já estava na hora de produzir. Será que a resistência de Baco, em relação ao aprendizado, não é um sintoma em resposta à dúvida paterna? Enquanto ele se mantém “desatento”, torna-se semelhante ao pai, embora diferentes fisicamente. Insatisfeito o pai pergunta: “Será que ele é normal”? No entanto, inverte-se a pergunta: O que você pensa sobre o ser “normal”? Então,

o pai menciona preocupações com as características físicas de Baco, assim como a cor da pele e os olhos grandes. Nesse instante, a queixa inicial se encontra claramente distante da queixa latente, abrindo-se um “furo” para que se possa levantar a seguinte hipótese: *“Trata-se de fato de uma criança que não é inteligente ou de um sujeito que busca insistentemente ser reconhecido?”*. Nem que seja pelos seus “gritos”, assim como “Baco” os manifesta. Lacan afirma em seu escrito “Duas notas sobre a criança” (1969), conforme mencionado por Gaia (2017), que é necessário haver desempenho de “duas funções fundamentais e estruturantes para a formação do sujeito: a função da mãe e a função do pai”. Assim, a teoria lacaniana nos propõe o seguinte olhar sobre a perspectiva clínica: “o sintoma da criança corresponde ao que existe de sintomático na estrutura familiar, relacionado às funções materna e paterna” (GAIA, 2017). Segundo Moura (2015), a criança se relaciona com o Outro simbólico “para além daqueles que eventualmente o encarnam, entendido como o próprio campo da linguagem e suas leis”. Essa particularidade da clínica infantil também nos permite perceber que existe a relação com o próprio sintoma, uma vez as crianças ainda não estão “expostas à experiência do desejo e da castração” ou até mesmo não sendo confrontadas com experiências que tenham que assumir suas próprias responsabilidades. **Conclusão:** Ao escutar Baco em seu sofrimento psíquico pude perceber o que a clínica psicanalítica poderia articular na dinâmica familiar em que ele estava enredado. Porém, muitas questões comparecem e seriam necessárias outras articulações e um processo terapêutico para que Baco ao carregar os sintomas dos pais, possa simbolizar seus afetos e transformar gritos em palavras. Para finalizar, precisamos sempre lembrar que a experiência clínica tende a fazer o entrelaçamento daquilo que Freud (1911- 1915 [1914]) enunciou como o tripé necessário para a formação do analista: Formação teórica; análise pessoal e supervisão. O Plantão Psicológico nos proporciona uma melhor compreensão de nossa formação quando se estabelece essa relação mais íntima e indispensável.

Palavras-chaves: Plantão Psicológico; Escuta psicanalítica; Clínica com crianças.

Referências:

- GAIA SOUZA, Suzane de. AS HISTÓRIAS DA PEQUENA IDA: considerações sobre o lugar dos pais no tratamento psicanalítico de crianças (artigo ainda não publicado). Apresentação realizada em sala de aula - Disciplina: Psicoterapia Infantil, 2017.
- LEVY, Elizabeth Samuel; PEGADO, Débora. PLANTÃO PSICOLÓGICO E LUTO: A escuta da urgência subjetiva. Trabalho apresentado no 6º Congresso de Psicologia Fundamental, 2014.
- MOURA COSTA, Fernanda. O tratamento psicanalítico com crianças. Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/o-tratamento-psicanalitico-com-criancas/>. Acesso em: 15/09/2017.

ATUAÇÃO DO PSICOLOGO HOSPITALAR JUNTO A ADESÃO DO PACIENTE COM INSUFICIENCIA RENAL CRONICA- IRC.

CABRAL, Luana Silva
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
luna2015psi@gmail.com

BEZERRA, Malena Catarine Reis
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

BACCHINI, Alessandro Melo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente –
alessandromelobacchini@gmail.com

Introdução: A insuficiência renal crônica – IRC, atinge indivíduos de diferentes faixas etárias e resultam de diversas causas possíveis: doenças sistêmicas que afetam diretamente os rins como diabetes e hipertensão, doenças congênitas ou ainda doenças hereditárias. Assim que a função renal atinge 10% de sua função normal, faz-se necessária a intervenção de outros métodos de tratamento, como o processo de diálise ou o transplante renal. Cada modalidade de tratamento dialítico tem como intuito suprir algumas das funções renais, aliviar sintomas e/ou preservar a vida do paciente, mas nenhuma é curativa. O paciente com insuficiência renal crônica vivencia diversas limitações em sua rotina e inúmeras mudanças, além de restrições alimentares e ingestão de líquidos, o tratamento da doença implica uma rotina monótona e invasiva (PASCOAL, 2009). Neste ponto, considera-se fundamental a inserção de um psicólogo na equipe multidisciplinar, pois sua atuação implica numa modalidade de cuidado para além da cura orgânica, voltado para os aspectos psicológicos que acompanham os indivíduos em cada processo saúde-doença. Pensando o psicólogo como um profissional capaz de cuidar em seu caráter holístico, enfatizamos seu lugar necessário em estabelecimentos hospitalares, em especial, no cuidado a pacientes da nefrologia (MATURANA 2016). **Objetivo:** Propor uma revisão bibliográfica de trabalhos publicados sobre os fatores que envolvem a adesão ao tratamento hemodialítico e atuação do psicólogo junto a esse paciente no processo saúde-doença. **Metodologia:** Este artigo é de caráter descritivo e bibliográfico, tendo como base a literatura da psicologia hospitalar. Levando em consideração as dificuldades encontradas pelos pacientes renais crônicos em aderirem o tratamento, pela complexidade de fatores envolvidos e como o psicólogo pode ajudar nessa travessia de ressignificação do mesmo. **Resultados e discussões:** Observa-se um grande aumento na demanda de pacientes renais crônicos, o processo gera uma série de fatores estressantes ao portador de IRC, tais como: alterações na autoimagem, mudanças no estilo de vida, mudança na vida sexual, gerenciamento de tempo, gerenciamento financeiro, afeta o seio familiar pois o paciente desencadeia limitações físicas e psicossociais. O paciente com IRC, poderá passar por sofrimentos psíquicos que vão da depressão a transtornos sociais. A família, como suporte psicológico, é de extrema importância já que esse indivíduo pode vir a se sentir desamparado diante de inúmeras limitações que o tratamento lhe impõe. Tais perdas se

referem não apenas ao próprio corpo, mas às representações que podem surgir pela perda de colegas em tratamento – fato que, infelizmente, faz parte de sua rotina (GARGIA, JUNIOR & ZIMMERMANN, 2006). O trabalho do psicólogo em pacientes com IRC, deve ser realizado tanto no diagnóstico quanto no decorrer do seu tratamento para uma reestruturação psíquica. O atendimento psicológico auxilia no esclarecimento e quebra de paradigmas que se faz diante da doença crônica. Compreender, avaliar o contexto em que o paciente está inserido e a forma de lidar com a doença e tratamento, ajudará o profissional acompanhar o paciente em seus caminhos de vida, pensando, com ele, não apenas nas limitações, mas também em metas ligadas aos seus desejos. O psicólogo deve auxiliar no resgate da autoestima, e sua autonomia, bem como proporcionar uma melhor elaboração e adaptação para aderência ao tratamento, ajudar a lidar com as exigências complexas, rotineira e monótonas que irão fazer parte de sua nova realidade. A importância do psicólogo no contexto de IRC faz – se necessário o atendimento a família e a equipe que dá suporte técnico para o usuário. **Conclusão:** Sabendo que o paciente de uma doença crônica chega ao hospital carregado de mitos, fantasias, medos e inseguranças e que seu desconhecimento sobre o tratamento para a insuficiência renal crônica pode levar até mesmo ao abandono do tratamento, temos a importância do psicólogo para aderência do paciente, especialmente no que diz respeito à esta desconstrução imaginária. O psicólogo hospitalar tem, como objetivo, dar suporte para esse paciente o qual possa ressignificar sua nova vida e do atendimento a subjetividade do indivíduo e um tratamento humanizado para ele, seus familiares e equipe.

Palavras-chaves: Atendimento psicológico; insuficiência renal crônica, tratamento

Referências

- GARGIA, C. Junior & Zimmermann, P.R. (2006). Transplante de órgãos. In N. J. Botega. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência. Tratamentos psicológicos: psicoterapia de apoio e relaxamento. Porto alegre: Artmed
- PASCOAL, Melissa (2009). A importância da assistência psicológica junto ao paciente e hemodiálise. Rio de Janeiro.
- MATURANA, Ana Paula Pacheco Moraes (2016). Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. São Paulo.
- FREITAS, Paula P. Werneck & Cosmo Mayla (2010). Atuação do psicólogo em hemodiálise. Universidade Católica de São Paulo.

ATENÇÃO PSICOLÓGICA A PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM ESPERA POR TRANSPLANTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

ALMEIDA NETO, Gidalte Alves de
Universidade da Amazônia (UNAMA), Discente,
gidaltealmeida@gmail.com

LOBATO, Samantha Moraes Cabral
NEFROCENTRO/Pará, Psicóloga, Preceptora de campo.
samlobato@hotmail.com

Introdução: As doenças renais crônicas consistem na perda gradual da atividade renal, sendo irreversível na maioria dos casos, seus avanços acometem diretamente o funcionamento biológico, psicológico e social do paciente (FONTOURA, 2012). Dentre as estratégias de tratamento a insuficiência renal crônica, o transplante surge como uma opção satisfatória, oferecendo bons resultados, e de bom custo benefício ao sistema de saúde e ao paciente. Nestes casos, trata-se da transferência de rins entre dois indivíduos, podendo o doador, vivo ou morto, ter vínculo familiar ou não com a pessoa que recebe o órgão. O primeiro caso bem-sucedido de transplante renal entre seres humanos vivos é datado do ano de 1954, nos Estados Unidos, realizado entre irmãos gêmeos univitelinos. Já no Brasil, o primeiro registro trata-se do ano de 1965, de lá até a atualidade houveram mudanças significativas, em termos de prática e legislação, que fundamentam a atividade de transplante no país (FONTOURA, 2012). O mesmo autor, pontua acerca dos tratamentos às doenças renais crônicas, e sobre como estes podem ser caracterizados pela árdua rotina e exaustividade gerada à pessoa que é submetida ao tratamento, tendo impactos diretos ao quadro psicológico destes pacientes. O transplante, por sua vez, desperta ainda mais repercussões subjetividade, sendo constantemente objeto de estigmas e fantasia aos pacientes. SIMONETTI (2004), traz significativas reflexões a respeito do olhar ao paciente, sendo necessário compreendê-lo a partir de uma perspectiva de quem sofre em decorrência ao seu adoecimento e tratamento. O compreendendo para além de uma esfera física e biológica, e considerando todas as possíveis repercussões oriundas de sua enfermidade. **Objetivo:** O presente trabalho objetivou uma revisão literária acerca do acompanhamento psicológico a pacientes renais crônicos, em situação de espera por transplante, assim como as repercussões subjetivas que este determinado momento desperta nos sujeitos em tratamento. **Metodologia:** Se deu por uma revisão literária inspirado na experiência do autor em campo, no atendimento a pacientes renais crônicos em espera por transplante, utilizando livros, dissertações e artigos científicos como ferramenta de pesquisa. **Resultados e discussões:** Diferente do acompanhamento clínico tradicional, o paciente em hospitalização não escolhe receber atendimento, o sofrimento psíquico vivenciado neste momento pode se sobrepôr ao sofrimento físico, sendo necessário estar atento a todo manuseio das condições do transplante, na tentativa de evitar possíveis medos e quadros de ansiedade

(GARCIA; HOLANDA; SOUZA, 2005). SIMONETTI (2004) define os aspectos psicológicos como as manifestações subjetivas em decorrência ao adoecimento, desta forma, no caso de pacientes em espera por transplante, os mecanismos de negação, revolta, depressão e enfrentamento, pontuados por SIMONETTI, são ainda mais perceptíveis, repercutindo no estado emocional do paciente, adotando posturas diferentes de confronto durante este período de constante expectativa. O suporte psicológico torna-se essencial no processo de espera por transplante renal, isto porque as reações podem ser as mais adversas possíveis, sendo comum a atribuição de diferentes significados e fantasias às experiências com o novo órgão (GARCIA; HOLANDA; SOUZA, 2005). Cabe ao psicólogo hospitalar oferecer escuta e dar voz às experiências do sujeito, sustentando a angústia, e oferecendo condições para uma possível elaboração simbólica aos pacientes nesta situação, considerando a complexidade deste momento para o paciente, e aos significados atribuídos a esta espera, o que traz repercussões positivas não somente para o tratamento, mas para a pessoa que sofre. (SIMONETTI, 2004). **Conclusão:** Considerando o baixo número de materiais científicos associados ao período de espera por transplante renal, torna-se ainda mais relevante a discussão acerca do suporte psicológico a pacientes que se encontram neste período. A escuta psicológica deve ser utilizada no processo de espera pelo transplante renal, como forma de auxílio ao sofrimento e angústia que este tempo pode gerar, reconhecendo os impactos subjetivos do entorno do adoecimento, sendo a psicologia ferramenta de suporte fundamental ao paciente.

Palavra-chave: Transplante renal; Espera por transplante; Psicologia Hospitalar

Referências:

- FONTOURA, F. A. P. A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida. Dissertação de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8221-a-compreensao-de-vida-de-pacientes-submetidos-ao-transplante-renal-significados-vivencias-e-qualidade-de-vida.pdf>
- GARCIA, M. L. P; SOUZA, A. M. A; HOLANDA, T. C. Intervenção psicológica em uma unidade de transplante renal de um hospital universitário. Psicol. cienc. prof.[online]. 2005, vol.25, n.3, pp.472-483. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300011>
- SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar - O mapa da doença. Editora Casa do Psicólogo, 2004. Acesso em 14 de março de 2019.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PLANTÃO PSICOLÓGICO JUNTO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS.

SILVA, Igo Felipe Azevedo da Silva
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente - igorazevedo78@gmail.com

ALVES, Maria de Nazaré Pereira
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

SILVA, Isabela Ramos

SOUZA, Adriana Silva

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

Mendes, Ana Beatriz

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Msc. MONTEIRO Viviam Fragoso Rei

Introdução: O presente relato de experiência no plantão psicológico visa compartilhar os impactos, atravessamentos e as intervenções terapêuticas, diante de pacientes diagnosticados com o vírus do HIV/AIDS. Segundo os autores referenciados nesta pesquisa, as manifestações psicossomáticas, as incertezas do futuro, o medo da morte, os processos invasivos decorrentes da hospitalização, o preconceito e o estigma social associado ao diagnóstico, são fatores que influenciam e modificam o cotidiano do paciente provocando impactos imediatos diante da confirmação do diagnóstico de soro positivo para o HIV/ADS, assim como as fragilidades nas relações com o outro. Segundo Simonetti (2004) o que se observa é que ele fica passivo ou agressivo, argumenta sobre aspectos que parecem ter pouca importância, muitas vezes tenta se impor ao que está sendo realizado, podendo manifestar raiva ou se deprimir durante o processo. **Objetivo:** Socializar a experiência em atender paciente no plantão psicológico que recebeu o diagnóstico de soro positivo para HIV/ADS e Compartilhar as intervenções possíveis para amparar o sofrimento psíquico desencadeado pelo estresse diante do impacto do diagnóstico. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que contenham informações sobre HIV/ADS na plataforma de pesquisa acadêmica Scielo e livros que enfatizam a temática, bem como os relatos das experiências dos atendimentos realizados pelos plantonistas. **Resultados e discussões:** Foram levantados artigos referentes ao tema e analisados qual a reação do paciente diante da confirmação do diagnóstico de HIV/ADS. **Conclusão:** Embora o HIV/ADS não seja mais considerado como uma doença mortal como nas décadas passadas o fato de não ter cura e sim controle, ainda provoca reações que ultrapassa os limites da dimensão biomédica e envolvem aspectos psicológicos e sociais, significando uma somatização no paciente. Observa-se que na experiência do plantão psicológico que o paciente portador do vírus HIV/AIDS vive uma vida carregada de privações, preconceitos, discriminações, culpabilidades e sofrimento psíquico que influencia no seu desempenho acadêmico, sexual, profissional, prejudicando suas relações familiares, amorosas e sociais. A intervenção terapêutica no plantão objetiva propiciar um espaço de escuta, acolhedor e confiável, em que o cliente fale de

seu sofrimento, de vazão a sua dor e ampliar sua percepção diante das várias possibilidades de conviver com o diagnóstico ressignificar sua existência, mediante sua condição biopsicossocial para conviver com HIV/AIDS e suas implicações.

Palavras-Chaves: Hiv/Aids, Somatização, Intervenção Terapêutica.

Referencias:

MONTEIRO, Simone. QUAL PREVENÇÃO? Aids. Sexualidade e Gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) no campo das DST/aids - Brasília: CFP, 2009. Disponível em: > http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2010/11/livro_web3_FINAL2.pdf < acessado em. 16/03/2019.

A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO ESCOLAR NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE ÉTNICO-RACIAL DA CRIANÇA NEGRA.

MACHADO, Diego
Universidade da Amazônia (UNAMA)
diegoma_chado@outlook.com

LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA) – docente.

Introdução: Em nossa sociedade, a escola, constitui-se como um meio social diferenciado na construção da subjetividade, identidade, autoestima e reconhecimento do sujeito. Assim sendo, durante o processo de tomada de consciência da criança negra, representatividade é um fator essencial, visto que a falta de referenciais, figuras próximas com quem a criança negra se identifique também pode vir a prejudicar seu desenvolvimento, posto que essa criança precisa se enxergar no outro, como semelhante. De acordo com Sebastião (2016), quando a criança começa sua vida escolar, a socialização e constituição de sua identidade já foram iniciadas, de forma que a descoberta da diferença entre os sujeitos traz também a percepção da identidade racial. Assim permitindo uma construção da identidade com a valorização de si e do seu grupo de origem.

Objetivo: Identificar qual o papel da escola no processo de subjetivação do sujeito, e, investigar quais, dentro deste ambiente, referencias as crianças negras possuem que contribuam para a construção da sua identidade étnico-racial. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa como método. O levantamento de dados alcançou 110 sujeitos e foi obtido através da aplicação de um questionário eletrônico disponibilizado online, contendo 20 questões, sendo 4 subjetivas e 16 objetivas. Optou-se como fator de inclusão, indivíduos adultos maiores de 18 anos, de qualquer gênero, que se identificassem como negros e tenham frequentado o ensino fundamental regular, seja em escolas particulares ou públicas.

Resultados e discussões: Quanto à identificação, participaram da pesquisa um total de 110 pessoas, 64,5% de respostas, foram obtidas de participantes que se identificam com o gênero feminino, seguido de 30% participantes do gênero masculino e 5,5% de participantes LGBTQ+. Sobre a vida escolar, estes se declararam em sua maior parte terem cursado o ensino integralmente em Escola Pública, correspondendo a 49,1%, seguido de 19,1% das respostas tendo estudado maior parte em Escola Pública. Um total de 40% dos participantes reconhecia-se como negro durante a infância no ensino fundamental, os outros 60% não se enxergavam como negros. Durante o período do ensino fundamental, 37,3% dos participantes consideravam-se morenos, 33,6% consideravam-se pardos e 9,1% participantes se viam como brancos. Munanga (2004), traz à tona a problemática que é definir quem é negro no Brasil, num país onde se desenvolveu o desejo de branqueamento racial. Há pessoas negras que crescem e introjetam o ideal de branco e não se consideram como negras. Assim, a questão da identidade do negro é um processo que se dá pela tomada de consciência, processo por vezes doloroso que envolve questões históricas, sociais, culturais, políticas e

econômicas mais amplas. **Conclusão:** Na instituição escolar, assim como na sociedade, nos comunicamos também por meio do corpo, um corpo que é construído biologicamente e simbolicamente na cultura e na história (GOMES, 2002). A pele e o corpo surgem, então, nesse contexto, como suporte da identidade negra, a escola pode atuar tanto na reprodução de estereótipos e do preconceito racial sobre a criança negra, o corpo e o cabelo, quanto na superação destes modelos. Através da discursão promovida por este trabalho, entende-se que para os indivíduos negros, as vivências no espaço escola, demonstram se constituir de muitas experiências desagradáveis e carregadas de conteúdos nocivos, o que dificulta o reconhecimento de uma identidade positiva, ao mesmo tempo em que lhes confere o lugar de exclusão, deste modo, percebeu-se que a escola possui papel fundamental na formação da identidade da criança negra, pois a forma como ela se vê e se coloca nesse ambiente também é determinante para a construção da sua existência quanto pessoa negra.

Palavras-chave: Identidade Negra; Relações Étnico-raciais; Escola; Psicologia.

Referências:

- GOMES, Nilma Lino. Trajetórias escolares em corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos ou resignificação cultural. *Revista Brasileira de Educação*, n. 21, p. 40-51, 2002.
- SEBASTIÃO, Michelle Brandão. Um Olhar Para as Relações Raciais na Educação Infantil: A Questão da Identidade Negra. Universidade Estadual de Campinas, 2016.
- MUNANGA, Kabengele. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. *Estudos avançados*, v. 18, n. 50, p. 51-66, 2004.

O CONSUMO E A IDENTIDADE: REFLEXÕES SOBRE POSSÍVEIS FORMAÇÕES DE SUBJETIVIDADE

BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja;
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
acadprof.junior@gmail.com

BERBAT, Carolini Moulié Cidrini Gonçalves.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

PIMENTEL, Anne Beatriz Davi;
Universidade da Amazônia (UNAMA) – discente.

SILVA, Jéssica Santos da.
Universidade da Amazônia (UNAMA) – discente.

MAIA, Antônio Carlos Pires.
Faculdade Conhecimento e Ciência (FCC) – docente.

Introdução: A nova era do capitalismo frisa o consumo como estilo de vida da sociedade líquida. Sendo o consumo a prática de adquirir bens e serviços, seja ela de qualquer natureza, tornando o consumo a matriz do sistema capitalista. A lei da oferta e procura movimenta o comércio munindo as engrenagens deste sistema, sendo necessárias “rodas” para esse movimento acontecer, papel este que cabe a sociedade. A sociedade do consumo é a geração do lucro, da atividade comercial e de mercadorias refinadas, mesmo que não seja nativo desta. Entretanto, crescer financeiramente propõe um questionamento sobre a subjetividade, tendo em vista que a nova configuração social induz o crescimento de um ser ativo às novas tendências, influenciando diretamente a construção do autoconceito individual. **Objetivo:** Analisar a relação entre as concepções de modernidade líquida e consumo, conforme o pensamento de Zygmunt Bauman, bem como refletir sobre a formação de identidades a partir da influência do consumo na modernidade líquida, a partir dos apontamentos da abordagem psicológica de Carl Rogers. **Metodologia:** A pesquisa é de cunho qualitativo e bibliográfico. A partir das obras de Zygmunt Bauman (2008) sobre o consumo e, das obras de Carl Rogers (1959, 1980, 1991) para se pensar subjetivação. Com isso, poder construir uma articulação teórica sobre constituição e a dinâmica das identidades. **Resultados e discussões:** Consumo é o que se utiliza, aquilo que é gasto, uso que se faz de bens e serviços produzidos, conjunto do que é utilizado por alguém em específico, por um grupo ou sociedade. Por identidade, como o reconhecimento de que o indivíduo é o conjunto de modos particulares, que identificam e reconhecem uma pessoa, no âmbito familiar e no âmbito social, designando o seu posicionamento em uma sociedade. Podendo ser construída de forma individual ou coletiva. É importante frisar que o consumo e consumismo não possuem a mesma definição. Consumo é o fenômeno da prática que leva as pessoas a adquirirem algo relacionado à necessidade e/ou sobrevivência; com o consumismo essa relação é quebrada, em outras palavras, a pessoa não precisa daquilo que está comprando. Assim, pode-se dizer que o consumismo é um tipo de disposição social resultante da diversidade de

vontades, desejos e anseios humanos rotineiros, permanentes, transformando-o na principal força propulsora e operativa da sociedade, além da formação de indivíduos, desempenhando ao mesmo tempo um papel nos processos de auto identificação individual e grupal. Bauman (2008) retrata essa realidade como de grande impacto na existência das pessoas. Esse movimento é feito visando a felicidade, esta que não é alcançada ou comprovada. Neste sentido, o autor menciona que os indivíduos não só se mostram compulsivos no ato de adquirir objetos (que lhes causam sensações), mas se tornam mercadorias também. Ambos os casos são indicadores da perda de espontaneidade no convívio social vivenciada pelos indivíduos. Esse prejuízo é evidente nos estudos em Psicologia, nas suas diversas áreas, de maneira central: os sujeitos estão desaprendendo a viver em conjunto. A abordagem não diretiva, de influência humanista, de Carl Rogers (1959, 1980, 1991) compreende o sujeito como um alguém inclinado à autorrealização, ou seja, em contextos de necessidade, a pessoa tem sua existência mobilizada para uma adaptação, um equilíbrio para com o ambiente. Segundo o autor, essa qualidade é, nos sujeitos, inata. Ele representa este organismo inclinado à auto realização como “self”. O self ou autoconceito se constitui em dois componentes: o self real e o self ideal. O primeiro se apresenta como um conjunto cujos componentes dizem respeito às percepções, sejam elas conscientes ou não de quem se é. Já o self ideal se mostra como um conjunto de percepções, da mesma forma como se apresenta o real, porém este adquire um cunho mais idealístico, de quem se deve ser. No que diz respeito à dinâmica desses dois conceitos, Rogers (1959, 1980, 1991) traz os estados de congruência e incongruência. Acerca da congruência, se fala em um estado de equilíbrio, de harmonia entre os dois selfs. Nesse caso, o que se quer ser está de acordo com um desenvolvimento saudável do que se é. Em casos de desequilíbrio desses dois conceitos, se mostra um estado de incongruência nesse sujeito. Nesse momento de desarmonia e de falta de contato com a verdadeira necessidade do organismo, o indivíduo acaba tomando posturas disfuncionais em sua existência, o que acarreta em diversos comportamentos causadores de sofrimento psíquico. Ser consumidor é praticamente uma obrigação e um dever humano, aqueles que não se adequam se sentirão abaixo do padrão. O indivíduo necessita se esforçar para se encaixar nessa conduta e evitar a humilhação social, pois o fracasso e o desempenho são de responsabilidade individual. Portanto, é preciso “fazer de si mesmo uma mercadoria vendável”. Os “consumidores falhos”, aqueles que não têm recursos para responder aos apelos dos mercados de bens de consumo, os que estão na “subclasse”, são pessoas que falharam, por isso, são consideradas “inadequadas” para a sociedade de consumidores. O mercado utiliza-se do medo da inadequação, que mobiliza os membros da sociedade, e, por consequência, da busca pela autorrealização dos indivíduos que procuram adaptar-se para estar em equilíbrio com o meio, fornecendo para isso ferramentas e instrumentos exigidos para alcançar a tendência atualizante. De maneira geral, a partir do exposto, a articulação entre as duas teorias reside na seguinte questão: os indivíduos constroem sua subjetividade a partir das possibilidades que o ambiente os apresenta, estas possibilidades estão

baseadas em relações de consumo. Partindo da noção de *Self*, como a sensação de felicidade no consumo não é alcançada, os *selfs* construídos serão mais ideais do que reais, ou seja, crescendo a incongruência e, com isso, o sofrimento psíquico. Isto se daria, pois, o contexto consumista não é seletivo para com os indivíduos, a ideia que paira sob os sujeitos é a aptidão comum para o consumo, uma ideia errônea. **Conclusão:** Falar em uma sociedade de consumidores significa dizer que o centro da vida social é o consumo, mais especificamente o consumismo, não apenas como característica individual, mas como um arranjo social, que transforma as vontades e os anseios das pessoas na principal fonte propulsora e operativa da sociedade. Nessa configuração social o “ser” é buscado a partir do “ter”, ocasionando na falta de liberdade para a autonomia e para o autodomínio individual acometendo ao sujeito danos de incongruências entre os selves. Assim, mostra-se que o ato de consumir age como motor numa subjetividade baseada na autorrealização, a partir do desejo do ter, para ser assim aceito na sociedade. Evidente, esse indivíduo pode estar à frente de todo o teor coercitivo ao qual é alvo. Contudo, ao constatar que o consumo organiza as relações sociais, é possível que o sujeito assuma uma mudança de posição e siga em um estilo de vida mais congruente, não mais a partir de referenciais inalcançáveis de existência.

Palavras-chave: Self; Autorrealização; Sociedade; Identidade; Consumo.

Referências:

- BAUMAN, Zygmunt. Vida para consumo: a transformação de pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- ROGERS, Carl Ransom. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Nova York: McGraw-Hill, 1959.
- ROGERS, Carl Ransom. A way of being. Boston: Houghton Mifflin Company, 1980
- ROGERS, Carl Ransom. Tornar-se Pessoa. Tradução Manuel José do Carmo Ferreira. ed. 4. São Paulo: Martis Fontes, 1991.

O SUJEITO POR TRÁS DO PARADIGMA DE “PERIGO”: RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO DIÁLOGO HORIZONTAL EM HOSPITAL GERAL PENITENCIÁRIO

SOUZA, Luiza Ariel

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

luizaariel@hotmail.com

LIMA, Altieri Duarte Ponciano Lima, Psicólogo

limaaltiere@gmail.com

LEÃO, Lucas Dourado, Psicólogo

lucasdourado57@gmail.com

Introdução: O presente relato foi construído a partir de um diálogo horizontal comunidade-cárcere, comunidade está representada por estudantes de Psicologia em um Hospital Geral Penitenciário do Pará. Com fim de promoção da reintegração social, os estagiários iam ao encontro dos sujeitos privados de liberdade com o interesse na inclusão das subjetividades dos sujeitos em medida de segurança, visando quebra de preconceitos formados por uma sociedade fragmentada, marcada por conflitos históricos entre partes, tão como a falta de empatia na escuta e na presença daqueles socialmente excluídos, sabendo que há um sujeito ali presente e não um sujeito formado exclusivamente por seu delito e seu transtorno mental. Este relato objetiva mostrar a experiência de uma reintegração feita pelo grupo, a qual resultou em consequências positivas tanto para os estudantes quanto aos internos. Como exemplo disto, a maioria dos internos participantes do grupo conseguiram trabalho dentro do Hospital Geral, pela melhoria de conduta, podendo ter acesso a outros espaços do Hospital, tão como a liberdade, que ocorreu no penúltimo encontro do grupo, de um interno. Ao longo do trabalho a pergunta problema pertinente em como reintegrar uma pessoa socialmente excluída por uma questão de saúde mental recebe o rótulo de perigosa. Este estudo tem importante relevância social por uma reflexão a favor da quebra do paradigma, socialmente construído, sobre quem é o sujeito perigoso. Estes contextos e muitos outros, serão apresentados, em que o Grupo de Diálogo Universidade-Cárcere-Comunidade, criado por Alvin August de Sá como professor e coordenador do projeto em São Paulo, ao ver o contexto do sujeito preocupou-se em estudar não somente o processo de marginalização secundária, mas o que vem antes, a marginalização primária e as relações sociais historicamente conflituosas que são construídas em cada contexto. **Objetivo:** Apresentar uma possibilidade de reintegração social a partir do diálogo horizontal com pessoas em medida de segurança no Hospital Geral Penitenciário. **Metodologia:** Relato de experiência a partir do Grupo de Diálogo Universidade-Cárcere-Comunidade; utilizando a Criminologia Crítica, Criminologia Clínica e Psicologia Criminal como suporte teórico- metodológico. **Resultados e discussões:** Ao pensarmos o sujeito apenado, observa-se a primeiramente seu crime, o que Alessandro Baratta (1980) chama de exclusão social pela via de uma marginalização secundária. O crime passa a ser um rótulo e uma marca indelével na vida do sujeito preso, porém, este crime é resultado

de um processo anterior, quando o crime se tornou uma opção e por algum motivo o sujeito o escolheu. Trata-se da marginalização primária. Tal movimento, a saber, é resultado do conflito histórico entre ter ou não ter, pertencer ou não pertencer, entre ser ou não ser. Essas angústias, de certa forma inconscientes, que vivenciam as pessoas privadas de sua liberdade, deixam de serem vistas pela comunidade, e passam a ser conhecidas apenas como uma ameaça, um perigo social, justificando o encarceramento e o esquecimento do mesmo. A partir deste contexto, frases como “o que você faria se me visse lá fora?”. Eram recorrentes durante o grupo, o qual tinha a proposta de um diálogo horizontal entre os integrantes. O Grupo de Diálogo Universidade-Cárcere-Comunidade visa o sentimento de ressocialização ao sujeito privado de liberdade mostrando que há quem se importe com sua história e sua condição de humano e não com o seu delito ou a visão do “louco” que está internado em um Hospital Penitenciário. Como proposto por Alvin August de Sá, o GDUCC foca na dinâmica de um diálogo simétrico e autêntico, visando a reintegração; com experiências e significações numa compreensão mútua dos divergentes litígios históricos. A significância de periculosidade que outrora tinha relevância no contexto das medidas de segurança aplicáveis aos indivíduos classificados como penalmente inimputáveis, portadores de problemas mentais, agora não existe mais. Sendo inserida a fragilidade da avaliação e constatação da periculosidade, tendo em vista ser uma tarefa dotada de alta carga subjetiva, contando com a probabilidade, sem que exista algum critério científico eficaz a conferir tal fator, perde sua dimensão preponderante e olha para o sujeito apenas cumprindo medida de segurança como um cidadão, sujeito de direitos podendo ser reintegrado a sociedade. É válido ressaltar que uma ação ilegal, o crime, tendo em vista um litígio histórico, não é um fator isolado e único, este faz parte de um conjunto, trazido por um contexto, onde há em seu cerne a expressão de uma consequência social criada, inserindo-se em uma marginalização primária sofrida ao decorrer de sua história, resultando em um comportamento socialmente problemático. Desta forma, é possível dizer que o indivíduo é um autor situado, como dito por Débuyst, onde o indivíduo interatua em seu contexto inserido, com os demais também contribuindo à construção de uma história e inserção inadequada deste indivíduo nas malhas sociais, tendo experiências refletidas e consequenciais, com relações sociais rompidas e corrompidas. Desta forma, a Teoria do Etiquetamento remete, também, à ideia de uma teoria criminológica, marcada pela ideia de noções de crime e criminoso, as quais são construídas socialmente, partindo de uma definição legal e das ações de instâncias oficiais de controle social sobre o comportamento de indivíduos. A priori, durante o primeiro encontro do grupo foi possível observar que, após a explicação sobre o objetivo dos estagiários, as falas dos internos baseavam-se sobre o motivo de estar ali. Apesar da inquietação e grande interação no grupo, ora de êxtase pela presença dos estagiários ali com eles, ora de curiosidade pelos encontros seguintes, as suspeitas sobre a explicação dada do grupo ainda estavam presentes. Deste modo, quando os estagiários perguntavam sobre eles, até mesmo apenas seu nome, as respostas eram baseadas na explicação por estarem detidos, tão como qual o delito cometido.

Era possível observar que as pessoas que iam a seus encontros tinham o interesse na história do indivíduo a partir do acontecimento que o levou à justiça, não o que ele realmente é. Ademais, o descaso feito com a saúde mental daquele grupo de internos, era perceptível. O Hospital Geral Penitenciário do Pará é composto tanto por indivíduos em sofrimento psíquico, usuários de drogas, quanto por portadores de alguma debilitação de saúde de uma forma geral. Deste modo, a demanda de cuidados que uma pessoa com transtorno mental necessita não era alcançada, por falta de recursos e estrutura, dificultando a realização de serviços à saúde de modo eficaz e integral. Por isso, não é possível cumprir a proposta do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), pela falta de redirecionamento efetivo da atenção, ao negligenciar o acesso e a qualidade do tratamento e acompanhamento da execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal. Entretanto, após ser ressaltado que o interesse dos estagiários era por sua subjetividade, o grupo passou a ter uma movimentação de interação horizontal, onde os internos demandavam seu lugar de uma extensa fala, mas também demonstravam interesse sobre os outros participantes do grupo. Ao seguir dos encontros, relatos de presença de ansiedade em espera da terça-feira (dia da semana em que o grupo ocorria) eram constantes, observava-se que por naquele tempo de grupo eles pudessem expressar sentimentos que, talvez, não ligados antes. O medo do esquecimento pelos estagiários também fazia-se presente, em falas como “depois daqui vocês nem vão lembrar de nada”, mas a questão maior não era sobre os estagiários, mas sim o ‘costume’ do abandono deixado ali; a falta da família, amigos, círculos de convívio e, até mesmo, a falta social. Os encontros eram marcados de conversas, onde eram resgatados diversos pensamentos e sentimentos. Sentimentos já silenciados que, notava-se, um pedido de socorro à liberdade, liberdade social, liberdade de fala, liberdade de ser-no-mundo mais uma vez ou, talvez, pela primeira vez. Falas de esperança e recomeço também apareciam e os estagiários estavam ali para, também, resgatar este ar. Suspiros profundos de marcas mais profundas ainda. Entrar naquela sala com todas as cadeiras expostas e, ao final de cada encontro, escutar os agradecimentos e música ao vivo, tocada por um dos internos, também era renovador à volta para casa dos estagiários. O grupo era, de uma maneira geral, um canal de escuta de um grito de socorro para cada um ali presente. Um ponto observado, também interessante, era a busca pela exposição de poderes, por parte dos internos, dentro do grupo. Era possível notar que alguns dos internos queriam mostrar que, dentro ou fora do presídio, comparavam-se aos estagiários, os quais eram considerados como “patricinha” ou “playboy”, assim denominados por eles inicialmente. Com isto, observa-se que, apesar de um diálogo horizontal, ainda, por parte dos internos, era feita uma divisão social dentro do grupo. Pode-se dizer que por consequência do costume de fragmentação de classes, por via de uma sociedade fragmentada. Observa-se o paradoxo experienciado pelo GDUCC, tendo em vista que há o objetivo de um diálogo horizontal, podendo entrar em conflito a simetria e autenticidade, pois dentro desta construção de um diálogo com seguimentos marcados por um

conflito histórico, marcado pela divisão de uma parcela social encarcerada e a parcela não encarcerada, ideia a qual deve ser amadurecida dentro do diálogo apresentado. Deste modo, alguns internos gostavam de ressaltar seu poder ali dentro, tão como o poder aquisitivo que já tivera. A falta social, como anteriormente mencionada, referente à exclusão realizada, o medo da dificuldade ao reconquistar sua liberdade, preconceitos e vergonhas, o olhar de julgamento humano, a falta de empatia. Os internos relatavam viver seus piores dias ali dentro, entre tantos relatos, a falta de humanização para com eles, a falta de demandas básicas, mas também a falta da escuta. Era possível perceber a busca por religião, a maneira que eles viam de se sentirem menos isolados. As conversas com Deus e uma escuta que alguns não sabiam se, de fato, exista, mas era a forma que, mesmo em um grau de possibilidade, encontravam de serem ouvidos, de modo geral, buscando um amparo. Por isto, todas as terças os internos, em sua maior parte, traziam assuntos mesmo que não recomendados pelo tema do dia. Eles eram escutados e sabiam disto. A inclusão social tratada nestes encontros não eram somente de dimensão objetiva, presente em medidas concretas, mas trata-se também da inclusão subjetiva e esta era o objeto de meta do GDUCC, em um nível puro da subjetividade, oferecendo o fortalecimento no sentimento de pertença social, tendo em vista que o acadêmico deveria despir-se de sua identidade individual e constituir-se com a identidade da sociedade como um todo, para liderar um movimento, da parte não encarcerada da sociedade, na reintegração e ressocialização da parte social encarcerada, resgatando relações historicamente rompidas entre as partes. Todavia, nem todos os encontros todos os internos participavam, em dias de tema como 'infância' alguns, mesmo que poucos, pediam para somente escutar. Ressalta-se então a grande história deste sujeito; história marcada por grandes dificuldades, as quais na sociedade atual muitas vezes não são levadas em conta e encaixam-se em um assunto de meritocracia. Uma pergunta interessante é posta neste contexto: como é possível um assunto sobre mérito cair em uma sociedade tão marcada pela desigualdade? Em um mundo formado por tantos mundos. Por este ponto de partida, é possível recordar à contribuição de Sigmund Freud, à ética e moral; como podemos julgar a moral do outro se a ética deve mostrar que é imoral julgar como moral o ato que obedece a forças inconscientes irresistíveis? Somos, também, segundo Freud, formados por uma zona da personalidade da qual o sujeito não tem consciência. A partir desta análise, não cabe à sociedade um julgamento moral e a segregação social do indivíduo privado de sua liberdade. Conclusão: De modo geral, a reintegração social, possibilita a diminuição de reincidência criminal, dando um olhar mais humanizado ao sujeito privado de sua liberdade que, ao cumprir seu dever junto à lei, tem, por direito, seguir de modo interativo socialmente, deste modo é possível diminuir o preconceito com pessoas portadoras de problemas psíquicos em medida de segurança, respeitando sua subjetividade e o contexto histórico inserida. É importante ressaltar que o processo de o processo de detenção, sendo composto tanto por uma marginalização primária quanto a marginalização secundária, é um fator significativo da transformação do sujeito como cidadão do seu mundo e nas suas relações sociais. O diálogo oferecido pelo GDUCC tem

grande importância ao gerar experiências significativas a todos os participantes do grupo, estimulando amparo, autonomia e críticas éticas no sujeito, conhecendo mais a si e dando-lhe maior esperança no amanhã, ao não sentir-se abandonado. O GDUCC trabalha com partes litigantes historicamente separadas.

Palavras-chaves: GDUCC; Reintegração social; Fragmentação Social; Diálogo.

Referências:

- SÁ, A. A.; BRAGA, A. G. M.; BRETAN, M. E. A. N.; CALDERONI, V. GDUCC: grupo de diálogo universidade-cárcere-comunidade: uma experiência de integração entre a sociedade e o cárcere. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.
- SÁ, A. A. GDUCC: uma estratégia de reintegração que visa à inclusão social. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.
- SÁ, A. A.; VICO MAÑAS, C. Criminologia clínica e psicologia criminal. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2013.
- SÁ, A. A. Criminologia clínica e execução penal. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

AS ATIVIDADES LÚDICAS COM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

ALMEIDA, Arícia Marim

Universidade da Amazonia (UNAMA), discente

aricia_marim@outlook.com

BACCHINI, Alessandro Melo, docente e orientador

alessandromelobacchini@gmail.com

LOBATO, Samantha Moraes Cabral, psicóloga e orientadora de campo

samlobato@hotmail.com

Introdução: A insuficiência renal crônica (IRC) é um problema de saúde pública (a condição dos rins passa a ser sintomática com a diminuição de 50 % de sua função. O tratamento hemodialítico passa a ser uma opção, contudo, não promove a cura, somente o transplante), na qual leva a dependência contínua de medicamentos. A insuficiência renal crônica sobrevém quando os rins perdem a capacidade de filtrar o sangue e os fatores contribuintes dessa doença são: hipertensão arterial, diabetes e hereditariedade. Como somos um ser biopsicossocial, segundo o olhar da psicologia, compreendemos que o adoecimento gera uma série de efeitos para além do orgânico, como: diminuição da autonomia, problemas econômicos, bem como alteração nas satisfações básicas da vida como comida, bebida e da atividade sexual. No cuidado ao paciente hospitalar, sabe-se que o lúdico, bem como técnicas de relaxamento e afins, é de suma importância, pois auxilia no equilíbrio emocional do indivíduo, além de interferir de forma produtiva nas relações interpessoais. **Objetivo:** Analisar como as atividades lúdicas e as técnicas de relaxamento intervêm no paciente hemodialítico positiva ou negativamente através de artigos. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que contenham informações sobre as experiências positivas e negativas de pacientes em hemodiálise em relação a atividade lúdica. Para isso, utilizamos como critério de seleção, artigos indexados nas bases de dados Redalyc, Biblioteca Atualiza, Unirg e SciELO nos idiomas português e inglês. **Resultados e discussões:** Segundo Schwartz e Brasil (2005) a percepção pode ser caracterizada como apreendemos as nossas experiências. Dessa maneira, existem duas percepções que os pacientes experimentaram: a positiva e negativa. A positiva concerne aos sentimentos de bem-estar. E a negativa os sentimentos como indiferença e negação se fazem exibidos. Em relação ao tempo, enquanto para uns tiveram uma lembrança do passado, para outros, o tempo permanecia no presente. E as técnicas de relaxamento garantem maior bem-estar aos pacientes. Neste sentido, o lúdico possui a capacidade de restauração da confiança em si e no interesse pela vida, na redução do sentimento de culpa e inutilidade, melhorando o humor e constituindo, por vezes, saída de quadros depressivos. Ademais, outro recurso possível no hospital, espaço de urgência subjetiva em que auxiliamos o paciente no processo de adoecimento e saúde, são as técnicas de relaxamento que podem proporcionar um redirecionamento da energia do indivíduo, que, adoecido, por vezes fica

fixado em suas fantasias sobre a doença. O Relaxamento de Visualização de Imagens, por exemplo, (ACHTERBERG, 1996) é uma técnica de relaxamento que coloca o indivíduo em contato com a realidade subjetiva interna e favorece mudanças de atitudes frente às experiências de sofrimento. Por meio da visualização terapêutica, que consiste na imaginação de cenas que possam promover sensações de bem-estar e harmonia, o sujeito é instruído a focalizar aspectos mentais como relaxamento de partes corporais, atenção, auto eficiência e motivação. Desde modo, o espaço hospitalar pode existir para além daquilo que foi construído ou que se constitui como sua tradição, um espaço outro de possibilite facilitar o bem-estar e a harmonização psicocorporal, beneficiando na solução de problemas e contribuindo para o autoconhecimento, percepção do espaço ambiental e interpessoal (PAULA, 2017). **Conclusão:** Conclui-se que, as atividades lúdicas proporcionaram bem-estar aos pacientes (melhora do humor). Em relação ao tempo, este despertou sentimentos de nostalgia, lágrima e em outros, passou despercebido, fazendo com que os sintomas fisiológicos não fossem sentidos. A importância de perguntar ao paciente qual atividade lúdica é mais agradável será de maior valia tanto para a equipe como para o paciente. A indiferença e a negação também se fazem presentes. Acredita-se que trabalhar com técnicas/terapia movimenta as emoções das pessoas.

Palavras-chaves: Atividades lúdicas; Psicologia da Saúde; Hemodiálise.

Referências

- AQUINO, L. Q. A, PEREIRA, J. L, LOPES, A. A. P. S, Contribuições da utilização de atividades lúdicas na promoção da resiliência em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico na Fundação Pró Rim - Unidade de Gurupi-TO, 2016. Disponível em: < Contribuições da utilização de atividades lúdicas na promoção da resiliência em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico na Fundação Pró Rim - Unidade de Gurupi-TO Contributions of the use of ludics activities promoting resilience in chronic renal patients undergoing hemodialysis in Fundação Pró Rim - Gurupi- To unit > Acesso em: 7 de março de 2019.
- FERREIRA, R. A. Atividades lúdicas como estratégia durante as sessões de hemodiálise. Disponível em: <<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EN/EN08/FERREIRA-rejane-alves.pdf> > Acesso em: 7 de março de 2019.
- GUTERREZ, F. LOURENÇO A. D, EL MALT, S. M. SOUZA, S. M. MENDEIRO, N. PAULA, T. B. Potencialidade do lúdico como promoção de bem-estar psicológico de pacientes em hemodiálise, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0146.pdf> > Acesso em: 13 de março de 2019.
- SCHWARTZ, E; BRASIL, M. L. S; As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise, 2005, Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3072/307223942002/>> Acesso em: 1 de março de 2019.

UMA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES NO FILME “OS INCRÍVEIS 2”

SILVA, Luiz Felipe Maciel da.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
luizfelipe_ms11@hotmail.com
CARVALHO, Anna Paula Guimarães Bentes de.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
PINHEIRO, Izabela dos Santos.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
NUNES, Luana dos Santos.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
ROSA, Pâmela Edite Aviz.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: “Os Incríveis 2” é um filme estadunidense de animação de 2018, da Estúdios de Animação Pixar, distribuído pela Walt Disney Pictures. Ele é uma continuação direta de “Os Incríveis”, o qual foi lançado em 2004. Os dois filmes relatam a história de uma família superpoderosa, composta pelo pai, Roberto (Beto) e a mãe, Helena Pêra, conhecidos como Sr. Incrível e Mulher-Elástica, que se casaram e têm três filhos: Violeta, Flecha e o bebê Zezé, a família vive na cidade de Metroville. Dito isso, através do conceito de trajetória/carreira familiar (POMPERMAYER et al, 2010), é possível compreender os eventos vivenciados em uma espécie de *continuum* temporal constituído de maneira bastante subjetiva, pois cada família é um organismo singular e terá sua própria forma de constituir sua história. Outras leituras importantes para a compreensão das relações familiares no filme são as realizadas a partir do genograma familiar (WENDT & CREPALDI, 2008) e do conceito de estressores verticais e horizontais (CESAR, 2009). Com base nessa premissa, pode-se visualizar a configuração das relações entre os membros da família e quais fatores mantém ou modificam a qualidade delas, fornecendo, assim, a possibilidade de um olhar mais amplo para esse sistema. **Objetivo:** Realizar a análise da dinâmica de funcionamento do sistema familiar apresentado no filme “Os Incríveis 2”. **Metodologia:** Foi realizada uma análise qualitativa do referido filme sob a perspectiva dos seguintes temas: trajetória/carreira familiar; genograma; estressores verticais e horizontais. Utilizando três autores específicos devido a sua importância na literatura, sendo eles: Cesar, 2009; Pompermayer, 2010; Wendt e Crepaldi, 2008. **Resultados e discussões:** No trabalho com famílias, o genograma é um instrumento de grande utilidade para compreender as modificações que ocorrem em tal grupo ao longo do tempo. Através de características objetivas e subjetivas, ele pode ser visto como um mapa da família, fornecendo dados importantes tanto para pesquisas quanto para intervenções terapêuticas (WENDT & CREPALDI, 2008). Levando em consideração o seu uso para o presente trabalho, foi possível identificar as

fronteiras estabelecidas entre os subsistemas familiares e seus padrões transacionais: rígidas, difusas e nítidas. Com base na literatura de Wendt e Crepaldi (2008), as fronteiras rígidas promovem um padrão de desligamento entre os membros da família que limita ou extirpa o contato uns com os outros, pois cria-se uma ideia distorcida de independência e gera-se sentimentos de carência de lealdade e pertencimento. As fronteiras difusas geram um emaranhamento e dificuldade de diferenciação entre os subsistemas, aumentando de forma exagerada a interdependência e o sentimento de pertencimento ao grupo. As fronteiras nítidas, ao contrário das outras, geram formas de relacionamento mais harmônicas, fortalecendo a diferenciação entre os membros e promovendo um pertencimento saudável ao grupo familiar. Logo, os padrões transacionais são delimitados a partir das fronteiras mencionadas. No filme, foram identificados relacionamentos harmônicos entre Beto e Flecha, Helena e Flecha, Helena e Zezé, Violeta e Zezé e Flecha e Zezé, marcados por uma união saudável, na qual há diferenciação entre os indivíduos, gerando sentimentos positivos; relacionamentos fundidos e conflituais, entre Beto e Violeta, Beto e Zezé, nos quais há uma dependência emocional muito forte entre os sujeitos que resulta em diversos conflitos e, também, prejudica o sentimento de diferenciação característico de um relacionamento harmônico; relacionamentos distantes entre Beto e Helena, Helena e Violeta nos quais o contato afetivo entre os membros da família é bastante limitado e, por fim, relacionamentos conflituosos, entre Flecha e Violeta, definidos por atritos e problemas constantes entre os sujeitos que delineiam uma dificuldade muito acentuada de comunicação, gerando conflitos que podem ir de desqualificar o outro à agressão física (WENDT & CREPALDI, 2008). Estes tipos de relacionamento podem ser modificados na trajetória da família, o que geraria outras formas de funcionamento no sistema. Ao longo do filme, as fronteiras e os padrões permanecem por boa parte do tempo, porém, mudam de acordo com o desenrolar dos eventos estressores (subdivididos em verticais e horizontais). Estressores verticais são padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos para as gerações seguintes de uma família (CESAR, 2009), como os superpoderes para família Pêra e o sentimento que eles possuem que os fazem utilizar seus poderes para o bem. No entanto, estressores verticais também podem tomar outras formas. O filme resgata muitas questões opressivas relacionadas à proibição dos super-heróis e como isso vai de contra aos ideais que compartilham de utilizar seus poderes para o bem. Dessa forma, cria-se um tabu no ambiente familiar por boa parte do tempo em que precisam ocultar suas verdadeiras identidades e não expor seus poderes em sociedade. Já estressores horizontais são eventos previsíveis ou elementos imprevisíveis que podem afetar o desenvolvimento da família, como a acusação de que eles foram responsáveis pela destruição da cidade, a perda da casa e do emprego, a adolescência de Violeta, a descoberta dos poderes de Zezé, o afastamento de Helena da família para um novo emprego e a nova postura de Beto enquanto cuidador das crianças e da casa (CESAR, 2009). Assim, é visível ao longo do filme que as relações passam a assumir novas formas. Quando se observa a evolução de alguns relacionamentos previamente distantes e com fronteiras rígidas – como o de

Beto e Helena –, ou relacionamentos fundidos e conflituais com fronteiras difusas – como o de Beto e Zezé – começam a se ajustar em um relacionamento mais harmônico com fronteiras mais nítidas. Tais modificações demarcam a transitoriedade de todos esses conceitos e a fluidez do sistema familiar. **Conclusão:** O presente estudo teve como objetivo compreender as relações familiares no filme “Os Incríveis 2”. Como apresentado, descreve a história de uma família superpoderosa. Em sua história, delineia-se uma série de mudanças pelas quais a família passa, como as trocas constantes de residência, as alterações nos papéis sociais desempenhados pelos cuidadores, o convívio com uma filha adolescente e com um filho bebê superpoderoso em fase de desenvolvimento, a maleabilidade das relações a partir das fronteiras e padrões transacionais mencionados e, principalmente, o destaque de Helena no enredo, que deixa Beto em segundo plano e resgata uma discussão sobre o papel da mulher nesses contextos. Tais questões nos demonstram diversas etapas na trajetória da família que podem ser caracterizados por períodos de estabilidade, equilíbrio e, também, desequilíbrio, transição e adaptação. Observa-se que todas essas variáveis consolidam um desenvolvimento familiar.

Palavras-chave: psicologia das relações familiares; genograma familiar; trajetória familiar.

Referências:

- CESAR, Cláudia. A vida das famílias e suas fases: desafios, mudanças e ajustes. Texto modificado do original: “Fases do Ciclo da Família”, de Claudia Cacao Furia Cesar e Lucimarra Pereira. 2009.
- POMPERMAYER, Mariana Morais et al. Uma breve abordagem da teoria do desenvolvimento familiar: História, conceitos e características. 2010.
- WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Psicologia Reflexão Crítica, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

SIGNIFICADOS DO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA SOCIAL NA COMUNIDADE DE SANTANA DO AURÁ: PERCEPÇÕES DO ALUNO

MONTEIRO, Kárita

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
karitadecassia@gmail.com

NETO, Manoel de Christo Alves

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

VALENTE, Márcio Bruno Barra (UNAMA)

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Na pesquisa que Telles e Wanderley (2000) realizaram com estagiários de Psicologia, foi observado que o momento do estágio é um período de intensa exploração e descobertas. O estágio configura um contexto de uma multiplicidade de cognições e de afetos que, fazem dele um dos momentos mais ricos e desafiantes do percurso do aluno de Psicologia. Neste sentido, especificamente, o curso de Psicologia tem por obrigação construir espaços para a prática profissional de seus discentes a fim de que possam desenvolver habilidades e competências necessárias para atuação em diferentes contextos. Ao mesmo tempo, eles devem ser orientados a refinarem sua capacidade de avaliar e agir eticamente como pessoas e cidadãos, isto é, imbuídos de responsabilidade social e sensíveis aos compromissados com a preservação da cultura local e nacional. Considerando que, a Psicologia é uma ciência que estuda o homem tanto no nível subjetivo, quanto no nível interpessoal e na sua relação com o meio, de modo que tudo o que influencia a vida do homem ou está em relação com ele é objeto da Psicologia. As concepções de desenvolvimento influenciam de forma direta a vida e os valores do homem e da sua relação com o meio, Ana Bock (2008). A partir desse pressuposto, deu-se a atuação dos discentes estagiários de Psicologia Social na comunidade de Santana do Aurá, o fazer aconteceu por intermédio das atividades realizadas pelo Projeto Vivências – Psicologia, Saúde Mental e Protagonismos Social, engendrado pelo curso de Psicologia da Universidade da Amazônia em parceria com o setor de Ação Solidária e Cidadania do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJ-PA) e a Cruz Vermelha local. Em linhas gerais, o trabalho é desenvolvido pelos estagiários com a comunidade de Santana do Aurá, e esta configura-se como um contexto marcado pela vulnerabilidade social, bem como de saneamento básico e acesso ao transporte público. Além disso, na região funcionava o antigo lixão da cidade de Belém. Por isso, o objetivo do projeto é promover o bem-estar psicossocial das famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e desagregação de laços comunitários e familiares. De modo específico, através de oficinas e intervenções na perspectiva da psicologia social comunitária, buscou-se favorecer a expressão de conhecimentos, dilemas e sentimentos possibilitando a comunidade e aos próprios discentes estagiários a criação de um espaço de trocas simbólicas e de aprendizado mútuo diante do processo grupal. Considerando o tempo de projeto e a construção das relações coletivas, o trabalho foi processual com atividades que favoreciam a reflexão do grupo de

participantes da comunidade e dos alunos estagiários que facilitavam o processo seguindo um roteiro planejado previamente que é utilizado como um guia para direcionar a vivência no dia dos encontros, sem se “prender” a ele, pois o processo sempre visa o que emerge da experiência de cada indivíduo na relação com ele mesmo, com o outro e com a comunidade como um todo. Com isso, esta pesquisa me instigou a verificar a percepção dos formandos de psicologia que vivenciaram esta atuação no âmbito da psicologia social comunitária, compreendendo o ambiente acadêmico, pessoal e social dos mesmos. Monteiro (2010) define percepção como sendo o modo próprio de cada indivíduo elaborar, interpretar ou representar suas ideias a respeito de uma determinada situação e de agir de acordo com elas. A percepção é construída a partir das experiências individuais, dos conhecimentos prévios e dos valores. Ela pode ser entendida como um fluxo de informação que permite ao sujeito a sua interação com o ambiente. **Objetivo:** Investigar os significados dados pelos alunos à experiência do estágio na comunidade de Santana do Aurá, bem como verificar suas percepções relacionadas a supervisão, e as possíveis relações entre a experiência de estágio e uma futura escolha de atividade neste campo de atuação. **Metodologia:** A **Metodologia:** empregada foi do tipo qualitativa por possibilitar ao pesquisador conhecer o que uma determinada situação representa para os sujeitos (TURATO, 2005). Fizeram parte da pesquisa 4 antigas alunas estagiárias de psicologia social, e 1 aluna de 10º período que ainda está realizando o estágio com a comunidade de Santana do Aurá. A coleta de dados foi realizada pelo aplicativo WhatsApp, com o uso de entrevista individual, semiestruturada e de questões abertas, permitindo a livre expressão a partir de perguntas disparadoras, sendo útil para interpretar, sem indução, os sentidos e as significações sob a perspectiva dos sujeitos (BRITTEN, 1995; RUBIN; RUBIN.1995; TURATO, 2003, p.316). Foi utilizado como instrumento um questionário desenvolvido especificamente para um estudo de vivências e percepções de estágio em psicologia (MONTEIRO, 2010), organizando a percepção dos estagiários nos seguintes campos: o estágio em psicologia social; as relações que foram estabelecidas na comunidade e as percepções acerca da supervisão. Vale ressaltar que a estrutura da coleta de dados foi elaborada a partir da experiência dos pesquisadores com o campo de interesse da pesquisa e os dados da literatura. **Resultados e discussões:** A prática do estágio foi percebida por um viés diferente da Psicologia Social apresentada em sala de aula em que se aprende diretrizes, regras e conceitos. Esse viés possibilitou aos discentes a construção de vínculos, onde a prática traz uma reflexão constante, exercida a partir do processo grupal na comunidade, os estagiários se organizam como facilitadores envolvidos por desafios dentro de uma realidade que aparentemente seria comum, porém, para uma das estagiárias a prática foi tão significativa e cheia de sentido que chega a descrever como “*experiências vivenciadas de forma unicamente viscerais*”, que proporcionam o crescimento fluído de todas as pessoas envolvidas. Após a realização de cada grupo facilitado por um estagiário na comunidade, havia discussão a respeito de todo o processo envolvido, de modo que as estagiárias conseguiram identificar suas lacunas, limitações e acertos, bem como suas potencialidades de crescimento.

Além disso, uma estagiária revelou ter uma grande surpresa no fazer da Psicologia Social, pois esta era uma área de atuação que a mesma não cogitava estagiar e fez por única opção que teve no momento de sua escolha, mas ao chegar em campo com a comunidade definiu ter uma surpresa muito boa, pois começou a ir e passou a gostar da atuação. Ao relatarem sobre as relações que estabeleceram com a comunidade disseram *“Criei vínculos muito fortes com todas as pessoas que faziam parte da comunidade. Acredito que houve confiabilidade para expressar tantas situações vividas e sofridas por eles”*; um outro relato é de uma conquista gradual pelo espaço de confiança e com a licença da comunidade estabeleceu-se uma troca segura e harmoniosa, além de uma relação de respeito com acolhimento e escuta ativa. No tocante, uma das estagiárias ao falar sobre as relações que estabeleceu diz *“Eu particularmente estabeleci um vínculo com certa facilidade por sempre ficar na facilitação dos grupos, senti que eles me acolheram e eu estava aberta, e eles também estavam. Teve essa sinergia auto reguladora dentro do processo, e a relação foi fluída e respeitosa”*. Após o estabelecimento de vínculos e o de vivenciar essa experiência do processo na comunidade, elas ressignificaram ainda mais a visão a respeito da Psicologia Social ao dizer *fluuiu a visão deste trabalho social*, e foram modificando posturas e sentimentos na própria vida familiar e nas relações como um todo, como podemos observar nesse relato muito significativo de uma das estagiárias, *“O projeto para mim teve um sentido de forma muito pessoal, eu tive uns problemas pessoais e o projeto me ajudou a ressignificar esses problemas (...) eu queria estar ali e me entreguei ao projeto”*. Por meio dos autos relatos das estagiárias, identificou-se a importância da participação e envolvimento de cada um, onde atribuíram que o processo da comunidade só foi passível de auto regulação, porque o grupo enquanto projeto também fluiu e se autogeriu. Dentre os aspectos importantes avaliados pelas estagiárias, a supervisão que tiveram durante o estágio traz relatos muito significativos experienciados por elas como um ponto em comum; ao se reportarem a esse momento disseram que *“As supervisões vinham de forma muito vivencial, nós falávamos sobre a vivência do Aurá, mas falávamos muito mais de nós mesmos. Até porque, se nós não estivéssemos bem, como nós iríamos poder levar saúde psicológica e mental para essas pessoas? Então o supervisor veio com esse viés de uma psicologia muito humana, e uma supervisão da qual se dava de forma muito vivencial. E isso me impactou de forma muito positiva e só contribuiu no meu fazer dentro e fora da comunidade”*. Outra estagiária relembra dos momentos de supervisão dizendo ser um *“momento de desabafo”* sentia-se acolhida e podia expressar todo sentimento que vivia na comunidade. É possível perceber que se sentiam cada vez mais parte do processo, e o crescimento e fortalecimento do grupo de estagiárias com o supervisor foi fluindo a partir de uma confiança mútua, sendo vistas já como profissionais aptas para o mercado de trabalho. A confiança do supervisor no trabalho das estagiárias, fortaleceu de maneira muito significativa a identidade profissional de cada uma, o que reverberava diretamente na comunidade. Na pesquisa de Telles e Wanderley (2000), surgiu a importância do supervisor como influenciador da formação da identidade profissional do aluno. Segundo os autores, a forma como o supervisor

se comunicava com o supervisionando era fundamental para que este pudesse introjetar o conteúdo comunicado e assimilá-lo. Importante ressaltar que uma das estagiárias avaliou o momento da supervisão como desafiadora, pois tinha dois supervisões com olhares diferentes sobre a Psicologia social. **Conclusão:** Foi possível concluir que o fazer da Psicologia Social através da vivência grupal com a comunidade, propiciou a ressignificação de conceitos e valores, provocou a elucidação dos processos experienciados e possibilitaram o olhar a si mesmo e ao outro. O estágio na comunidade do Aurá, trouxe a presença de sentimentos muito positivos de gratidão, de crescimento pessoal, autonomia e de uma escuta ativa, onde desenvolviam suas competências e habilidades. Esse conjunto de elementos proporcionou para as alunas, uma base sólida e fundamental para o fortalecimento de uma identidade profissional madura. Destacamos ainda que duas das quatro antigas alunas já veem desenvolvendo trabalhos com grupos, enquanto profissionais no mercado, e outras duas já estão desenvolvendo um projeto para trabalharem com grupos. Atribuíram que, só tem sido possível por conta de todo subsídio teórico, prático e vivencial que tiveram enquanto estagiárias.

Palavras-chaves: Psicologia Social e Comunitária; Extensão Universitária; Formação profissional Superior.

Referência:

BOCK, A.M.B. Psicologias: Uma Introdução: ao estudo da psicologia- 14^o edição. São Paulo: Saraiva, 2008. BRITTEN, N. Qualitative interviews in medical research. British Medical Journal, v.311, n.6999, p.251-253, 1995. MONTEIRO, R.M. Vivências e percepções de Estágio em Psicologia: estudo comparativo entre estagiários da Universidade de Minho e da Universidade de Coimbra. 2010. p 78. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Coimbra, 2010. TELLES, S.R.A; WANDERLEY, K.S. A importância do estágio na formação do psicólogo: uma contribuição da teoria winnicotiana. São Paulo, jun/2000. TURATO, E.R. Tratado da Metodologia: da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E ADOÇÃO: INTERVENÇÕES E CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS DA EQUIPE TÉCNICA

SILVA, Caroline.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
carolsilva1.7@hotmail.com
SORDI, Barbara.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
barbarasordi@hotmail.com

Introdução: Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, sendo sua proteção integral, absoluta e prioritária. Quando os direitos da criança e adolescente são ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, e em razão de sua conduta, são aplicáveis medidas de proteção para garantir seus direitos (CEDECA, 2017). A instituição de acolhimento abriga crianças e adolescentes sob medida protetiva aplicada por um juiz decorrente de um contexto de violação de direitos (LOPES, BOESMANS, CORDEIRO, 2016; APUD BRASIL 1990). Os Serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (SAICA), tem caráter provisório e excepcional, havendo a obrigatoriedade do psicólogo e assistente social como componentes da equipe de referência dos serviços (CONANDA/CNAS, 2009). A adoção é uma possibilidade de constituição familiar para as crianças e adolescentes destituídos da família de origem, de modo a recriar laços afetivos e de resolução da situação de desamparo familiar (Amazonas, Dias, & Schettini, 2006 apud Freitas, 2003). **Objetivo:** Identificar como tem se dado as práticas de atuação do psicólogo em instituições de acolhimento relacionadas com processo de adoção de crianças, de acordo com as publicações científicas dos últimos 10 anos. **Metodologia:** Realizada Revisão Bibliográfica em artigos que continham informações sobre a atuação da equipe multiprofissional das instituições de acolhimento. Para isso, foi utilizado como critério de seleção, artigos indexados nas bases de dados do Bvs-Psi e Portal Capes, todos na língua portuguesa, nos anos de 2008 a 2018. **Resultados e discussões:** As crianças em situação de acolhimento e adoção são os sujeitos menos ouvidos. Questões são permeadas sobre o seu melhor interesse e proteção, mas ela é pouco informada e escutada (FERREIRA, et al, 2012). A legislação prevê que a equipe mínima- um psicólogo e uma assistente social- deve compor as instituições. As equipes psicossociais são responsáveis pelas etapas do processo de adoção como um todo, desde a destituição do poder familiar, habilitação e a inserção da criança em família substituta, chamada de colocação. A equipe psicossocial é um mediador entre a lei e o afeto, deve promover o acolhimento e repassar informações aos adotantes, promovendo mudanças nas idealizações, representações e comportamentos, para que não haja ruptura e desistência do processo. Constatou-se que a presença do psicólogo era requerida apenas em processos considerados complexos, como

os de adoção tardia (SILVA, et al, 2017). **Conclusão:** Em casos de adoção, a atuação da equipe multiprofissional consiste em avaliar os períodos e estágios do processo, deve auxiliar, orientar e responder ao melhor interesse do adotado, para que a reinserção em sua nova família possa ser satisfatória para todos os envolvidos e não aconteça a devolução da criança no período de convivência. A relação de processos de adoção de crianças em Serviços de Acolhimento e a atuação do psicólogo, ainda é um tema pouco difundido na graduação e em publicações, foram encontrados, no período de 2008-2018, apenas nove artigos e apenas uma dessas pesquisas, foi realizada em Belém do Para.

Palavras chaves: crianças em acolhimento institucional; adoção; psicologia jurídica.

Referências

FREITAS, Caroline. Criança Institucionalizada: a importância da preparação na vivência do processo de adoção. Revista Psicologia.pt. 2017.
HUEB, Martha. Acolhimento institucional e adoção: uma interlocução necessária. Revista SPAGESP, vol.17, Ribeirão Preto, 2016.
SILVA, Christie; DENARDI, Raquel; BECKER, Ana Paula; DELVAN, Josiane. A Psicologia nos serviços de acolhimento institucional e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Pesquisas e Práticas psicossociais, vol.10, São João del-Rei, 2015.

“PRESOS QUE MENSTRUAM”: ANÁLISE DOS EFEITOS PSICOLÓGICO DA INVISIBILIDADE FEMININA EM SITUAÇÃO DE CÂRCERE

RODRIGUES, Jessica O. Goulart

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

jessica_10_goulart@hotmail.com

BRITO, Fernanda dos Santos

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

SORDI, Bárbara de Araújo

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Embora ainda haja uma associação do cárcere a um ambiente meramente masculino, o número da população feminina no ambiente prisional vem aumentando exponencialmente ao longo dos anos, uma vez que o aumento de mulheres encarceradas tem uma taxa média de crescimento anual de aproximadamente de 12%¹ (INFOPEN, 2008, apud GAUER; MELLO). Este fato, que advém de uma condição estrutural sócio-histórica, reforça ainda mais a invisibilidade das mulheres dentro de tal esfera, pois não há investimento em melhores condições ambientais e estruturais para receber esta população, com suas especificidades, tampouco medidas de promoção e prevenção que analisem e intervenham em torno da temática das relações de gênero, o que culmina na predominância de um caráter androcêntrico no próprio sistema prisional. Desta maneira, as prisões para mulheres são tomadas como excepcionais, uma vez que os crimes cometidos por estas, embora crescentes, representem um número menor se comparados com os crimes realizado por homens (BARCINSKI, CÚNICO, 2014). Outrossim, diante da vulnerabilidade encontrada por esta parcela do público feminino, enfatiza-se a importância de trabalhos acadêmicos que evidenciem e contribuam para reflexões, proposições e análises das situações vivenciadas por estas nos cárceres, a partir dos estudos feministas e estudos de gênero, diante da necessidade de políticas públicas.

Objetivo: Analisar, a partir dos relatos contidos no livro “Presos que menstruam: a brutal vida das mulheres, tratadas como homens”, os aspectos estruturais evidenciados pelas mulheres e seus efeitos psicológicos. **Metodologia:** O presente estudo utilizou o método bibliográfico de abordagem qualitativa, com base na análise de conteúdo, procedimento sistemático e objetivo de descrição do conteúdo de mensagens passíveis de inferência de conhecimento (BARDIN, 2009). As mensagens foram encontradas nos fragmentos de experiência de mulheres encarceradas, retirados do livro que possui relatos de personagens com origem em várias regiões do Brasil do período anterior à 2015, data de publicação da obra estudada. Por conseguinte, foram organizadas as descrições em ordem de maior frequência nos discursos, as categorias e subcategorias.

Resultados e discussões: Na categoria ambiente, destacou-se a orientação do espaço prejudicando a saúde, as improvisações em relação a espaços e utensílios no ambiente prisional, a alta humidade, a baixa ventilação nas instalações, a precariedade e déficit de utensílios básicos para o cotidiano do ser humano, a superlotação e a desigualdade de gênero. Outras questões

elencadas, contudo menos recorrentes, foram o déficit em investimentos na manutenção das estruturas prisionais, subjetivação do espaço pelas detentas, inclusão de deficientes físicos e presença de estruturas ambientais que possibilitam a violência psicológica. Contudo, na mesma categoria, foi apresentado aspectos positivos em relação às estruturas que existem para acolher a maternidade. Esse dado pode ser entendido quando se compreende as extensões da violação de direitos humanos da mulher dentro do cárcere, por isso, as mínimas melhorias pensadas nas peculiaridades femininas podem ser encaradas como privilégio e respeitabilidade, fato confirmado por Barcinski (2014), que expôs a maternidade como estratégia de visibilidade. Entretanto, esse direito é assegurado pela Lei no. 7210 (GAUER; MELLO, 2011 apud Lei de Execução Penal, 1984), e ainda, existem dados que comprovam que essa adequação é escassa, pois: “[...] apenas 19,61% das prisões femininas possuem berçários ou estruturas separadas das galerias prisionais. E apenas 16,13% das prisões possuem creches (GAUER; MELLO, 2011, p.115)”. No caso da categoria direitos da saúde, os temas citados se referiram, principalmente, à ausência de serviços básicos de saúde e de profissionais. Assim, em decorrência disso, foi verificado a negligência de cuidados. Mediante disso, pôde se observar que esses dados se contrapõe a existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), criada em 2014. Essa política emprega a inserção de uma equipe de atenção básica no ambiente prisional (BARCINSKI, 2014). Outra categoria, direitos da maternidade apresenta questões referentes, primeiramente, à separação de vínculos dos filhos. Nesse quesito, Lima et al. (2013), reitera que a realidade da maternidade dentro da prisão está atrelada a separação de vínculos, porque os pais das crianças também estão presos ou foragidos ou não reconhecem a paternidade, assim, na maioria dos casos, seus filhos ficam sob a guarda dos avós, sobretudo maternos, ou sob a guarda do Estado. Ainda nessa categoria, foi relatado a negligência de cuidados à saúde, a dificuldade no processo de amamentação, apesar da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente para a amamentação (GAUER; MELLO, 2011 apud Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), a presença de violência física e psicológica, a perda de guarda dos filhos das detentas, o desenvolvimento de crianças no cárcere e o déficit na adequação da estrutura prisional. De forma sucinta, encontrou-se diversas dificuldades para a presença de crianças no cárcere e o dilema entre a necessidade da relação materna com os filhos e a permanência da criança em ambientes inadequados e muitas vezes insalubres (GAUER; MELLO, 2011). Não obstante, houve também uma interpretação de ação positiva para essa realidade, a possibilidade de prisão domiciliar. Por fim, a categoria efeitos psicológicos, que retrata os principais sentimentos que emergem nas mulheres dentro do cárcere, como a tristeza, a ansiedade e a percepção de solidão. Segundo a análise realizada, pôde-se perceber a relação desses sentimentos com a separação de vínculos afetivos. Em outro estudo também é relatado sentimento de vazio e de solidão, bem como de mutilação na experiência do encarceramento, de modo a considerar a dependência do ser humano aos vínculos de familiares, amigos e filhos (LIMA et al., 2013). Também

nessa categoria, houve discursos sobre a violência física, psicológica e negligência e suas consequências negativas para a estrutura emocional das mulheres presas. Esses dados podem ser entendidos, já que no cárcere os fatores como opressão, desconfiança e temor, dificultam a estabilidade emocional (LIMA et al., 2013). As consequências psicológicas descritas no presente estudo relacionaram-se ao ambiente prisional como propulsor de estresse e insônia. Assim, verifica-se que a violência e suas manifestações como tema presente em todas as categorias. Ademais, foi possível também observar a mútua influência e dependência entre as categorias citadas. E, destaca-se a relação entre os temas, ambiente, saúde mental e medicalização. Essa relação também foi observada nos estudos de Lima et al. (2013), o ambiente prisional e a saúde mental foi relacionada a partir do entendimento que os agentes estressores desse ambiente contribuem para o comprometimento da saúde mental, com riscos de a população carcerária apresentar quadros de depressão e suicídio. **Conclusão:** Diante do exposto, faz-se necessário desenvolver mecanismos para a diminuição dos impactos pela experiência do cárcere em mulheres. Para tal, evidencia-se a necessidade de um espaço físico e de uma equipe profissional capacitada para o atendimento deste público específico, que possam promover suporte ao enfrentamento das situações de vulnerabilidade, garantir direitos para saúde da mulher, bem como desenvolver ações de protagonismo e empoderamento feminino. Faz-se urgente repensar a institucionalização destas mulheres e tornar visível a realidade de violações vivenciadas por estas, a fim de problematizar e propor novas ações de políticas públicas, não apenas para privação de liberdade, mas para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de garantia de direitos.

Palavras-chave: Presos que menstruam, invisibilidade, mulheres, cárcere.

Referências:

- BARCINSKI, Mariana; CÚNICO, Sabrina Daiana. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. *Revista Psicologia*, v. 28, n. 2, 63-70. 2014.
- BARDIN, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009
- GAUER, G; MELLO, D. C. Vivências da maternidade em uma prisão feminina do estado rio grande do sul. *Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, v.1, n.3, p.113-121, 2011.
- LIMA, G. M. B. et al Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-456, jul/set. 2013.

ESTRESSE E ANSIEDADE: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

BRITO, Rafaela
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
rafaelakmbrito21@gmail.com
SOARES, Larissa
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
PAULINO, Lorena
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
DAMASCENO, Emília
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
NASCIMENTO, Marcos.
Universidade Federal do Pará (UFPA), orientador/Docente

Introdução: O termo estresse denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, como distúrbios fisiológicos e psicológicos. (MARGIS; PICON; COSNER E SILVEIRA, 2003) A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (CASTILLO; RECONDO; ASBAHR E MANFRO, 2000). Situações de estresse e ansiedade implicam a ativação principalmente do sistema nervoso autônomo [SNA (feixe simpático)] e do sistema nervoso periférico (SNP). Seus efeitos são: aumento do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, secura na boca, sudorese intensa, “nó” na garganta, efeitos relacionados ao funcionamento do SNA, formigamento dos membros, dilatação das pupilas e dificuldade para respirar, com relação ao SNP. Neurotransmissores como a adrenalina e noradrenalina são ativados durante situações de estresse e ansiedade o que ajuda a aumentar e manter a atividade adrenérgica somática. Sobre os transtornos de ansiedade, é lícito imaginarmos que a interação de fatores ambientais (os eventos de vida estressores) com predisposição genética para transtornos de ansiedade, modulada pelas capacidades do sujeito em lidar com estes estressores, determinada também geneticamente, resultaria no surgimento de um transtorno de ansiedade. (MARGIS; PICON; COSNER E SILVEIRA, 2003). **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico para a identificar a relação entre o estresse e a ansiedade, as suas causas e como o corpo reage frente a esses transtornos. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada através de um levantamento bibliográfico de caráter qualitativo e descritivo. Os materiais utilizados foram entre o período de 2000 a 2003. Foram incluídos em mecanismos de busca das bases de pesquisas convencionais como SCIELO. A pesquisa foi elaborada com base nos critérios de inclusão e exclusão. Nos critérios de inclusão, através de mecanismos de busca, foram utilizadas as palavras-chaves como estressores, ansiedade e resposta somática. Nos critérios de exclusão foram eliminados artigos que não apresentavam as palavras-chaves descritas no critério de

inclusão. **Resultados e discussões:** Como falado anteriormente, a ansiedade caracteriza-se como uma resposta somática do estresse. Assim, os sintomas surgem como um resultado da existência de níveis elevados de ansiedade, ou seja, um alerta de que as tensões internas no indivíduo não estão sendo aliviadas adequadamente. Quando acumulada, a forma encontrada para equilibrar o aparelho psíquico é a descarga dessas tensões no próprio corpo por meio de sintomas. Podemos inferir que o tipo de resposta de cada pessoa dependerá não somente da grandeza e frequência de determinado evento estressor, mas da junção de fatores genéticos e ambientais. A resposta para enfrentar o evento estressor, será determinada a partir de componentes cognitivos, emocional e fisiológico. Quando o indivíduo consegue eliminar ou solucionar a situação que ocasionou o estresse, acarretará em uma diminuição dos sintomas fisiológicos que foram ativados pelo evento estressor. Logo, se a resposta ao estresse gerar ativação fisiológica frequente e duradoura ou intensa, poderá levar a um esgotamento dos recursos do sujeito, com o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, podendo predispor ao aparecimento de transtornos de ansiedade entre outros transtornos mentais. Constatamos também, que o surgimento de um transtorno está diretamente relacionado à frequência e duração de respostas de ativação provocadas por situações que o sujeito avalia como estressoras para si. Apesar de diversos estudos avaliarem essa relação entre a ocorrência de eventos estressores e o surgimento de sintomas que possam caracterizar ansiedade, existem poucos dados disponíveis atualmente na literatura. Diversos trabalhos acabam por sugerir que enfoque nos estudos levem em consideração os aspectos etiológicos, para que seja melhor avaliada a relação causal entre a exposição a diferentes eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade, bem como de transtornos ansiosos. Nesse sentido, o reconhecimento desta relação causal terá implicações práticas tão relevantes como a prevenção de transtornos ansiosos e o estabelecimento de estratégias de tratamento. **Conclusão:** Dado o reconhecimento de que, quadros de estresse e ansiedade ativam principalmente o sistema nervoso central e o SNP, torna-se clara a interferência que os sintomas destas patologias podem causar no funcionamento do indivíduo, uma vez que, podem afetar funções vitais do ser humano, como: respiração, circulação sanguínea, e até na transmissão de impulsos nervosos. Entende-se que o estresse, comumente, atua como coadjuvante em quadros de ansiedade, podendo até mesmo, surgir através da ansiedade exacerbada. Assim como, fatores estressores em grande incidência, são ameaças para o aparecimento de diversos transtornos ansiosos. Importante considerar, além dos aspectos fisiopatológicos, também os determinantes ambientais e genéticos que permeiam o ser humano (como predisposição genética e hereditariedade). Portanto, transtornos ansiosos podem naturalmente estar ligados ao estresse, visto a sobrecarga que os eventos deste ocasionam, gerando assim patologias e respostas deturpadas do organismo. Isto influencia evidentemente na qualidade de vida dos sujeitos, pois estes, além de sofrerem com os já conhecidos sintomas psicológicos originários do transtorno de ansiedade, podem sofrer ainda com os sintomas orgânicos. Além disso, conhecer como se

correlacionam estresse e ansiedade, faz-se necessário o levantamento integral entre fatores gerais que permeiam o indivíduo, para que tais fatores sejam incorporados posteriormente, ao estudo das funções anormais ou patológicas deste, ou seja, seu quadro fisiopatológico particular.

Palavras-chaves: Ansiedade; Adrenalina; Estressores; Resposta Somática.

Referências:

MARGIS, Regina; PICON, Patrícia; COSNER, Annelise ;SILVEIRA ;Ricardo. Stressfull life-events, stress and anxiety. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2003, vol.25, suppl.1, pp.65-74. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>. Acesso em 19/03/2019.

CASTILLO, A. R. G. L., RECONDO, R., ASBAHR, F. R., & MANFRO, G. G. (2000). Transtorno de ansiedade. Revista Brasileira de Psiquiatria [Suplemento: Saúde mental na infância e adolescência], 22, 20-23. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600006&script=sci_arttext. Acesso em 19/03/2019.

MECANISMOS DE DEPENDÊNCIA E ADICÇÃO AOS OPIOIDES

MESQUITA, Glaucia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
glauciamp2@gmail.com
OISHI, Marcela
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
CARRÉRA, Lucas
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
LUZ, Diandra Araújo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: Opioides, são substâncias oriundas do ópio, que é extraído da *Papaver somniferum*, conhecida popularmente como papoula. “A evidência mais antiga do cultivo desta planta data de 5.000 anos e foi deixada pelos Sumérios. A papoula é descrita em um ideograma desse povo como ‘planta da alegria’” (DUARTE, 2005). Assim, opioide é a designação para qualquer substância endógena ou sintética com propriedades semelhantes à da morfina, uma das primeiras substâncias isoladas da *P. somniferum*. Este conceito já transformou-se bastante e dentre suas classificações e, atualmente inclui derivados naturais (ópio, morfina, codeína, tebaína), semi-sintéticas (heroína, oxicodona, hidrocodona, oximorfona, hidromorfona) ou sintéticas (metadona, meperidina, fentanil, levo-a-acetilmetadol ou levometadil (LAAM), propoxifena) que reagem com os receptores opioides, sendo eles agonistas ou antagonistas. Os agonistas agem ativando estes receptores, ou seja, inibindo a atividade celular (já que os opiáceos são substâncias depressoras), enquanto os antagonistas agem como bloqueadores, diminuindo ou anulando o efeito dos agonistas. Segundo Baltieri et al. (2004), em relação às drogas vendidas com receita, incluindo opioides, havia maior prevalência de uso entre os médicos do que na população em geral, possivelmente como resultado do acesso mais fácil. A adição a opioides e o sofrimento causado pela abstinência tornaram-se um problema de saúde pública depois que o medicamento passou a ser administrado por via parental, gerando efeitos mais pronunciados. **Objetivo:** analisar os efeitos que o uso desregulado e abusivo dos opioides pode causar à saúde do paciente, de que forma a dependência se manifesta e como é possível lidar com a problemática através de intervenções psicossociais e farmacológicas. **Metodologia:** O presente trabalho foi realizado por meio do levantamento bibliográfico através da busca exploratória de dados retirados do site de busca Scielo, a partir das palavras-chave Dependência, Opioides e Adicção. Critérios de inclusão: foram identificados como relevantes àqueles artigos que contemplavam a ação dos opioides e os efeitos que eles causam quando usados em abuso e que ocasionam a dependência e o vício. Critérios de exclusão: artigos que não estavam relacionados com a atuação dos opioides, sinais dependência e os sintomas causados no paciente e artigos anteriores ao ano 2000. **Resultados e discussões:** A dependência é uma doença crônica ocasionada por exposições repetidas e caracterizada pelo descontrole em relação ao uso do fármaco. Esse

uso desregulado pode levar a anormalidades no funcionamento do cérebro, no caso dos opioides, desencadeado pela indução da liberação de dopamina no cérebro. A atuação destas substâncias acontece no Sistema Nervoso Central (SNC) e nos órgãos periféricos, e há quatro receptores responsáveis por suas atividades, que ficam nas áreas sensoriais, límbicas e do hipotálamo, na amígdala e no área periaquedutal. Os efeitos causados variam desde a analgesia, exaltação e depressão respiratória, efeitos gastrointestinais, sedação, disforia, miose, sintomas pisomimétricos e alterações de humor. Apesar dos opioides serem bastante efetivos no controle da dor, a terapia realizada com esse tipo de medicamento ao ser descontinuada, dever ocorrer com redução progressiva da dose, especialmente em tratamentos crônicos, que apresentam maior risco para dependência. Esta pode acometer até um terço dos pacientes em uso de opioides, sendo o uso motivado tanto para obter alívio dos sintomas da abstinência quanto para obter a euforia desencadeada por eles. A partir do momento que a adicção se estabelece, o indivíduo passa a buscar na maioria das vezes o medicamento até conseguir, mesmo que para isso precise recorrer a uma fonte ilícita. Segundo Nascimento et al. (2011), a síndrome de dependência é representada pelo conjunto de mecanismos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, com variação de intensidade em que a prioridade do dependente se torna o uso de psicoativos. Estatisticamente os opioides que mais causam dependência são os de ação e pico rápidos, pois, têm maior potencial de sedação e euforia. Dentre os indivíduos com maior potencial a desenvolver dependência por abuso de opioides são: jovens, pessoas com dor crônica após acidente automobilístico, pacientes com múltiplas regiões dolorosas; pessoas que já fizeram uso de drogas ilícitas; pacientes depressivos; com doença psiquiátrica; em uso de outra substância psicotrópica; tabagistas; uso de doses elevadas e extensão do tempo de uso do medicamento. Ademais deve-se dar ênfase como maior fator de risco de vício o histórico pessoal ou familiar (NASCIMENTO et al., 2011). Os sintomas da abstinência acontecem cerca de 24h após a retirada do medicamento, e tem seu pico entre 2 e 3 dias, e a remissão entre 10 e 14 dias, levando a necessidade de aumento da dose para que seja alcançado o mesmo efeito da dose anterior, devido o desenvolvimento da tolerância ao fármaco. Dentre os sintomas relacionados, podemos citar desejo do medicamento, ansiedade, agitação, anorexia, náusea, vômito, cólica, sudorese, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, irritabilidade, midríase, aumento da intensidade da dor, dor óssea e muscular e tremor. Outras manifestações incluem possíveis sintomas associados o humor deprimido e ansiedade, disforia, piloereção, fissura, lacrimejamento ou rinorréia, hiperalgesia, dores nas juntas e músculos, dilatação pupilar e fotofobia, hiperalgesia, dores nas juntas e músculos, insônia, hiperatividade autonômica, insônia, bocejo, diarreia, câibras gastrointestinais, náusea, ou vômitos, alta atenção. Estes sintomas podem variar de acordo com a substância utilizada, a dose administrada e o tempo de uso. O tratamento consiste em abordagens medicamentosas, para contrapor as manifestações físicas da retirada e abordagens psicossociais para entendimento da doença e em como lidar com ela, não havendo um tratamento que promova a cura da dependência. O

tratamento psicossocial é uma estratégia com o intuito de facilitar a abstinência de opioides, podendo ser desde a abordagem psicanalítica até as técnicas da abordagem cognitivo comportamental. O tratamento pode ser realizado por meio da psicoeducação na qual o paciente e seus familiares tem a possibilidade de compreender o conceito de doença, seus sinais, sintomas, o processo de recuperação e as possíveis recaídas. Na cognitivo-comportamental o manejo é diretamente na dependência, buscando beneficiar os pacientes com novos métodos, capacitando-os na identificação dos estímulos que podem causar recaídas e as maneiras de lidar com o desejo da droga. De acordo com Nascimento et al. (2011), “a prevenção de Recaídas é um tratamento cognitivo-comportamental que combina o treinamento de habilidades comportamentais e as técnicas de intervenção cognitiva, com o objetivo de auxiliar os pacientes na manutenção do comportamento abstinente”. Já na psicoterapia orientada para o insight é útil no manejo multifocal, as técnicas de prevenção de recaídas são mais eficazes quando o tratamento farmacológico é administrado paralelamente. Quanto ao tratamento farmacológico, há duas possibilidades de tratamento mais frequentemente usadas: a abstinência supervisionada ou desintoxicação e a manutenção. A desintoxicação varia de acordo com a duração do tratamento e as medicações utilizadas, nesse tratamento há maior probabilidade de êxito. E a manutenção, está relacionada com a ministração da medicação contínua sem a diminuição progressiva e gradual da dose e tem o tempo de duração de tratamento mais longo, podendo durar anos. **Conclusão:** Os opioides têm sido utilizados desde tempos remotos, para diferentes finalidades, inclusive com **Objetivo:** não farmacológicos. Apesar de serem grupos de grande relevância farmacêutica, especialmente em casos de dores de maior intensidade ou anestesia, a dependência é um risco inerente ao uso, principalmente quando feito sem a devida orientação e assistência. Uma vez estabelecido o tratamento com estes agentes, é fundamental que seja empregada sempre que possível a menor dose e o menor tempo de uso. Tratamentos mais longos devem ser acompanhados até mesmo quanto a retirada, que deve ser lenta e gradual. Campanhas educativas são importantes tanto para alertar quanto aos riscos do consumo, quanto para orientar acerca das possibilidades de tratamento para pacientes já adictos.

Palavras-chaves: Dependência; Adicção; Psicologia; Psicofisiologia.

Referências

- BALTIERI, Danilo Antonio; STRAIN, Eric C.; DIAS, João Carlos; SCIVOLETTO, Sandra; MALBERGIER, André; NICASTRI, Sérgio; JERÔNIMO, Cláudio; ANDRADE, Arthur Guerra. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria. RJ, 2004.
- DUARTE, Danilo Freire. Uma breve história do ópio e dos opioides. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2005.
- NASCIMENTO, Diana Ciléa Honorato; SAKATA, Rioko Kimiko. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. Revista Dor. São Paulo, 2011.

TRANSTORNO DO PÂNICO: NEUROBIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO.

LIMA, Melissa Tavares

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

mtlima0209@gmail.com

BARBOSA, Suellen de Oliveira

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

TAVOGLIERI, Sarah Medeiros

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

CARDOSO, Greg Luan dos Anjos

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

NASCIMENTO, Marcos Vinicius Lebrege

Universidade Federal do Pará (UFPA), Orientador.

Introdução: O Transtorno do Pânico é um conjunto de manifestações patológicas, com ataques inesperados e repentinos de pânico que são caracterizados por um medo intenso, associados a efeitos físicos, somando-se a quatro ou mais sintomas que podem ser cognitivos ou somáticos e que logo acarretam em prejuízos significativos, tanto psíquicos, quanto funcionais.

Objetivo: Repensar o Transtorno do Pânico (TP) por meio de aspectos específicos como a neurobiologia, sintomatologia e o diagnóstico. **Metodologia:**

Análise do TP utilizando o procedimento de revisão de literatura. Usaram-se dois artigos publicados em revistas eletrônicas (Revista Brasileira de Psiquiatria e Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul), disponíveis na plataforma digital Scielo e o manual diagnóstico reconhecido como referência na Psiquiatria (DSM-V).

Resultados e discussões: O estudo dos materiais proporcionou a observação de um conjunto de sintomas psicológicos e físicos manifestados durante um pico de tempo, aproximadamente 10 minutos, que causam prejuízos na vida social e pessoal do indivíduo (SALUM et al., 2009). Conforme o DSM-V, o TP se refere a ataques de pânico inesperados e recorrentes. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos: palpitações, coração acelerado, taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); desrealização (sensações de irre realidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou “enlouquecer”; medo de morrer. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”); uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a

esquiva de exercícios ou situações desconhecidas). A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares). A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação) (DSM – V, 2014). Partindo de aspectos neuroanatômicos, alguns estudos encontraram uma relação importante entre o medo condicionado em animais e o TP. De acordo com Mezzasalma et al. (2004), os ataques de pânico se originam de pontos no tronco cerebral que compreendem a transmissão serotoninérgica (serotonina) noradrenérgica (noradrenalina), sendo a ansiedade ativada por estruturas do sistema límbico. Além disso, o núcleo central da amígdala recebe informações sensoriais diretamente das estruturas do tronco cerebral e do tálamo sensorial, permitindo uma resposta a estímulos potencialmente perigosos (apud Gorman et al., 1989). Outras contribuições sugerem que subtipos de receptores serotoninérgicos exercem uma elaborada forma de controle de diferentes tipos de ansiedade, dessa forma a serotonina poderia facilitar ou inibir distintos tipos de medo em diferentes regiões cerebrais (MEZASSALMA, 2004 apud Deakin & Graeff, 1991). É necessário a realização de uma investigação minuciosa do caso do paciente em questão para se fazer o diagnóstico correto do Transtorno do pânico. **Conclusão:** Conclui-se então que o Transtorno do Pânico é um distúrbio de ansiedade caracterizado pela ocorrência constante e inesperada de ataques de pânico, com sensações extremas de medo e desespero, combinadas a sintomas físicos e emocionais que causam prejuízos irreparáveis à vida pessoal e social do indivíduo. Observaram-se também alterações importantes em aspectos neuroanatômicos e neurofisiológicos, que combinados com outros fatores, podem desencadear ou agravar ainda mais os sintomas do TP.

Palavras-chaves: Transtorno de Pânico; Neurobiologia; Diagnóstico diferencial.

Referências

- ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI (Porto Alegre) (Ed.). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM 5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p. Traduzido por: Maria Inês Corrêa Nascimento.
- MEZZASALMA, M., VALENÇA, A., LOPES, F., NASCIMENTO, I., ZIN, W. NARDI, A. Neuroanatomia do transtorno de pânico. Revista Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, pp.202-206, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a10v26n3.pdf>. Acesso em: 4/03/2019
- SALUM, G., BLAYA, C. MANFRO, G. Transtorno do pânico. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 2, pp.86-94, 2009.

IV CONGRESSO DE PSICOLOGIA: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia:
consolidando o cuidado interdisciplinar
De 4 a 6 de abril de 2019. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 04 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE RESUMOS EXPANDIDO
<http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index>



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02>. Acesso em:
02/03/2019.

PSEUDOCIESE HUMANA: CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS QUE SE MANIFESTAM NO CORPO – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

ARAGÃO, Eva

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

evamotta@outlook.com

NEVES, Kettele

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ARAÚJO, Ana Tereza

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O termo pseudociese também conhecido por pseudogestação, gravidez psicológica, gravidez fantasma, falsa ou de gordura é um transtorno psicossomático desencadeado por múltiplos fatores, no qual a mulher acredita piamente estar em estado gravídico, porém sem feto. O transtorno psicossomático é classificado no DSM-V como Transtorno com Sintomas Somáticos, no qual se aplica a sintomas orgânicos originados pelo pensamento disfuncional. É um cenário multifatorial que se enquadra em eventos estressores que afetam diretamente nos aspectos psicológico, comportamentais e fisiológicos, pois, quando exacerbado, podem provocar um efeito desorganizado, assim como a ansiedade que por sua vez vem entrelaçada a essas contingências, gerando um agravante somático a mulheres que muito almejam engravidar e ou que enfrentam uma pressão psicológica da sociedade. O diagnóstico se dá através da medicina, exame de sangue ou de urina Beta HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana). E o tratamento geralmente mais utilizado é a psicoterapia e dependendo do nível de aceitação desta paciente, pode ser por via medicamentosa, prescrita por médico especialista. **Objetivo:** Elucidar a ocorrência dos processos psicológicos e fisiológicos da pseudociese humana, assim como explicar o processo do diagnóstico e sua forma de tratamento. **Metodologia:** Foi utilizada pesquisa bibliográfica, através de periódicos científicos extraídos da SciELO e Revista de Psiquiatria, ambos fundamentados em pressupostos teóricos para esclarecer o fenômeno da pseudociese humana. **Resultados e discussões:** A pseudociese quanto à condição psicossomática, traz em sua sintomatologia uma série transformações fisiológicas e neuroendócrinas. De acordo com Duarte et al. (2015) podem incluir amenorreia (ausência da menstruação), aumento mamário e abdominal, galactorreia ou lactação, pigmentação areolar e cutânea, sensação de movimentos fetais, náuseas e/ou vômitos, ganho de peso, postura lordótica (1, 2, 7) e ainda, embora raramente, alterações do colo do útero e aumento uterino. Apesar de poucos casos clínicos, assim como uma estreita literatura, foi possível abstrair informações das consequências sobre alterações corporais geradas pelo psicológico, no qual ilustra claramente os sintomas da psicossomatização da pseudociese. Vale salientar que esse transtorno geralmente acontece em mulheres no intervalo de idades dos 20 aos 39 anos, raramente na infância e adolescência, independente da classe social e etnias e pode ser um quadro recorrente. Apesar dos fatores estressores e a ansiedade estarem interligados a

esse contexto, ambos são apenas uma parte do problema, pois são dados que contribuem para o desenvolvimento deste transtorno e não como fatores predominantes. Haja vista, que não há estudos fechados sobre a etiopatogênese da pseudociese. O diagnóstico preciso para se constatar a pseudociese, se dá pelos sintomas relatados pela paciente (as mudanças corporais) e o exame plasmático ou urinário Beta HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) sendo este o mais preciso, logo, é o exame que detecta o hormônio específico da gravidez. Quanto ao tratamento geralmente utilizado é de cunho psicoterápico, ou seja, a psicoterapia. E dependendo do caso quanto à resistência a aceitação de não estar grávida, é necessário apoio médico especializado para prescrição por via medicamentosa. **Conclusão:** Conclui-se nesse panorama que os fenômenos psíquicos da pseudociese – transtorno psicossomático causam mudanças físicas evidentes de uma gestação, gerando na mulher a sensação de plenitude e realização de uma gravidez, entretanto, posteriormente com o resultado do diagnóstico negativo, o sofrimento psíquico é inevitável, gerando nesta mulher frustração, vergonha, sentimento de culpa, baixa autoestima, sentimento de inferioridade, nível elevado de ansiedade e até mesmo quadro de depressão, dependendo do caso. Apesar de não ser predominante, porém relevante, para o desencadeamento da pseudociese, como supracitado anteriormente, o estresse emocional geralmente de origem de cobrança social e ou familiar, pode desenvolver uma discrepância na ansiedade, no que afetará diretamente no psicológico de forma consciente ou inconsciente, e assim podendo causar um psiquismo disfuncional, pois neste caso, a ansiedade é de natureza estressante. O tratamento quanto a sua eficácia, se faz necessário o acolhimento desta paciente, por toda a equipe multidisciplinar da saúde, vejamos, que ela está passando por uma gama de sentimentos, inclusive a angústia por uma crença fixa de estar grávida e de uma hora para outra, ter ciência da atual realidade. Por fim, a psicoterapia é de fundamental importância no tratamento, de caráter a apoio psicológico individual, ou grupal, ou do casal e também um médico especialista, dependendo do caso. A maior dificuldade encontrada neste tema direcionada a pseudociese humana, foi referente aos fidedignos divulgados de maneira equacionada.

Palavras-chaves: Psicociese; psicossomática; diagnóstico; tratamento.

Referências:

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

FARINATI, Débora Marcondes; RIGONI, Maisa dos Santos and MULLER, Marisa Campio. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2006, vol.23, n.4, pp.433-439. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400011>.

MARGIS, Regina; PICON, Patrícia; COSNER, Annelise Formel and SILVEIRA, Ricardo de Oliveira. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev.*

psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2003, vol.25, suppl.1, pp.65-74. ISSN 0101-8108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>.
DUARTE, M. et al. Pseudociência: um diagnóstico actual e multidisciplinar. Revista de Psiquiatria. Disponível em:
<<http://www.revpsiglx.org/Upload/artigo/files/b6a0b872-87a4-4d1c-b4ae-88fe7c5d4359.pdf>>. Acesso em 15 de março de 2019.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE PSICOLOGIA SOBRE O PROJETO DE EXTENSÃO “ADOTE UM SORRISO”

GUIMARÃES, Raiane.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
raiane.vieira.guimaraes@gmail.com

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O projeto adote um sorriso foi criado com o fim de promover ações sociais voluntárias voltadas para a melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes nas comunidades periféricas da Região Metropolitana de Belém. Para alcançar esse objetivo, o projeto mobiliza estudantes de graduação e profissionais liberais das áreas de direito, psicologia, enfermagem, fisioterapia, serviço social, odontologia, pedagogia, nutrição, marketing e jornalismo que tenham interesse e gostem de prestar atendimento básico à saúde física e mental, de realizar ações pedagógicas, de assistência jurídica e de promover atividades de bem-estar e lazer. Essas atividades práticas estão de acordo por exemplo, com os estudos sobre a Psicologia nas comunidades feito por Lane et al. (2012) nos quais ela aborda que na sociedade contemporânea, perturbada pelas mudanças tecnológicas, culturais e sociais, é preciso tentar inserir a Psicologia como uma forma de explicação psicossocial que ajude nas mudanças inter-relacionais na comunidade. **Objetivo:** Realizar um relato das experiências vividas durante o segundo semestre do ano de 2018 no projeto de extensão “Adote um Sorriso”, no bairro da Pratinha onde foram promovidas ações para 150 crianças e adolescentes da região ribeirinha. As atividades aconteceram em três espaços sendo eles, a igreja e em dois barracões. Todos cedidos pelos moradores da comunidade. **Metodologia:** Para desenvolver as atividades na comunidade a coordenação do projeto formulou um calendário próprio de forma que as ações previstas se dessem num único semestre, as atividades ocorriam todas aos sábados, pela manhã, das 8h às 12h. O primeiro encontro em grupo foi para a capacitação geral dos recém chegados ao projeto, no qual todos os voluntários receberam orientações de como proceder nas intervenções locais de acordo com um protocolo de condutas que versava sobre: a vestimenta apropriada, o melhor percurso para chegar ao local, o modo de se dirigir aos moradores da comunidade, como tratar as crianças, além de relatos de profissionais que já haviam atuado no projeto e, também, quais seriam as possíveis dificuldades encontradas durante as ações. Uma semana após a capacitação, ocorreu o primeiro contato com a comunidade para a realização de uma ação recreativa com intento de conhecer e estabelecer laços de confiança com as crianças e adolescentes que estavam inscritos para o projeto. Nesta primeira ação, todos os voluntários (de diferentes cursos) desenvolveram atividades lúdicas em conjunto, por exemplo, a dança da cadeira, a brincadeira do balão, pula corda e show de talentos. A segunda atividade desenvolvida foi de anamnese em que os voluntários foram separados por grupos de acordo com sua área de conhecimento. Cada grupo tinha 20 fichas para preencher. O

formulário de reminiscência fora aplicado aos responsáveis das crianças, em seguida, com as próprias crianças. Os documentos continham perguntas sobre o contexto de vida das crianças, com o intuito de conhecer a realidade do público-alvo. Após a realização da ação de anamnese os voluntários junto com a coordenação do projeto se reuniram para analisar as informações coletadas e quais seriam os possíveis encaminhamentos a serem feitos. A partir da atuação de cada área específica foram elaboradas atividades centradas em competências e habilidades próprias no campo da psicologia, da medicina, do direito, da pedagogia, do serviço social, dentre outros. Realizou-se então a terceira ação intitulada de 1ª Mini Ação “Adote um Sorriso”, neste momento os voluntários eram dos cursos de psicologia, serviço social, pedagogia, nutrição e marketing. A participação desta voluntária se deu no grupo de psicologia, onde desenvolvemos uma atividade que estava voltada para a questão da expressão dos sentimentos, através de um jogo de tabuleiro confeccionado pelo grupo. Neste jogo, a criança arremessava o dado para cima e, dependendo do número, ela respondia uma pergunta e depois ela era convidada a falar como se sentia a respeito da pergunta que lhe foi repassada. O objetivo era mostrar a importância de expressar os sentimentos tanto pela fala quanto por gestos corporais. As crianças participaram de todas as atividades de forma efetiva e colaborativa. A ação posterior a essa, foi a 2ª Mini Ação desenvolvida pelos estudantes voluntários dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, educação física, direito e fisioterapia. As atividades aconteceram da mesma maneira que a 1ª mini ação voltadas para os encaminhamentos que foram analisados de acordo com as necessidades de cada criança. Elas receberam atendimento de higiene bucal, realizaram exames básicos como sangue, atividades de fisioterapia para os adolescentes que necessitavam melhorar os movimentos das pernas e os responsáveis das crianças puderam ter assessoria jurídica. Ao término das ações de intervenção, ocorreu o último sábado de atividades na comunidade que foi a ação final onde foi proporcionado para todas as crianças e adolescentes que participaram do projeto, muitas brincadeiras do cotidiano deles, lanche saudável, disponibilizou-se um espaço de carreiras profissionais em que eles podiam ter o contato sobre os diversos cursos que poderiam exercer no futuro, doações de cestas básicas e kits de material escolar e higiene para as famílias.

Resultados e discussões: Durante as vivências que pude ter dentro da comunidade percebi o quanto a psicologia é importante como forma de prevenção e promoção de qualidade de vida, pois ouvi muitos relatos de mães que passavam por situações de desrespeito, maus tratos, violência psicológica e/ou física com seus maridos e isso acabava afetando tanto os aspectos psicológicos delas quanto de seus filhos e até mesmo prejudicando o rendimento escolar e social deles. De acordo com Lane et al. (2012), a psicologia na comunidade é necessária uma vez que as intervenções sócias comunitárias podem ser eficientes tanto para tornar as institucionais sociais mais saudáveis quanto para reduzir o sofrimento individual. **Conclusão:** Apesar de frequentar a sala de aula todos os dias e estudar sobre diversas abordagens que fazem parte da Psicologia e sobre como agir em diferentes áreas de atuação, ir a campo e conviver de perto com a realidade e situações de vulnerabilidade das

comunidades foi um tanto “assustador”, pois existem muitos indivíduos que nunca ouviram falar em Psicologia e nem nos serviços que são disponibilizados gratuitamente como nos CRAS e CREAS. Ao longo do desenvolvimento das atividades do projeto, fui adquirindo experiências relevantes para construção de um pensamento mais crítico e reflexivo, problematizador e transformador da realidade enquanto discente do curso de Psicologia. Posso afirmar que a participação em um projeto social transformou a minha visão de mundo enquanto pessoa e futura psicóloga. Minhas vivências permitiram perceber como a vulnerabilidade social assola o dia-a-dia das famílias principalmente dos bairros periféricos, por isso é importante que estudantes do curso de psicologia tenham a oportunidade de participar de projetos que possibilitem este tipo de experiência como forma de contribuir para a prática enquanto psicólogos e dar um retorno para a comunidade.

Palavras-chaves: relato de experiência; psicologia na comunidade; melhoria da qualidade de vida.

Referências:

RODRIGUES, Aroldo. Psicologia Social: à escola, à clínica, às organizações sociais, à ação comunitária, nº 02, p.108-117, Petrópolis: Vozes, 1983.
LANE, Silva T. M.; CODO, Wanderley. Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2012.

QUANTOS LIKES EU PRECISO PARA SER AMADO? O NARCISISMO E A BUSCA INCESSANTE DE CURTIDAS NO MUNDO VIRTUAL

CAL, Danielle
Universidade da Amazônia (UNAMA) – Discente
dbcal@bol.com.br

SAMPAIO, Luan
Universidade da Amazônia (UNAMA) – Preceptor.

Introdução: Com o crescimento da utilização das redes sociais como o *facebook* e *instagram* pelas pessoas da nossa sociedade e com a cultura contemporânea sustentada na valorização da imagem, da exposição, do exibicionismo e publicidade da vida privada, podemos observar implicações nas formas como ocorrem as relações dos sujeitos humanos uns com os outros e como temos tido uma predominância dos aspectos narcísicos, e da patologia narcísica na forma como nos relacionamos com os nossos semelhantes na atualidade (VASCONCELLOS, 2014). Esse aumento dos aspectos narcísicos na relação com o outro proporciona uma economia libidinal que passa a ser direcionada à exibição, à sedução e muitas vezes vem mascarar sofrimentos psíquicos desse sujeito causando o desamparo, a baixa autoestima, o desamor e a fragilidade da construção de si mesmo. O surgimento da interação do sujeito através das redes sociais enseja novas formas de subjetivação (BANDEIRA; POSTIGO, 2015). As redes sociais permitiram que os sujeitos pudessem “ser/ter” o que quisessem. No mundo virtual podemos forjar uma imagem a qual muitas vezes não corresponde à vida real/factual. Pode-se vivenciar vidas perfeitas, em que só há lugar para a felicidade, e as fotos postadas nessas redes são planejadas previamente para que tudo se encaixe perfeitamente nesse mundo ideal, nesse suposto ideal do Eu. **Objetivo:** Compreender como a relação do ser humano com o outro através das redes sociais na cultura contemporânea, baseada na estetização da existência, na valorização do belo, na publicidade da vida privada em detrimento do ser repercute na forma de subjetivação, do narcisismo e mascara sofrimentos psíquicos. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que contenham informações sobre as relações do sujeito com outro nas redes sociais, sobre o narcisismo na atualidade e sobre sofrimento psíquico escondido atrás dessas relações. Para isso utilizamos alguns artigos publicados nos seguintes periódicos de psicanálise: Estudos de Psicanálise; e a Revista de Psicanálise da SPPA. **Resultados e discussões:** Foram levantados 03 artigos que tratavam das relações do sujeito humano com o outro através das redes sociais. Freud afirmava que um aparelho psíquico se constitui somente na interação com um outro aparelho psíquico. Ele aponta que no sujeito humano existe um despreparo e um desamparo ante as ameaças do mundo externo que lhe confere uma total dependência aos cuidados de um outro ser humano. Surgimos e nos constituímos na relação e interação com esse Outro (BANDEIRA, 2015, POSTIGO, 2015). A primeira interação do sujeito se dá através das experiências iniciais do bebê com sua mãe (ou quem exerça essa função) e as relações que adiante se estabelecem, as quais oferecerão um

modelo de compreensão do mundo e as experiências, e se instituirá o psiquismo. É nesse processo que nascerá o narcisismo (VASCONCELLOS, 2014). Freud apresenta em sua obra a figura de Narciso, que se encanta diante de sua própria imagem, que investe nesta a sua libido; introduz também o outro, o objeto a ser investido pulsionalmente, a libido do objeto, referindo-se, assim, que neste movimento libidinal entre o eu e o outro vai se constituindo o Eu. Para que Narciso possa existir é fundamental a presença do outro (VASCONCELLOS, 2014). Caetano Veloso, em sua música, Sampa, traz bem exemplificado esse perfil narcisista “Quando eu te encarei frente a frente não vi o meu rosto. Chamei de mau gosto o que vi, de mau gosto, mau gosto. É que Narciso acha feio o que não é espelho”. Nas redes sociais, como o *facebook* e *instagram*, podem ser observados bem a satisfação narcísica. **Conclusão:** nos dias atuais, com o advento da internet e o crescimento da atualização das redes sociais, a vida pública ocupa espaço que anteriormente pertencia ao domínio privado. Nessa cultura de performance, são publicados detalhes da vida pessoal do sujeito, fotos, *selfies* que mostram a cada momento o que se está fazendo, mostra que o sentido do que está ocorrendo se dá mais pela publicação, do número de visualizações do perfil e números de *likes* gerados para essa publicação do que propriamente pela vivência. As imagens passam a ser mais reais do que a própria realidade (VASCONCELLOS, 2014). Do que adianta viajar a Paris, se ninguém vai saber, se não vou receber nenhum *like* por isso? A satisfação narcísica se dá nas redes sociais através dos *likes*, quanto maior for o número de *likes*, mais perto estarei do meu ideal do Eu (BANDEIRA, 2015, POSTIGO, 2015). Eu só tenho valor, reconhecimento e passo a existir se tiver um número considerável de seguidores, se meu perfil tiver sido visualizado, se as minhas fotos tiverem sido curtidas. O crescimento do número do que chamamos de “*digital influencer*” nas redes sociais, corrobora com o que foi escrito por Freud (1914) quando ele descreve o modelo narcísico de escolha objetual, que é amar aquilo que fomos e deixamos de ser ou aquilo que possui qualidades que nunca teremos. Elas representam o modelo de sucesso, modelo a ser seguido, ser copiado, a vida perfeita, com o corpo perfeito, viagens dos sonhos e milhares de *likes*. As redes sociais que inicialmente foram criadas para ampliar e facilitar a comunicação entre grupos de amigos e que posteriormente foram ampliadas para todo o mundo, passou a ser palco de verdadeiros espetáculos performáticos, junto as fotos, *selfies* postados constantemente, mas atrás das cortinas o que se observa é um empobrecimento narcísico, um desamparo, uma baixa autoestima, uma necessidade de autoafirmação do sujeito através da aprovação e amor do Outro. Como se precisasse de *likes*, comentários positivos do outro, convencer esse outro daquilo que ele mesmo ainda não se convenceu.

Palavras-chaves: Narcisismo, Redes Social, Ego.

Referências:

BANDEIRA, G. S; POSTIGO, V. M. C. Me dá um *like*? Fotografo, logo existo: histeria e redes virtuais. Estudos de Psicanálise: Belo Horizonte, n. 44, p. 109-116, dez., 2015.

FREUD, S. (1914). À guisa de **Introdução**: ao Narcisismo. In Escritos sobre a psicologia do inconsciente (Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago, 2004.
VASCONCELLOS, M. C. G. Narciso a procura de sua imagem no espelho: algumas reflexões sobre o narcisismo na atualidade. Revista de Psicanálise da SPPA, v. 21, n. 3, p.661-674, dez., 2014.

DA INSATISFAÇÃO AO GOZO: A SIMULAÇÃO DO ORGASMO COMO ELEMENTO FACILITADOR DO “ENCONTRO” COM O OUTRO

CARDOSO, Rubens Díodoro

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

diodoro59@outlook.com

CARRÉRA, Lucas

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

BACCHINI, Alessandro Melo

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Na clínica psicanalítica, não é incomum nos depararmos com mulheres que falam sobre suas insatisfações no ato sexual, que se sentem “alheias” ao próprio orgasmo e/ou vivendo um prazer que não se sabe se comparável ao clímax. Na obra freudiana, relatos dessa ordem se fazem presentes desde um caso de frigidez em Marie Bonaparte, ilustre analisanda de Freud. Lacan (1985, p.66.), ao dizer que “[...] não há outro gozo senão o fálico”, e, “salvo aquele sobre o qual a mulher não solta nem uma palavra, talvez porque não o conhece, aquele que a faz não-toda.” Apesar da sexualidade feminina ser um tema costumeiro para a psicanálise, as nuances referentes ao gozo físico e ao gozo psíquico feminino ainda se apresentam como de difícil discernimento, ainda mais por, como nos elucida a clínica e a vivência cotidiana, o orgasmo ser menos descomplicado de ser simulado por uma mulher. É importante destacar que, apesar da referência às mulheres para se pensar o *feminino* em psicanálise, elas são porta-vozes de algo que não se restringe ao seu sexo biológico. Dito de outro modo, feminino será aqui tomado como referente à superação da lógica fálica. Se o falo é um significante que direciona a libido, convergindo para uma totalidade falicizada pelo desejo – que advém do desejo do Outro e que, portanto, pode mediar uma especificidade na escolha de objeto –, desde Freud, e sua clínica, verifica-se uma universalidade à indeterminação sexual – vide Freud (1905) acerca da bissexualidade constitucional. Por outro lado, verificando que a noção de falo não ultrapassa em completo o problema da diversidade em relação à sexualidade, Lacan (1985) discute, em meio aos semblantes definidos pela linguagem como *homem x mulher*, diferenciações entre um gozo fálico e um gozo feminino não-todo referido ao falo. Das convergências e divergências entre as posições possíveis nestas duas lógicas, temos nosso escopo teórico para pensarmos os relatos supracitados. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo investigar possíveis relações entre orgasmo e a posição feminina e, neste, também desmistificar a costumeira associação entre o simulacro do orgasmo e a frigidez, pois a especificidade deste ato para cada sujeito pode ser geradora de satisfação, sendo até, de forma contraditória, capaz de facilitar o encontro com o parceiro sexual. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A procura inicial e exploratória se deu em sites de busca acadêmica (como SCIELO) bem como em bancos de dados de revistas e universidades a partir das palavras chave: Psicanálise, Sexualidade feminina, Gozo, Simulação, Insatisfação e Frigidez. Após essa fase preliminar, foi investigado os aspectos

psicológicos experienciados pelas mulheres que simulam orgasmos durante a relação sexual. Em relação aos critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos artigos referentes a insatisfação sexual e frigidez feminina de viés psicanalítico e excluídos da pesquisa artigos que estão relacionados a satisfação sexual masculina ou feminina, que fazem uso de outras abordagens teóricas e anteriores ao ano 2004. **Resultados e discussões:** Como resultado, desenvolvemos três categorias, a partir do que foi analisado, sendo elas: (A) O gozo feminino em Lacan, (B) A simulação do orgasmo como alternativa à frigidez feminina, (C) A simulação do gozo como uma possibilidade outra de gozar e como elemento facilitador para o “encontro” com o outro. Ao longo da categoria (A), onde tratamos especificamente sobre o gozo feminino, esse que Lacan teoriza em determinado momento de seu ensino como sendo o gozo do Outro, voltamos principalmente ao estudo das chamadas fórmulas da sexuação, onde o psicanalista francês identificará *homem* e *mulher*, no âmbito da castração, por sua modalidade de gozo, introduzindo o quanto *não-todo* para os membros do conjunto dito feminino, o que significa que todo ser inserido na linguagem que se coloque nesse conjunto, independentemente de sua anatomia, será não-todo fálico, não todo submetido à regência da função fálica. Visto que esse gozo não é fálico em sua totalidade, faz-se necessário supor a existência de um outro gozo, *suplementar*, esse sobre o qual a mulher não nos conta uma palavra sequer, não por vaidade, mas por se tratar de um gozo que está fora da linguagem, incapaz de ser dito, um gozo mudo (LACAN. 1985, p. 66). Ao mesmo passo que, por não ser regido pelo significante fálico, também se organiza fora da sexualidade. Ao longo do *Seminário 20, mais, ainda*, Lacan, teoriza sobre a expressão gozo do Outro a partir de dois sentidos e casos gramaticais: o genitivo objetivo ou subjetivo. Ele destaca, com o primeiro caso, uma relação de posse que põe em evidência a impossibilidade de gozar do corpo do Outro em sua plenitude, o gozo que os amantes buscam na relação sexual, mas não encontram, pelo gozo fálico ser um gozo do órgão. E lançando mão do caso subjetivo, Lacan teoriza sobre o conceito próprio de gozo do Outro, o qual ele conceitua como aquele que as mulheres experienciam e que seria caracterizado pela impossibilidade de ser posto em palavras, fazendo um paralelo com o gozo místico. Na categoria de análise (B) que aborda sobre a simulação do orgasmo no contexto da frigidez feminina, podemos refletir, primeiramente, a respeito do significado da palavra “frigidez”, o qual é advindo do latim *frio*, e designa uma mulher que não consegue atingir o ápice do prazer durante uma relação sexual, seja, entre outros fatores, por assemelhar o outro à um objeto incestuoso ou pela vivência temporária de eventos que influenciem no desejo sexual, a chamada frigidez temporária. No que pode ser observado a respeito de uma mulher anorgásmica, percebe-se que muitos casos são assintomáticos, ou seja, não caracterizam sintoma para a mulher, sendo primeiro percebido pelo parceiro e relatado como causa de sofrimento psíquico por ele, o que nos faz maturar a ideia do porque essa mulher não apresenta uma queixa ou um sofrimento previamente, mas, somente quando alertada. É a partir desse contexto, que, com base na psicanálise, tentamos elucidar para além desses fatores comumente conhecidos da frigidez feminina, lançando mão da teorização de Lacan sobre a

feminilidade que, diferentemente de Freud (1905) e sua conceituação sobre a inveja do pênis – *Penisneid* –, a pensava como posição de sujeito que, justamente por não possuir o falo, poderia assumir, como uma alternativa, tornar-se o falo para o homem. Dessa forma, ao tratarmos a respeito da simulação do gozo, pensamos na mulher que ao invés de desejar *ter* o falo, busca *ser* o falo ela mesma, obturando seu próprio prazer para se tornar o objeto de prazer do outro, destacado assim, que, dentro do querer dessa mulher, ser singular no desejo e amor de seu parceiro, é satisfatoriamente capaz de manter seu próprio desejo estagnado (GRANT, 2004, p. 33). Sustentando assim, um assujeitamento de tal maneira que o mais importante se torna o prazer do outro e para que ele se realize, a teatralização do orgasmo surge como instrumento possível. Na categoria de análise (C), onde discorremos sobre a simulação do orgasmo feminino como um elemento facilitador para o encontro com o outro, retornamos à teorização lacaniana sobre o gozo feminino, ou gozo do Outro no sentido subjetivo, na qual o psicanalista francês faz uso da imagem de Santa Tereza de Bernini para lançar luz sobre o caráter enigmático e inefável do gozo experienciado pelas mulheres, esse que mais se aproxima do gozo místico. Esse gozo de natureza incerta que faz mulheres, como a notável paciente de Piera Aulagnier (1990, p. 71) descrita em *Observações sobre a feminilidade e suas transformações*, questionarem se o sentem ou não, diz muito sobre como o contexto histórico e social reconhece e concede à mulher, na sua dimensão de alteridade, um lugar na cultura. Entendido que, ao simular um orgasmo, a mulher finge para garantir o prazer do outro, apresentando-se para ele como uma situação ideal de prazer (onde os dois gozam), a mulher concorda em arcar com um desejo que não é seu; mas que, contudo, a diz respeito enquanto objeto possível de satisfazer a necessidade do outro. Essa mulher abdica do seu próprio orgasmo em prol de um ideal de homem, a quem deve ser servido o gozo, mas também por um ideal de mulher, que deve ser capaz de fazer gozar. De tal forma que a simulação pode ser pensada a partir de duas perspectivas, que podem ou não serem concomitantes, na primeira, em que a mulher finge o orgasmo como alguém que segue um protocolo sustentado pela cultura (ela deve se apresentar devidamente como uma situação prazerosa, por devoção a ele), e na segunda, em que a simulação pode funcionar como uma espécie de gozo autoerótico, sendo suficiente para desencadear, na mulher que teatraliza, uma sensação de poder (ela simula, e dessa forma retêm em si a posição de mulher ideal, capaz de fazer o outro gozar). Sendo assim, a simulação do orgasmo feminino pode se apresentar não toda contraditória ao gozo, mas concernente a ele. Talvez não por acaso, Lacan, em sua conferência italiana *A Terceira*, tenha se referido ao gozo feminino, do Outro, como *parassexuado*. Com essa expressão, composta pelo prefixo grego *para* (também comumente observado em compostos das línguas românicas) que apresenta vários significados, como: “ao lado de”, “além de”, Lacan parece acusar que o gozo do Outro, apesar de não ser, ele próprio, o gozo sexual, não deixa de ter associação com ele.

Conclusão: Se a simulação do orgasmo por uma mulher se mostra, por meio de relatos cotidianos da experiência feminina, uma prática descomplicada e corriqueira de tal maneira que o “orgasmo fingido” passou a habitar o imaginário

social de forma a tornar sinônimos, simulação do gozo e frigidez, o simulacro se apresenta como genuína evidência da impossibilidade da fusão sexual, mas também como via de gozar dessa impossibilidade. Neste sentido, nota-se a necessidade de maior discussão acerca deste tema, não somente por sua relevância clínica e teórica, mas ainda porque questionar as formas com que a cultura reconhece e lida com a alteridade (palavra em voga no atual período histórico, mas que possui um significado ainda mais particular para a psicanálise), assim como as formas com que a mulher (o Outro sexo) goza e faz laço, se mostra exercício indispensável. Mesmo que esse gozo ou laço se estabeleça a partir de, ou como alternativa, a uma castração, nos provando que a mulher, apesar das barreiras e impedimentos impostos a ela, segue gozando e fazendo frente, ainda que por via da insatisfação.

Palavras-chaves: Orgasmo; simulação; psicanálise; gozo.

Referências:

- AULAGNIER-SPAIRANI, P. Observações sobre a feminidade e suas transformações. In: CLAVREUL, J. O desejo e a perversão. Campinas: Papirus, 1990.
- FREUD, Sigmund. Obras completas, volume 6: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (o caso Dora) e outros textos. 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1901 -1905. 26p. v.6.
- GRANT, Walkiria Helena. Frigidez feminina e a dialética do amor, desejo e gozo. REVISTA LATINO AMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, [S. l.], n. 3, p. 26-39, set. 2004.
- LACAN, Jacques. O Seminário: Livro 20: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

REFLEXÕES ACERCA DO PAPEL DA PSICOLOGIA NA PRÁTICA TRANSDISCIPLINAR COM CRIANÇAS AUTISTAS BASEADAS NO PROGRAMA TEACCH

BEZERRA, Izabella

Universidade da Amazônia (UNAMA)

izabellasouzab@gmail.com

LEBREGO, Arina

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é englobado na categoria de Transtornos do Neurodesenvolvimento e, de acordo com o DSM V (APA, 2014), é descrito como uma deficiência no desenvolvimento percebida nos primeiros anos de vida da criança, a qual compromete áreas de funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional. O Autismo é diagnosticado pela apresentação de déficits nas habilidades sociais do sujeito, acompanhadas, sobretudo, de comportamentos exacerbados e repetitivos (os chamados “comportamentos estereotipados”), interesses restringidos e fixação nas mesmas coisas. A principal característica do transtorno é a deficiência persistente na comunicação e interação social nos mais variados contextos, abrangendo, segundo o DSM V, “déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos” (APA, 2014, p.31). A atuação integrada e sem fronteiras entre as disciplinas proporciona uma visão holística sobre o cuidado com as singularidades de cada indivíduo. No caso de crianças com autismo, o trabalho em conjunto com profissionais de diferentes áreas é imprescindível no atendimento às suas necessidades, principalmente em decorrência das comorbidades associadas ao transtorno, como, por exemplo, o comprometimento intelectual, transtorno estrutural da linguagem, desenvolvimento da coordenação, transtornos de ansiedade, entre outros diagnósticos (APA, 2014). O TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children*) trata-se de um programa criado em 1971 por Eric Schopler e colaboradores na Universidade da Carolina do Norte, o qual atende não só indivíduos com TEA, mas também com problemas referentes à comunicação (FONSECA; CIOLA, 2014). O programa é adaptado por níveis que trabalham com os três graus de severidade do transtorno, objetivando atingir maior autonomia e independência do indivíduo na vida adulta, de acordo com suas capacidades. Dentre as áreas de conhecimento que podem ser incorporadas ao programa TEACCH, além da Psicologia, encontram-se a Fonoaudiologia, Pedagogia e Terapia Ocupacional.

Metodologia: O presente trabalho foi realizado a partir da prática em campo, sendo de característica Relato de Experiência e integra uma revisão bibliográfica da literatura científica especializada, compondo obras relacionadas ao tema em questão.

Resultados e Discussões: O TEACCH é estruturado em quatro níveis

organizados em uma rotina, possuindo atividades e espaço adaptados para o atendimento. Cada criança possui um plano terapêutico que é elaborado a partir de triagens e entrevistas com ela e seus responsáveis, contando com observações e avaliações realizadas por profissionais de diferentes áreas. Esse processo objetiva esclarecer quais as habilidades que o menor apresenta e quais necessita desenvolver, além de identificar suas restrições. O psicólogo auxilia também na observação de outros possíveis transtornos que a criança possa apresentar e que comprometam o desenvolvimento, além de buscar compreender o perfil, suas peculiaridades e elementos que ela considere como reforçadores para que possam ser usados como incentivos no processo. Algumas propostas para o plano individual envolvem aspectos voltados à regulação emocional, habilidades acadêmicas, comunicação e linguagem, brincar/socializar e Atividades da Vida Diária (AVDs). No primeiro nível do programa são usados materiais concretos e adaptados sensorial e visualmente para melhor percepção e assimilação da criança que, quando se encontra neste primeiro grau, necessita desenvolver, primeiramente, a parte motora e dar funcionalidade aos objetos. O local de trabalho e os materiais necessitam de sinalizadores para que, junto à condução do facilitador, a criança compreenda que as tarefas são efetuadas sempre da esquerda para a direita e requerem a realização de ações como: abrir e fechar recipientes, guardar objetos e conduzir itens a determinado local. O psicólogo, junto à equipe, contribui para a elaboração de um ambiente favorável para o aprendizado, ajudando a identificar e retirar elementos que causam distrações e incômodo para criança. Os indivíduos que se encontram neste nível, geralmente, não possuem capacidade para uma comunicação satisfatória. No segundo nível, procura-se desenvolver na criança a capacidade de associação de peças por conter formas, cores, texturas ou tamanhos iguais. Utiliza-se ainda o material concreto, porém requer-se da criança uma melhor percepção daquilo que a cerca de maneira a habilitá-la a discriminar elementos nas mais diversas categorias. O psicólogo, a par dos princípios de desenvolvimento infantil e dos impedimentos que a criança pode vir a apresentar, trabalha junto à equipe na elaboração das atividades e na sua aplicação, a fim de buscar uma melhoria dentro do esperado. No terceiro nível, a partir do aprimoramento da capacidade de discriminação, a criança começa a desenvolver a percepção de figura e fundo e expande o número de categorias e classificações conhecidas como, por exemplo, animais, flores, veículos, entre outras. No presente estágio já não se faz necessário o uso de sinalizadores, pois o ato de obedecer ao procedimento deverá acontecer espontaneamente. As atividades nessa etapa são, segundo Fonseca e Ciola (2014), efetuadas através das habilidades cumulativas desenvolvidas nos níveis I e II, trazendo conceitos simbólicos e de caráter imaginários que incorporam fotografias, pictogramas, rótulos, letras e números, bem como a realização de exercícios de sobreposição, associação, completar figuras e seriação com imagens e objetos, porém ainda insuficientes para a prática da leitura. É importante esclarecer que é possível que os indivíduos cheguem a este nível sem a habilidade da fala verbal, fato que se deve a diversas causalidades, como, por exemplo, problemas estruturais ou comprometimento cognitivo. A psicologia

vai tratar do que diz respeito à análise e reeducação comportamental diante de casos em que a criança passe por frustrações. Um dos recursos muito utilizados é o de modelação de comportamento, o qual trabalhará gradativamente na estimulação de comportamentos semelhantes ao desejado até que se atinja o objetivo. No último nível, a criança já dispõe de ferramentas para iniciar a leitura e, a partir disso, desenvolver a habilidade de interpretação textual. É desenvolvida também a percepção de quantidade dos números e realização cálculos matemáticos. É imprescindível que esta etapa seja desenvolvida de modo agradável para o indivíduo, repleta de estímulos reforçadores, os quais irão instigar um desejo pelo aprendizado, contribuindo na sua eficácia. O comando das questões é adaptado para uma leitura clara e objetiva e mais próxima do currículo comum, de modo que proporcione uma maior autonomia e independência nos estudos. Desenvolver a imaginação e criatividade da criança favorece o seu aprendizado e lhe proporciona recursos para criar, interagir e entender elementos do dia a dia. Deve haver sempre uma troca de informações entre os técnicos, proporcionando um diálogo entre as áreas específicas de cada um, de modo a promover uma visão mais completa do progresso da criança.

Conclusão: É inegável a necessidade do trabalho em conjunto no atendimento a crianças com transtorno do espectro autista, visto que existem comprometimentos na capacidade que envolvem as mais diversas áreas, sendo a prática transdisciplinar de grande benefício pelo fato de proporcionar uma visão holística no atendimento. O programa TEACCH oferece ferramentas eficazes para fomentar o desenvolvimento da criança, acompanhando-a em suas necessidades e individualidades. O trabalho em tais circunstâncias encontra fortes desafios, a psicologia dispõe de diversas ferramentas que a auxiliam no processo, as quais comprovam cientificamente sua eficácia, não só diante das habilidades que ajuda a desenvolver, mas na preocupação em proporcionar qualidade de vida e no respeito às singularidades de cada pessoa.

Palavras-chave: Psicologia; Autismo; TEACCH; Transdisciplinaridade.

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.
FONSECA, E. G. F.; CIOLA, J. C. B. Vejo e Aprendo: fundamentos do programa TEACCH: o ensino estruturado para pessoas com autismo. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2014.

A MORTE E A MATERNIDADE

FIMA, Larissa Raquel Virgolino
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
larafima@hotmail.com
LEBREGO, Arina Marques
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
arinamlebre@gmail.com

Introdução: As ideias sobre a maternidade – hospital envolvem o imaginário social de que se trata de um ambiente relacionado ao nascimento, alegria e momentos felizes. Entretanto, existem situações geradoras de grande sofrimento, onde são necessárias intercorrências no ciclo gestacional da mulher e em uma destas situações inclui-se a morte. Associada a sentimentos de dor, angústia e luto. Temida pela sociedade, onde, conseqüentemente há uma fuga da mesma, podendo ser vista como castigo e enfrentada dessa forma (Moritz, 2005). A elaboração do luto é um processo delicado quando se trata sobre a morte de um bebê, envolvendo toda expectativa criada para um momento feliz e importante, o nascimento de uma vida. A perda reflete no estado emocional do indivíduo, causando reações como: revolta, negação, fragilidade, entre outros. A psicologia possibilita ao paciente e seu familiar assimilar a situação em que se encontram e os ajuda a falar sobre a perda e sofrimento (Moritz, 2005). **Objetivo:** Refletir acerca da importância do acolhimento e escuta psicológica com indivíduos em situações de luto pela morte de um bebê. **Metodologia:** Este trabalho pautou-se por pesquisa bibliográfica. Segundo Rother (2007) consiste em uma pesquisa que dispõe de fontes bibliográficas ou eletrônicas, auxiliando na obtenção de resultados de pesquisas mediante a um objetivo específico. **Resultados e Discussões:** Foi escolhido o atendimento psicológico em situações de luto como abordagem do trabalho. Há uma grande dificuldade no processo de elaboração da perda de um filho. Entende-se que o nascimento de uma vida pode ser visto como uma experiência desafiadora e/ou muito desejada mediante a sociedade. A perda prematura de um filho carrega em si a incompreensão, tanto de quem perde, quanto socialmente, invertendo a expectativa pressuposta pela vida, a morte de um pai primeiramente e não a de um filho, interrompendo sonhos e planos depositados na criança. Desperta-se uma infinidade de sentimentos e sentidos, constituindo-se em uma experiência singular de mulher para mulher, que possivelmente irão acompanhar-las a um longo prazo, além do luto neonatal ser vivenciado como algo que deve ser evitado, é comum que a mulher seja tomada por sentimentos de impotência ou ineficiência (Iaconelli, 2007). Diante de todo questionamento em volta do luto neonatal, o psicólogo é o profissional qualificado e preparado para a viabilização do luto. A psicologia entende que para dissipar a perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida, mas nunca negada (Gesteira, Barbosa, Endo, 2006). Existe um período para que esse processo seja vivido e assim obtendo-se a elaboração do luto. Cabe aos profissionais da psicologia auxiliar os pais e familiares neste momento, fazendo com que a situação se torne mais real,

disponibilizando-se a ouvir o que estes indivíduos têm a dizer sobre e os informando sobre seus direitos, como se despedir de seu bebê, toca-lo, seguir algum ritual fúnebre ou religioso – caso o indivíduo tenha algum tipo de crença, viabilizando a fala. É neste contexto em que repercussões emocionais diante da perda passam a ser vivenciados. Independente da idade gestacional, uma perda traz sentimentos de profunda dor e angústia para quem vivencia, sendo necessário a compreensão do processo de luto fora do ambiente hospitalar. A morte propicia frustrações, sentimentos de incapacidade, culpa, sobretudo, fantasias de um bebê real ou imaginário; o bebê real é o bebê morto e o imaginário é o idealizado, desejado e esperado por seus pais. Existem diversos tipos de perdas gestacionais, o aborto espontâneo é caracterizado por uma perda natural ou precoce. Aborto provocado, como o próprio nome descreve. Morte fetal pode ocorrer no período gestacional ou na hora do parto. Óbito fetal ocorre a morte do bebê antes da expulsão ou extração do corpo da mãe. Morte perinatal, caracteriza o óbito de um feto ou bebê recém-nascido, horas ou dias após nascimento (Gesteira, Barbosa, Endo, 2006). A partir da perda, seja qual for o motivo, é necessário o desvencilhamento do bebê ideal para o bebê real, momento que pode ser realizado com o encontro dos pais com o corpo do bebê morto e rituais de despedidas (Moritz, 2005). Desta forma, os pais aos poucos assimilam e aceitam a perda, apropriam-se da situação, visto que em grande maioria a primeira reação é o choque e confusão de sentimentos. Dentro deste contexto a psicologia se apresenta como uma área de conhecimento e atuação que contribui a uma reflexão em relação a morte, trazendo à tona a subjetividade do indivíduo enlutado que por muitas vezes é silenciado, possibilitando o enfrentamento e atribuição de significado. **Conclusão:** Neste contexto a psicologia dispõe de técnicas para auxiliar o indivíduo no momento de perda, auxiliando o sujeito a atribuir significado a sua dor e reflexões acerca da terminalidade da vida. Posicionando o indivíduo diante das dores da vida e da finitude da mesma, possibilitando um resgate biopsicossocial da pessoa em situação de perda e possíveis redes de apoio e a importância de enfrentar e falar sobre o ocorrido. O psicólogo trabalhará com a escuta, simbólica e não simbólica, oferecendo esclarecimentos ao indivíduo, sendo necessário o trabalho integrado com a equipe multiprofissional, objetivando a minimização do sofrimento, proporcionando apoio e respeito, deixando com que os sentimentos sejam expressos e o luto seja elaborado em uma posição diferente a qual havia sido planejada antes da perda e assim auxiliando o indivíduo enfrentar uma nova realidade.

Palavras-chave: Maternidade, Luto, Perda.

Referências:

- GESTEIRA, S. M. A., BARBOSA, V. L., & ENDO, P.C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- IACONELLI, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Revista publicada pelo conselho federal de medicina. Bioética. Vol. 13, nº 2 – 2005. Brasília.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em: Acesso em: 03 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

VIOLÊNCIA SILENCIOSA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

CAMPOS, Sandra Gardene de Souza
Universidade da Amazônia (UNAMA), Discente,
sandracampos_12@hotmail.com

NUNES, Ana Letícia de Moraes
Universidade da Amazônia (UNAMA), Docente Orientadora,
al.mn@hotmail.com

Introdução: A violência é um fenômeno que cresce e se propaga nas relações sociais e interpessoais e, como consequência, existe uma relação de poder e que perpassa todos os contextos sociais. A agressão tem influências biológicas (genéticas, neurais e bioquímicas), fatores psicológicos e socioculturais (MYERS; DEWALL, 2019). Segundo Azevedo (2008), a violência é o ato e/ou omissões praticados por pais, parentes ou responsáveis em relação a crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de causar à vítima dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica. A comunidade Surda tem sido vítima de uma violência invisível e silenciada durante toda a história dos surdos e, principalmente, no que se relaciona aos últimos 100 anos, a Língua de Sinais tem sido desrespeitada e desprezada pelos ouvintes (OLIVEIRA, 2007). O ato violento, segundo Odália (2004), não traz em si uma etiqueta de identificação. O mais óbvio dos atos violentos, a agressão física, pode envolver tantas sutilezas e tantas mediações que pode vir a ser descaracterizado como violência. A deficiência auditiva, se precocemente diagnosticada e encaminhada para tratamento e reabilitação, permite condição de vida bastante adequada. Como a linguagem tem papel fundamental na evolução da personalidade de todas as crianças, o deficiente auditivo precisa de importante suporte emocional para desenvolver todas as suas habilidades. O diagnóstico diferencial dos distúrbios emocionais e em decorrência de maus-tratos do deficiente auditivo deve afastar essas causas próprias da deficiência. As manifestações psicológicas decorrentes da violência podem ser: isolamento, alterações alimentares, limitações excessivas nas atividades diárias, atraso no desenvolvimento psicomotor progressivo, dificuldades de socialização, agressividade ou apatia. As violências contra pessoas com deficiência auditiva devem abranger, para além de considerar a singularidade da experiência da surdez, uma pluralidade de componentes sociais e de contextos socioculturais atravessados por relações de poder imbricadas em múltiplas interseções. **Objetivo:** O trabalho teve como objetivo realizar uma discussão e levantamento de dados relacionados com os abusos e a violência contra crianças e adolescentes com deficiência auditiva e quais são os possíveis danos psicológicos ocasionados por essa violência. **Metodologia:** No presente trabalho, foi realizada uma busca específica nas plataformas de pesquisa, como Google Acadêmico e Scielo, com as palavras-chave: abusos e violência de crianças e adolescentes com deficiência auditiva.

Resultados e discussões: Diante da pesquisa realizada, tendo em vista o processo de exclusão de trabalhos que não era voltado ao tema, apenas um artigo foi encontrado falando a respeito da deficiência auditiva e indiretamente sobre a violência. Com isso, foi constatado que não há tantas pesquisas sociais de produção brasileira e sob qualquer formato, dando enfoque específico nas violências contra pessoas com deficiência auditiva. Mesmo a literatura internacional aponta que estudos relativos à violência doméstica e sexual contra pessoas com deficiência auditiva, especialmente mulheres com deficiência auditiva, ainda são largamente ignorados, inadequados, escassos ou praticamente ausentes. Portanto, há uma barreira na comunicação que em consequência disso, gera mais ainda a vulnerabilidade das pessoas com deficiência auditiva às situações de violência, segundo REMS – SMARIO (2007 apud MELLO, 2018). A abordagem interseccional da surdez com outros sistemas de opressão considera que a experiência de ser surdo ou deficiente auditivo, de estar em uma situação de violência e de ter à disposição os recursos que lhe permitam superá-la, não é vivenciada da mesma forma por todas as pessoas com deficiência auditiva. Pelo contrário, deve-se levar em conta um leque de experiências variadas segundo as diferenças sociais, culturais, econômicas, de comunicação e aquelas decorrentes do pertencimento de gênero, classe, raça/etnia, geração, orientação sexual, procedência regional, dentre outros.

Conclusão: Como a deficiência é uma condição intrinsecamente adversa, conclui-se que as pessoas com deficiência, incluídas as que têm deficiência auditiva, são intrínseca e socialmente vulneráveis. Para cada tipo de deficiência, há um grau diferente de vulnerabilidade e de escape frente às situações de violência, conseqüentemente, dinâmicas diferentes, frente às violências, entram em jogo. No caso das pessoas com deficiência auditiva, por não ouvirem e apresentarem alterações perceptíveis na fala ou mesmo por se comunicarem em Língua Brasileira de Sinais, se não lhes forem disponibilizados serviços tecnológicos e de apoio humano adequados, de acordo com suas preferências pessoais (intérpretes de Libras, legenda, comunicação por escrito ou pela via da oralidade), elas podem apresentar dificuldades para se defender de abusos e maus tratos, bem como para denunciar as violências sofridas às autoridades competentes.

Palavra-Chave: Violência contra crianças e adolescentes; surdos, deficiência auditiva; danos psicológicos.

Referências:

- AZEVEDO, M.A. Bibliografia Seletiva Anotada sobre Prevenção da VDCA. LACRI, São Paulo, 2008. 114 p. Disponível em: http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/pqlacri/LACRI_3.pdf. Acesso em: Set, 2018.
- MELLO, A.G. Especificidades da Violência contra pessoas com deficiência auditiva. Disponível em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto6.pdf>. Acesso em: Set, 2018.

MYERS, D.; DEWALL, N. Psicologia. 11^a ed. Rio de Janeiro: LCT, 2019.
ODALIA, N. O que é violência. 3^a Ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
OLIVEIRA, N. C. GRITO SILENCIADO: CONCEITUALIZAÇÕES DE
VIOLÊNCIA NA COMUNIDADE SURDA DE FORTALEZA. Disponível em:
<http://www.uece.br/posla/dmdocuments/NiltonCamara.pdf>. Acesso em: Jan,
2019.

A FALTA QUE O AMOR FAZ: UM ESTUDO SOBRE A ESQUIVA EXPERIENCIAL A PARTIR DA AUTOBIOGRAFIA DE PHIL COLLINS

SUDA, Adriana Cota.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
adrianasuda@msn.com

LOBATO, Suelen Nicole da Silva

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Quando observada por um viés psicológico, a autobiografia de Philip David Charles Collins (Phil Collins) traz evidências de um grande sofrimento psíquico que iniciou em sua infância, com forte relação com seu pai. Phil nasceu em Londres, em 20 de janeiro de 1951, sendo o terceiro filho de June e Grev Collins. Iniciou sua carreira como baterista e conta que sua paixão pela música começou aos 3 anos de idade, quando ganhou sua primeira bateria de presente de natal e ficou fascinado por ela. O livro *“Ainda estou vivo”* é cheio de declarações intimistas do cantor falando sobre sua trajetória acerca das experiências que viveu, sua decadência pessoal e familiar, também o resgate das suas emoções, a reconciliação com sua família e consigo mesmo. A forma como escreveu sua história corresponde a suas próprias lembranças e percepções. Ao narrar algumas das lembranças que vivenciou com seu pai, é tomado de tristeza, pois muitas perguntas ficaram sem respostas. Sobre seus relacionamentos amorosos, a autobiografia demonstra a decepção com o fracasso de seus três casamentos, que, no entanto, lhe deram cinco filhos. O artista fala por vezes do seu amor por seus filhos, e como não conseguia ser o pai que gostaria, chegou a dizer que a música o construiu e também o destruiu, pois não conseguia parar em casa. Sobre o vício, ele diz que foi um momento de sua vida que quase o levou a morte. Quando se sentia confuso, e como diz: “Órfão de seus filhos pela terceira vez”, decidiu mergulhar no álcool, mas a bebida não o fez se sentir melhor, apenas o fez dormir. Sobre isso Phil declara: *“se estou dormindo não estou pensando, estou enchendo de biritá o meu cérebro e o buraco da minha vida”*. A ausência dos filhos parece ter relação estreita com a bebida, sendo uma forma de fuga da realidade que o faz sofrer. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo psicoterápico proposto por Steven Hayes (1987) que faz parte do conjunto de terapias comportamentais contextuais. Nesse conjunto de terapias, pontos como a relação terapêutica, aceitação e meditação são partes importantes do processo de desenvolvimento pessoal do indivíduo. A ACT tem esse nome em função de sua proposta central: que o ser humano precisa aceitar o que está fora de seu controle pessoal, e ao mesmo tempo comprometer-se com uma ação direcionada ao enriquecimento de sua vida. Uma das principais questões discutidas por Hayes tem sido a Esquiva Experiencial, que consiste na tentativa de evitar a todo custo ou de exercer controle sobre os eventos psicológicos em si, como pensamentos e emoções negativas, que derivam da relação do indivíduo com o mundo (Hayes et al., 2010). Uma análise psicológica do caso Phil Collins a partir desse modelo da ACT pode ser importante na análise de possíveis esquivas experienciais a

partir do seu relato autobiográfico. **Objetivo:** Este trabalho objetivou analisar a autobiografia de Phill Collins sob o olhar comportamental da ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso, a partir do conceito de esquiva experiencial. **Metodologia:** Para tanto, utilizou-se o método de estudo de caso a partir da autobiografia, e levantamento bibliográfico de natureza narrativa, com base em análise de literaturas publicadas a partir do olhar da ACT – Terapia de Aceitação e compromisso, e análise crítica pessoal dos autores. **Resultados e discussões:** A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um dos modelos que mais apresenta evidência científica de eficácia nos cenários das terapias psicológicas, e tem sido muito utilizada nos EUA desde os anos 80, com algum progresso no Brasil nas últimas décadas. A ACT tem trazido, desde a sua primeira publicação, inúmeras contribuições sobre aspectos da subjetividade humana, sobretudo a propósito da forma como os indivíduos se esquivam dos pensamentos e emoções negativas se envolvendo em outras atividades. Assim como, a falta de clareza de valores pode levar um indivíduo a percorrer trajetos incompatíveis com uma experiência plena e harmoniosa, conforme o que considera positivo na vida. Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig e Wilson (2010) vêm o sofrimento humano como originário da inflexibilidade psicológica promovida pela esquiva experiencial e fusão cognitiva. O Caso de Phil Collins traz reflexões a respeito do sofrimento humano, que independe de status sociais, poder e poder aquisitivo. A forma como esse sujeito vê e interpreta o mundo a sua volta, como declara sua história e como a percebe são importantes pontos de uma reflexão baseada na ACT. A ausência do lar, e dificuldade em ser pai é um fato marcante na história do artista. Ao analisar declarações sobre suas vivências nessas áreas, nota-se uma evitação, mesmo que inconsciente, desta relação paterna e sua dificuldade em entrar em contato com a paternidade registrada desde a infância, experiência que de certa forma foi aversiva para Phil. A dor é uma parte inseparável da vida humana, mas os indivíduos se empenham a fundo para anular as emoções e os sentimentos negativos o quanto antes, com isso a variabilidade comportamental é reduzida e conseqüentemente resultará em comportamentos disfuncionais, além de um padrão rígido ou inflexível de pensar, sentir e agir sobre o mundo. No relato do cantor, tais comportamentos evitativos do contato com sua dor, com sua realidade, o levaram para o álcool. Esse foi o caminho encontrado, uma forma de fuga da realidade. Em uma de suas narrativas Phil diz escolher beber para não pensar, pois seus pensamentos geravam sofrimentos aos quais ele não sabia como lidar, nessa perspectiva os comportamentos de fuga podem gerar padrões crônicos de fusão, resultando em inflexibilidade psicológica, que segundo a ACT, é uma condição que contribui para o desenvolvimento de psicopatologias. No entanto, acredita-se que, embora o sofrimento gerado por uma história de rigidez e inflexibilidade é possível a ressignificação através da aceitação e compromisso com a mudança. Nesse sentido a história narrada traz um desfecho de superação após Phil entrar em contato com suas questões antes não elaboradas. Phil atribui ao amor quando diz que: “O amor encontra o seu caminho de Volta”. **Conclusão:** O desenvolvimento humano passa por um longo processo durante a vida. As experiências desde a infância imprimem no sujeito a forma singular como vê o

mundo e se relaciona com o mesmo, a subjetividade que é como o sujeito reage frente as situações apresentadas, também contribuem para elaboração desse processo de construção. Esse trabalho teve como proposta inicial realizar uma análise psicológica da autobiografia de Phil Collins, os resultados demonstraram que a análise com base na Terapia de Aceitação e compromisso, gerou uma reflexão importante quanto a esquiva experiencial vivida pelo artista, e o alcance de maior flexibilidade psicológica ao longo de sua história de vida à medida que ele passa a aceitar a realidade dele e dos outros ao seu redor.

Palavras-chave: Autobiografia; ACT; Esquiva Experiencial; Psicologia.

Referências:

- COLLINS, PHIL. Ainda estou vivo: uma autobiografia. Tradução: Phellipe Marcel. 1ª ed. Rio de Janeiro: ed. BestSeller. 2018.
- HAYES, S. C. (1987). Um enfoque contextual para mudança terapêutica. Disponível em [http:// www.oocities.org/br/estagioildenor/textos.html](http://www.oocities.org/br/estagioildenor/textos.html)
- HAYES, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? Em S. C. Hayes, & K. D. Strosahl. sOrgs.), A practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 1-29). New York: Springer.

MARIAS DO GRÃO-PARÁ: SOBRE O VIVER DA VIOLÊNCIA

PRÊMIO DE MELHOR APRESENTAÇÃO CIENTÍFICA (1º LUGAR)

RODRIGUES, Beatriz
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
beardrigues7@hotmail.com

FADEL, Ana
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
SORDI, Bárbara
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente



Introdução: o presente trabalho relata os discursos da experiência das estagiárias do “Projeto Mulheres e homens: educação para o diálogo e cidadania”, popularmente conhecido como “Projeto SobreViver à Violência”. A ideia dos grupos vivenciais surgiu a partir do interesse do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), em construir ambientes que pudessem permitir que os alunos que chegavam à coordenação com demandas de violência, preconceito, entre outros, pudessem encontrar dentro da Universidade um espaço seguro e acolhedor para falar de suas dores e elaborar conflitos internos e externos. É com essa preocupação que os alunos passam por um processo seletivo e precisam estar vinculados em um grupo de estudo, que pode ser o “Cá entre nós” do professor Manoel de Cristo ou o “Relações de Gênero, Feminismos e Violência”, da professora Bárbara Sordi, os alunos são selecionados por uma prova, entrevista e média global. Sendo assim, criaram-se três tipos de grupos: para mulheres vítimas de violência, homens autores da agressão e LGBTI+. Concebidos os grupos, o projeto fez parceria com movimentos sociais e com o Tribunal de Justiça do Estado do Pará-TJPA, para encaminhamentos, bem como divulgações em redes sociais, palestras e debates acerca das temáticas referentes aos grupos. Este projeto ressalta a responsabilidade social e compromisso com a preservação dos direitos humanos que a UNAMA tem, qualificando futuros profissionais, nestes preceitos éticos e morais que permeiam as ações sociais. Os grupos vivenciais oferecem um espaço para a troca de experiências, buscando a emancipação e empoderamento das mulheres que procuram o serviço, tendo por consequência o desenvolvimento da sua autonomia, rompimento das situações de violência que as permeiam, assim como a desnaturalização da violência, estes preceitos se dão a partir de um processo vivencial, de conscientização e autoconhecimento, envolvendo a possibilidade de ser e de respeitar suas diferenças, ressignificando suas histórias de vida (BRASIL, 2016; COELHO et al, 2008). É com essa responsabilidade social que o serviço visa fornecer atendimentos gratuitos e abertos à população, visando se configurar como mais um local de cuidado nas diversas redes de atendimento, uma vez que as violências contra a mulher tem aumentado, só no ano de 2018 a pesquisa realizada pelo Data Folha e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, informa que 27,4% (16 milhões de mulheres), sofreram algum tipo de violência, sendo que 52% afirmaram que não fizeram nada ao sofrer a violência e 76,4% dos

autores da agressão eram pessoas conhecidas da vítima (BUENO et al, 2019). **Objetivo:** relatar experiências das estagiárias no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018, atendendo o grupo de mulheres “Marias do Grão-Pará”, a partir dos seus discursos compreendendo o fenômeno da violência e como é ser mulher e atender outras mulheres sobreviventes da violência, seja a violência psicológica, moral, patrimonial, financeira, institucional e/ou física. **Metodologia:** os atendimentos começaram baseados no “Caderno de ferramentas” (2016) que possui a finalidade de trazer propostas de reflexão e atividades sobre equidade de gênero, ao qual foi utilizado como ponto de partida para montar os primeiros planejamentos do grupo vivencial, pois o mesmo auxiliou a fornecer uma base teórica e prática para os nossos atendimentos grupais, somado a isto a preceptora Thamires Arruda participava diretamente aos atendimentos junto com outros dois alunos/as, aos quais eram supervisionados por ela e a coordenadora do projeto Bárbara Sordi. Vale ressaltar que as supervisões abrem espaço para falar dos assuntos mobilizadores, como melhorar o atendimento e outros assuntos que aparecem ao decorrer dos encontros. As demandas percebidas durante os atendimentos contribuem para o planejamento dos próximos atendimentos, uma vez que é a partir dele que se podem observar os temas que precisam ser trabalhados nos próximos encontros. Somado a isto, foi realizado um breve levantamento bibliográfico na busca de artigos e manuais para referenciar os objetivos e temas a serem trabalhados nos grupos, compreendendo o fenômeno da violência contra a mulher. **Resultados e discussões:** Segundo Boris (2013, p.20), os grupos vivenciais não substituem a terapia individual, todavia, são de extrema importância, porque “objetiva a construção de uma nova realidade, a partir não apenas das peculiaridades de cada participante e de seus líderes, mas do conjunto da comunidade grupal”, este processo só se dá por causa da interação e cooperação criada no ambiente grupal. Deste modo, no Marias do Grão-Pará, foram realizadas dinâmicas que abordaram temas como: violência contra a mulher, estereótipos de gênero, relacionamentos saudáveis vs relacionamentos abusivos, autoestima, ressignificação e resiliência, identidade, entre outros. No decorrer dos atendimentos percebemos a dificuldade de adesão das participantes, porque falar da dor causada pela violência é reviver o que passou, então, certas mulheres não estavam preparadas, poucas foram as mulheres que frequentaram todos os encontros, todavia, foi unânime que elas estavam saindo melhores dos encontros e que aprenderam ouvindo as outras mulheres do grupo, por isto a importância de se ter um espaço seguro e acolhedor para falar de sofrimento. As principais demandas encontradas foram violência doméstica, física, moral e psicológica por parte de cônjuges, sendo a psicológica relatada como o pior tipo de violência, pois, parecia que os agressores não saíam de suas cabeças, as ameaças eram constantes e elas acabavam perdendo sua liberdade, indo somente para o grupo e voltando para a casa ou os abrigos aos quais estavam sobre proteção judicial. Outro fenômeno observado é a falha do sistema, pois mesmo com as medidas protetivas vigorando, elas ainda eram ameaçadas por seus parceiros e quando eles descumpriam os 100 metros de distância, em suas falas nada acontecia com eles e eram elas que haviam perdido sua vida após a denúncia. Como resultado

de ter escutado as mulheres sobreviventes da violência vimos de que forma elas se sentem julgadas todo o tempo, seja ao terem feito a denúncia (muitas sofreram violências institucionais ao prestar queixa) ou ao contar para familiares e amigos, pois “elas estavam nessa situação porque queriam, já deveriam ter saído há muito tempo”, ou seja, além de terem sofrido violência por seus parceiros (em sua maioria) ou por pessoas próximas, elas ainda viviam outros tipos de violência ao tentarem sair do ambiente aos quais estavam sendo violentadas. Por conseguinte, o processo de empoderamento é individual, assim como coletivo, sendo assim, empoderar mulheres pressupõe seu fortalecimento para combater opressão de gênero, raça e classe (BRASIL, 2016). **Conclusão:** para trabalhar com um tema tão importante socialmente, é necessário entender o fenômeno da violência e como ela é solidificada nas estruturas de nossa sociedade. Trabalhar com este tema tem nos mostrado como o trabalho grupal é importante para amenizar o sofrimento que as violências causam, principalmente as psicológicas, que perduram mesmo com as feridas corporais já cicatrizadas. Deste modo, buscando uma forma de prevenir que outras violências aconteçam na vida das mulheres atendidas no grupo “Marias do Grão-Pará” e outras mulheres que não usufruem do serviço, uma das saídas encontradas foram os grupos vivenciais, que permitem o compartilhar de histórias, compartilhar este que permite uma elaboração dos fatos vividos e que acabam tendo como resultando uma ressignificação e empoderamento das violências vividas. Desta forma, ter acompanhado, escutado e compartilhado histórias com outras mulheres, foi transformador, pois possibilitou que percebêssemos a potência que é ser mulher e ouvir outras mulheres, fazendo com que pensássemos sobre estratégias de mudança e enfrentamento das dores nossas e delas, pois estamos todas envolvidas pelo patriarcado e o processo de se re(conhecer) foi doloroso, mas ao mesmo tempo foi gratificante, porque nos mostrou que a nossa prática psicológica com grupos vivenciais ajudou outras mulheres a sobreviver a violência. E elas nos ajudaram não só como profissionais, mas como mulheres, pois, relembramos, fomos transpassadas por dores, raivas e angústias, sendo acolhidas em supervisões e terapia individual. Finalizando, vale ressaltar que precisamos saber qual é o nosso papel dentro dos atendimentos, que tem como um dos pressupostos ser éticas, como estagiárias e futuras profissionais.

Palavras-chave: Violências. Mulheres. Grupos vivenciais

Referências:

- BORIS, Geoges D.J.B. Grupos vivencias e cooperação: uma perspectiva gestáltica. 1ªed. São Paulo. 2013. Intermeios.
- BRASIL. Caderno de ferramentas: Promoção da equidade de gênero em programas de transferência de renda. Rio de Janeiro, RJ, 2016.
- BUENO, Samira et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 2ªed. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
- COELHO, Carolina M. S.; NATIVIDADE, Cláudia; GAETANI, Rebeca R. B. Intervenção grupal nos casos de violência de gênero: direitos humanos e

IV CONGRESSO DE PSICOLOGIA: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia:
consolidando o cuidado interdisciplinar
De 4 a 6 de abril de 2019. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 04 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE RESUMOS EXPANDIDO
<http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index>



emancipação. Disponível em:
<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST42/Coelho-Natividade-Gaetani_42.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA SOBRE A SAÚDE DA MULHER IDOSA: UM OLHAR SOBRE A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

COSTA, Iara Gamas Barbosa
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
lara.costa@gmail.com

BARBOSA, Silvia Cristina Campos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
sissicristina_campos@hotmail.com

DOMINGUES, Dilma Miranda
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente -
dilmadomingues2015@gmail.com

SANTOS, Elizete Moura dos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
irelizete@yahoo.com.br

MONTEIRO, Vívian Fragoso Rei
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Partindo das mudanças ocorridas a nível socio-político-econômicas, nas últimas décadas, nos confrontamos com uma condição mundial que é o envelhecimento populacional, que não se define apenas ao tempo cronológico, mais a um enumerado de modificações a nível biológico, psicológico e social. Recaindo assim em um imaginário que atribui as pessoas na terceira idade características como: ociosidade, improdutividade, inutilidade, estando culturalmente ligadas à sua condição social e estética, o que acaba sendo mais perceptivo na mulher da terceira idade, que além dos fatores hormonais como a menopausa, se deparam com a viuvez ou o abandono do seu parceiro por uma mulher mais jovem, o que a coloca sobre a égide de estigmas construídos e perpetuados historicamente (NEGREIRO, 2004). Tais estigmas perpassam pela construção do papel social feminino, fomentando sua percepção de si, do outro e na constituição de suas relações, o que de acordo com o aprofundamento de alguns aspectos sobre a psicossomática a partir da perspectiva da saúde da mulher, nos levam a buscar uma melhor compreensão dos dinamismos que envolvem a sexualidade da mulher idosa, para isso empregamos o conceito de sexualidade através de uma perspectiva psicanalítica, que concebe sexualidade e sexo de formas distintas, não apenas através de uma relação objetual entre homens e mulheres, de acordo com seu precursor “muito mais semelhança com Eros, que tudo incluem e tudo preserva...” (FREUD, 1925 *apud* NEGREIROS, 2004, p.77.). Neste sentido sexualidade abrange uma complexidade de maior energia libidinal no indivíduo, se caracterizando mais como um pulsar de vida e para vida, ligada as relações constituídas, sejam com pessoas e/ou objetos. Mediante esse contexto, a psicossomática, como ciência interdisciplinar, vem acrescentar estudos que busquem elucidar como os fatores fisiológicos, sociais e psicológicos contribuem significativamente, para sintomatologia do indivíduo, possibilitando a ampliação perceptiva de como a terceira idade se relaciona com suas perdas e ganhos, e como as mesmas os afetam **Objetivo:** Visibilizar uma

reflexão acerca da saúde da mulher à luz da sua sexualidade e questões suscitadas pela psicossomática. **Metodologia:** Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica que nos possibilitou realizar um levantamento do material científico já publicado nessa área. A pesquisa se delimitou em artigos que abordem as seguintes temáticas: sexualidade feminina; mulher idosa e psicanálise e a psicossomática. As buscas e seleções foram realizadas nos seguintes bancos de dados: Scielo, na Rede Google Scholar, PEPSIC. **Resultados e discussões:** O processo de envelhecer é pauta de várias pesquisas e discussões mundialmente, os dados da agência de notícia, atualizados em 01 de outubro de 2018, em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Diversas são as transformações físicas e psíquicas pelas quais as mulheres passam durante seu processo de desenvolvimento, até mesmo desde a vida uterina, em cada fase a mulher vive momentos específicos e fundamentais em seus períodos de transição, entretanto é no climatério que as mudanças físicas, hormonais, psíquicas e sociais, anunciam as grandes transformações ocorridas na terceira idade. “Neste período a sexualidade deixa de ter características reprodutivas, aspecto que delimita esta fase” (FERNANDEZ, 2005 p 1 apud CHANCHARULO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2009, p. 3). Na vivência de sua sexualidade, as mulheres podem até sentir o desejo de ir ao encontro do outro e de ser amada, no entanto não há motivação suficiente, pois, a mesma esbarra na constituição da sua autoimagem sobre grande influência de estigmas sociais, não recaindo a um mero reducionismo de sentir-se atraído fisicamente, mais toda disponibilidade psíquica, que o outro evoca em uma relação (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Assim como outras funções organo-fisiológicas, a prática sexual, reduz sua intensidade, na terceira idade, no entanto a falta de informação e a idealização da sexualidade restrita ao corpo jovem, forjam mitos e vários tabus atrelados ao envelhecer (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Dessa forma, o investimento libidinal voltado ao outro, perpassa por uma reformulação de conceitos, onde a qualidade das relações se sobrepõe a quantidade. Para (AZEVEDO, 1998 apud ALMEIDA; LOURENÇO, 2007, P. 109-110) “Tanto o homem como a mulher continuam a apreciar as relações sexuais durante a velhice. As alterações que ocorrem, como a secura da vagina na mulher, e a diminuição no tempo de ereção do homem, podem até prejudicar o prazer sexual, mas a boa adaptação sexual irá determinar o prazer”. As mulheres sentem notoriamente o conjunto das mudanças pela qual o corpo passa, sobretudo no período da menopausa, que sinaliza o fim da capacidade reprodutora, o que não implica o término da sexualidade. Os desejos se modificam, mas não acabam, assumindo assim uma ressignificação da sexualidade e seu impulso libidinal, atrelando-se, as percepções sensoriais e sua exploração (FREITAS, 2002, p 125 apud CHANCHARULO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2009, p. 3-4). O corpo desta forma assumi uma compreensão enquanto lugar de memórias que revelasse na sintomatologia psicossomática,

estando assinalado ante qualquer outro signo (FURTADO, 2001). Ao interrogar o sentido que algumas mulheres atribuíam à menopausa, a autora percebeu a dificuldade destas mulheres em definir esta experiência, esse momento faz entrar em contato com suas histórias pregressas, propiciando um movimento para este corpo e suas memórias, na tentativa de acessar seus vividos através da linguagem, em busca de possibilitar atribuir sentido ao que foi recalcado em sua experiência, o lugar da fala mediando o vivido e o que pode dele ser aludido (FURTADO, 2001). O que de acordo com (FURTADO, 2001; p. 30), essa “primeira relação mãe-bebê é um nicho intocável, derivado das marcas corpóreas primitivas, o que resulta na constituição de realidades psíquicas singulares, pré-simbólicas, que deverão ser ressignificadas, simbolizadas, portanto, na relação transferencial com o analista”. Dessa maneira, o desconforto impresso no corpo feminino marcado pelas transições biológicas, estariam acentuados no climatério, como uma exacerbação sensorial, como: calores, perda do viço da pele, insônia... (FURTADO, 2001). É após esse desconhecimento da própria imagem, em temor da fragmentação da coesão do Eu, que se lança mão de uma reintegração da imagem corporal feminina, incumbindo-se da capacidade de amar e ser amada (FURTADO, 2001). Daí a importância do incremento da utilização de recursos relacionados ao autocuidado de forma menos persecutória, os cuidados pessoais auxiliam na aquisição de um sentido auto erótico que antecipará o direcionamento do investimento libidinal para o outro. Trata-se de erotizar livremente um corpo que não perdeu a possibilidade de ancorar o desejo (FURTADO, 2001). **Conclusão:** Observou-se que, a sexualidade e o sexo têm formas distintas, que o envelhecer não está atrelado apenas a uma cronologia temporal, mas perpassa por inúmeras alterações, desde o nível biológico, psicológico e social, causando na mulher perdas e ganhos na terceira idade. No Brasil o crescente número de idosos nos últimos cinco anos é bem significativo se comparados há anos anteriores, sendo que o número de mulheres idosas se sobressai em relação aos homens idosos. Infelizmente, ainda nos dias de hoje, o envelhecimento é visto com preconceito em nossa sociedade onde o idoso “simboliza” a doença e a incapacidade. Percebe-se que a mulher idosa por medo de ser estigmatizada, muitas vezes descarta a possibilidade de envelhecer de forma saudável e de expressar sua sexualidade. Com isso, torna-se imprescindível o engajamento do psicólogo, em políticas públicas de forma interdisciplinar, fornecendo os esclarecimentos necessários, para educação e a reeducação sexual de qualidade, entende-se também o papel da psicoterapia seja individual ou em grupo, atuando como agente facilitador na promoção da saúde, desta integração da autoimagem feminina e das vicissitudes que forjam o seu Ser.

Palavras-chaves: Mulher idosa; Sexualidade; Psicossomática.

Referências

ALMEIDA, Thiago; LOURENÇO, Maria Luiza. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2007, 10. Data de consulta: 3 de março de 2019. Disponível em:

<http://www.redalvy.org/articulo.oa?id=403838772008ISSN> 1809-9823. Acesso em: 01/03/2018.

CHANCHARUTO, A. Paula; OLIVEIRA, A. de Castro M. Dourado;
RODRIGUES, Gabrielle Ferraz. O Mito da velhice assexuada: Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Salvador, 20 a 31 de julho, 2009.

FURTADO, A. M. (2001). Um corpo que pede sentido: Um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, IV(3), 27-37.

NEGREIROS, T.C.G.M. *Sexualidade e gênero no envelhecimento*. Alceu, v. 5, n. 9, p. 77-86, jul./dez. 2004 Petrópolis: Editora Vozes, 1997. Disponível em: <http://revistaalceu.com.puc-rio.br/cqi/cqilua.exe/sys/start.htm?infoid=161&sid=21>. Acessado em 02/03/2019 às 9h.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA MORTE: A VIVÊNCIA DO LUTO NÃO AUTORIZADO E A EDUCAÇÃO PARA MORTE

BARROS, Taiana Nonato.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
taianabarros1@gmail.com

FONSECA, Brenda Karoline Souza da.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

MONTEIRO, Vivian Fragoso Rei.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Desde o início da vida escolar somos ensinados que a morte é um processo natural e que faz parte das etapas do desenvolvimento dos seres vivos, pois estes nascem, crescem, se reproduzem e morrem. Para Guandalini (2010) a morte é resultado de processos históricos, onde, com o passar do tempo foi marcada por diferentes sistemas econômicos, sociais e culturais, contemplando dimensões espirituais, existenciais e subjetivas. Corroborando com essa tese, Kovács (2013) propõe que negar a morte é um fator quase natural, sendo uma forma de não entrar em contato este conteúdo doloroso. A dificuldade de profissionais e discentes da área da saúde em lidar com os conteúdos referentes à morte e o morrer podem contribuir para desencadear de algum tipo de sofrimento psíquico ou patologia. Ao longo da formação do profissional de saúde este é confrontado com situações referentes à morte, tornando-se esta uma questão inexoravelmente presente no seu cotidiano profissional. Em decorrência da proximidade com a morte e o morrer, os profissionais de saúde, muitas vezes, sentem-se impossibilitados de vivenciar e demonstrar afetos relativos às perdas, pois receiam o julgamento diante da manifestação de tais sentimentos, como nos apontam os estudos de Kóvacs. Os profissionais de saúde se dedicam a auxiliar aqueles que necessitam de ajuda, fato este que os levam a vivenciar situações de perda onde, muitas das vezes, os sentimentos inerentes a estas não podem ser expressos. Estudos como este podem promover uma maior reflexão sobre as formas como profissionais de saúde são afetados pelas perdas, e criar estratégia de enfrentamento para essa realidade profissional. Assim como contribuir cientificamente para o desenvolvimento desta temática. **Objetivo:** Identificar e analisar quais as possibilidades de atuação psicológica ofertada aos profissionais de saúde diante das situações de perda. **Metodologia:** Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros, periódicos e artigos que versam sobre a referida temática. Alguns dos materiais utilizados encontram-se disponíveis nas plataformas digitais BVS e Scielo. **Resultados e discussões:** Falar sobre as perdas é uma questão pouco comum no meio dos profissionais da saúde, pois o luto refere-se não apenas à perda real, mas também simbólica. Seguindo as proposições freudianas, o luto é um processo lento e doloroso, que tem como característica uma tristeza profunda. Destaca-se, ainda, que estamos imersos em uma educação e formação que evita falar da morte, tornando-se as questões relativas às perdas em um verdadeiro tabu. Através da pesquisa bibliográfica, pouco foi encontrado

de material que trabalhasse a questão do luto e o enfrentamento de perdas por parte dos profissionais que integram as equipes de saúde. Ao pesquisar sobre como o tema morte e morrer é abordado dentro da graduação dos profissionais de saúde, podemos verificar que pouquíssimas instituições têm disciplinas na grade curricular sobre o tema; ou, em alguns casos, abordam o a temática de morte de maneira muito evasiva e superficial, não abrindo espaço para uma abordagem experiencial. Diante disto, a educação para morte pode ser uma estratégia de atuação presente desde a graduação para abordar temas como luto, morte e morrer; tendo em vista que muitos profissionais sentem esse vazio ao longo da sua formação e destacam a importância da criação de espaços de transmissão de conhecimento os quais possam abordar abertamente esta temática. A educação para morte no Brasil tem como referência os estudos de Maria Júlia Kóvacs, que através do laboratório de Estudos sobre a Morte e a disciplina optativa de Psicologia da morte na USP, em 1986, passou a desenvolver pesquisas em torno da Tanatologia. É fato que o luto não trabalhado pode desencadear inúmeras situações de sofrimento psíquico, além da cristalização do estado vivencial daqueles que tem seus lutos marginalizados, como pontuados por Faber (2013). Lutos marginalizados, ou não elaborados podem levar ao adoecimento psíquico de profissionais de saúde. Diante disto, identifica-se a relevância de proporcionar à este profissional um momento de acolhimento e escuta, para que ele possa experienciar esse luto, o qual, muitas vezes, não é autorizado por si mesmo. Momento este que pode ser ofertado desde a graduação, com disciplinas que possam falar abertamente sobre morte e morrer, formas de enfrentamento ou manejo; bem como a estruturação para grupos de estudos dentro das universidades. Neste contexto, as palavras tornam-se ferramentas essenciais, que permitem o trabalho de luto e, com isso, trilham um caminho rumo à construção de um sentido para as perdas e para o sofrimento psíquico inerente a estas. **Conclusão:** Pesquisar sobre fatores que possam levar ao adoecimento do profissional de saúde também é uma forma de promoção de saúde e criação de estratégia prevenção de inúmeras manifestações psicopatológicas. Acreditamos que estudos como estes geram inquietações sobre o tema e novas possibilidades de manejo diante de perdas. Trabalhar com temáticas que tangenciam a morte tornam-se cada vez mais necessário para que haja uma dissolução deste tabu social e para que os sofrimentos inerentes às perdas possam ser melhor acolhidos e tratados.

Palavras-chaves: Luto; profissionais de saúde; educação para morte; escuta psicológica; acolhimento

Referências:

FÄRBER, S. S. Lutos marginais e lutos desautorizados. Protestantismo em Revista. São Leopoldo, v. 32, p. 3-14, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://est.com.br/periodicos/index.php/nepp/article/viewFile/1119/1058>> acesso em: 15/05/2018.

GUANDALINI, F. C. As Transformações da Relação do Homem com a Morte. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Tese de Especialização em Psicologia Analítica, Curitiba, 2010.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia, 18(41), 457-468, 2008.

KOVÁCS, M. J (Cord.). Morte e Desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde, São Paulo, vol. 34(4), p 420-429, 2010. Disponível em: < https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf > Acesso em: 10/09/2018.

A SEXUALIDADE INFANTIL E SEU VALOR ESTRUTURANTE NA CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA

QUEIROZ, Ana
Universidade da Amazônia (UNAMA), psicóloga -
anabeatrizlqueiroz@gmail.com
JATENE, Karyna
Universidade da Amazônia (UNAMA), psicóloga.

Introdução: Este trabalho discorre sobre sexualidade infantil, bem como a sua influência na instituição da subjetividade da criança, fazendo um breve percurso histórico que vai desde a pré-história do infantil, perpassando pelas principais obras que fundamentaram os desdobramentos iniciais sobre o modo como Freud pensou a constituição da infância, de forma bem distinta dos princípios reprimidos de seu tempo, uma vez que a masturbação infantil e a busca do prazer sexual eram reputadas como comportamentos patológicos (ZORNIG, 2008), até chegar no caso do pequeno Hans, em 1909, que abriu espaço e influiu na clínica psicanalítica com crianças. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico de forma a abordar o tema da sexualidade infantil, que se tornou a pedra angular da constituição da subjetividade, conforme Jorge e Ferreira (2002), provocando grande reação na sociedade da época e se tornando base fundamental da teoria psicanalítica. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa de caráter bibliográfico, na qual foram consultadas obras de Freud, livros de autores Freudianos e Lacanianos, além de artigos psicanalíticos que embasassem a compreensão da sexualidade infantil como fator estruturante no processo subjetivo da criança. Ademais, foi utilizado o estudo de caso do Pequeno Hans, primeira análise na história clínica de uma criança, abrindo espaço para compreender o mundo infantil através da Psicanálise. Neste sentido, o processo de pesquisa científica em Psicanálise tem como um de seus fundamentos os dados coletados na prática clínica. Essas informações recolhidas são compreendidas dentro de uma perspectiva qualitativa e os fundamentos teóricos e técnicos empreendem a dimensão empírica do processo clínico. Deste modo, intenciona-se apresentar e documentar a evolução do caso, servindo para instaurar, revisar, fomentar e discutir o processo de evolução da ciência e conceitos da Psicanálise no tocante a sexualidade infantil (MOURA; NIKOS, 2000). **Resultados e discussões:** As discussões efetuadas em torno do tema chegaram ao resultado de que Freud atribuiu um valor singular e estruturante à sexualidade infantil que se distancia do modelo genital de relação sexual, buscando formas de prazer oriundas de qualquer área do corpo, como refere Zornig (2008): mesmo que as fantasias sexuais sejam voltadas a um objeto, a gratificação sexual em algum momento do desenvolvimento é procurada em seu corpo ou em certas áreas dele. Por isso, ressalta-se que a amamentação do recém-nascido, não é só uma necessidade biológica para se alimentar de leite, mas também uma relação afetiva, em que o bebê procura suprir suas necessidades emocionais ao entrar em contato com a mãe, propiciando que eles sejam afetados um pelo outro e iniciem uma relação afetiva e sexual. Zoring (2008) diz ainda que o adulto portará para sempre o infantil que

o constituiu e sua majestade, o Bebê, nada mais é do que o bebê que fomos ontem ou que gostaríamos de ter sido. Dessa forma, o caso do Pequeno Hans contribuiu para fundamentar e servir de base para muito do que se usa na clínica infantil psicanalítica hoje. **Conclusão:** Ante a pesquisa efetuada, concluiu-se que o infantil em Freud se refere a dois campos: o da constituição do sujeito através da construção das teorias sexuais infantis e da realidade psíquica da criança; e o infantil, que se mantém como um núcleo inconsciente presente na criança e no adulto, relacionado a um tempo de retroação subjetiva e que dessa forma ao permitir-se levar a sério e compreender cada palavra e cada fantasia infantil, Freud estava dando um recado para o século de que era necessário ouvir as crianças, abrindo um espaço que continua sendo aberto, pois hodiernamente, as crianças começam a ser mais escutadas nos consultórios, em suas casas e colégios (GUTFREIND, 2008).

Palavras-chave: Sexualidade infantil, Subjetividade, Constituição do infantil.

Referências:

- GUTFREIND, C. As duas análises de uma fobia em um menino de cinco anos – O Pequeno Hans: a psicanálise da criança ontem e hoje. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. (Coleção: Para ler Freud).
- JORGE, M.A.C.; FERREIRA, N. P. **Freud, criador da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. In: Pulsional revista de psicanálise, V. 13, N. 140/141, 69-76, 2000.
- ZORNIG, S. A-J. A criança e o infantil em psicanálise. São Paulo: Escuta, 2008.

SUICÍDIO INFANTIL: A NECESSIDADE DE UM OLHAR MAIS ATENTO À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

BURNETT, Hellen Cristiane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
hellenburnett1@gmail.com

OLIVEIRA, Gabrielle de Kassia Carreira
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
RÊGO, Lucimara Pinheiro

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
PEREIRA, Quêzia Monteiro
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: O suicídio é um tema antigo, mas que permanece bastante importante dada a dinâmica social contemporânea. Apesar disso, ainda persiste um tabu que envolve este fenômeno, mesmo que seja possível perceber que, atualmente, há aumento nos esforços para a sua prevenção, devido a uma maior ocorrência dos casos. Portanto, sabendo que a ideia do suicídio que alcança jovens e adultos é algo que ainda gera resistências, pensar que o suicídio pode acontecer durante a infância torna-se praticamente inconcebível visto que, tem-se acerca da infância, a imagem de uma fase caracterizada pela inocência e também pela ignorância a respeito deste assunto. Entretanto, subestimar a capacidade que as crianças têm de entender o conceito de suicídio constitui-se em um equívoco capaz de atrapalhar a detecção do risco de ele acontecer. A sociedade acredita que crianças são incapazes de entender as situações de estresse que as cercam e que, conseqüentemente, não enfrentam situações de sofrimento. Porém, crianças que vivenciam situações de estresse muitas vezes encontram no suicídio a única alternativa para pôr fim ao seu sofrimento, principalmente se forem desprovidas do apoio afetivo necessário. **Objetivo:** Identificar os eventos estressores mais comuns que afetam a saúde psíquica durante a infância e os fatores que podem contribuir para que crianças com idades entre 5 a 12 anos cometam suicídio. **Metodologia:** A pesquisa possui cunho bibliográfico, sendo o material utilizado extraído de artigos indexados na base de dados SciELO e na Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, sendo usados os seguintes termos como descritores: suicídio infantil, desenvolvimento, subjetividade e concepção de morte. **Resultados e discussões:** A literatura nacional sobre suicídio infantil ainda apresenta grande escassez de conteúdos o que acaba por denunciar a resistência da sociedade em relação ao fenômeno. Sabe-se que há uma diferença considerável em relação ao conceito de morte para um adulto e para uma criança e, com base nisso, a partir da teoria dos estágios de desenvolvimento cognitivo criada por Piaget, a presente pesquisa analisou o modo de organização das informações das crianças na construção deste conceito. Speece e Brent (1984 *apud* NUNES et al 1998) apontam que, antes do estágio operatório-concreto (entre os 7 e 12

anos de idade), as crianças ainda enxergam a morte como um evento que pode ser desfeito. Piaget (1967 *apud* NUNES et al 1998) teoriza que o desenvolvimento é uma oscilação entre equilíbrio e o desequilíbrio que culminam em um estado de equilíbrio superior que permite uma melhor interação com o meio, com base nisso, cabe dizer que a concepção de morte na infância aprimora-se gradualmente. Além disso, é necessário atentar para a “adultização” da infância, um fator em potencial para o desencadeamento de comportamentos suicidas nesta fase, pois, de acordo com Dantas, Dantas e Silva (2018), torna-se cada vez mais frequente o excesso de exigências que muitos pais impõem aos seus filhos, interferindo em seu desenvolvimento saudável. As crianças encontram-se cada vez mais cheias de atividades extracurriculares e também mais carentes de momentos de lazer. Para Santana (2017), essas necessidades de aprimoramento impostas às crianças colaboram para a geração de indivíduos inflexíveis, com intolerância a derrotas, apresentando altos índices de estresse e frustração, pois, mediante o não alcance dos objetivos estabelecidos pelos pais, as crianças perceber-se-ão incapazes de lidar com tal situação. Ainda cabe ressaltar que, com base nas informações reunidas por Sousa et al. (2017), outros fatores estressantes como bullying, abusos sexuais, separação dos pais ou conflitos familiares também se apresentam como as causas antecedentes mais comuns que podem levar ao desenvolvimento de comportamentos suicidas entre as crianças. **Conclusão:** Diante do exposto, percebe-se que a resistência à ideia de que o suicídio é uma realidade que também alcança as crianças se constitui em um empecilho para a detecção e prevenção de tal comportamento. Portanto, faz-se necessária atribuir a devida importância ao tema/problema para que haja a prevenção adequada e uma melhor preservação da vida das crianças.

Palavras-chave: suicídio infantil, teoria do desenvolvimento, Piaget.

Referências:

- DANTAS, Talyanne Nobre de Figueiredo; DANTAS, Thayse de Oliveira; SILVA, Carlos Roberto de Moraes e. Suicídio Infantil: A Autodestruição Silenciada. Revista Científica Multidisciplinar Nucleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 07, pg. 33-55. Agosto de 2018.
- NUNES, Deise Cardoso; CARRARO, Luciane; JOU, Graciela Inchausti de; SPERB, Tânia Mara. As crianças e o conceito de morte. Psicol. Reflex. Crit. [online]. 1998, vol. 11, n.3, PP. 579-590. ISSN 0102-7972.
- SANTANA, Graziela Alves Santos. As pressões excessivas que as crianças sofrem da parte dos pais para serem bem-sucedidas na sociedade competitiva contemporânea. Psicologia, 2017. ISSN 1646-6977
- SOUSA, Girliani Silva de; SANTOS, Marília Suzi Pereira; SILVA, Amanda Tabosa Pereira; PERRELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; SOUGEY, Everton Botelho. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Pernambuco, Ciência & Saúde Coletiva p. 3099-3110, 2017.

PLANTÃO PSICOLÓGICO, PSICANÁLISE E A URGÊNCIA SUBJETIVA: FRAGMENTOS SOBRE GORDON

DIAS, Juliana Miranda
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
julianamdias19@gmail.com
LEVY, Elizabeth Samuel
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O plantão psicológico é uma modalidade de atendimento ofertada pela clínica-escola do curso de psicologia em que é possível articular o arcabouço teórico adquirido ao longo das disciplinas curriculares e prática profissional. As características principais do plantão são o acolhimento imediato do usuário, não é necessário enfrentar filas e os plantonistas estão em um lugar de prontidão para aqueles que demandam o atendimento psicológico. É uma forma recente de atendimento, com base na clínica, porém, visando um perfil de usuários diferentes, ou seja, são aqueles que se encontram em urgência subjetiva (ROSÁRIO & KYRILLOS NETO, 2015). Para Levy e Pegado (2014) apud Belaga (2006), a urgência subjetiva aparece como um correlato clínico contemporâneo, como um sintoma social ou uma resposta ao fenômeno da generalização do trauma. A urgência subjetiva, em correspondência a esse novo formato social, com novas coordenadas discursivas, surge como produto de um mundo transformado pela ciência e pela globalização econômica. A busca incessante de uma resposta rápida e eficaz ao mal-estar humano produz efeitos na subjetividade dos indivíduos, que são tomados pela exigência de saber mais, de tratar tudo, de curar sempre. A concepção psicanalítica é orientada pela escuta, escuta essa que permite advir um sujeito. Para que isso aconteça, ela precisará criar condições, não poderá perder de vista os fatores sociais, mas também olhar para as singularidades, como: o desejo e o gozo. Há múltiplas aplicações da psicanálise que não são somente dentro de setting analítico clássico, é possível ir de encontro a outros meios e práticas, com os mesmos propósitos ou os mesmos objetivos. Sendo assim, plantão psicológico orientado pela psicanálise não é o tratamento padrão, mas repousa sobre o mesmo corpo conceitual teórico no qual se apoia a teoria psicanalítica (ROSÁRIO & KYRILLOS NETO, 2015). Freud em 1918, no texto Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica, acreditava que a psicanálise chegaria a lugares mais diversos da camada social e afirmava que a principal incumbência do analista seria [...] dar ao paciente conhecimento do seu inconsciente, de suas pulsões e, para essa finalidade, revelar as resistências que se opõem a essa extensão do seu conhecimento sobre si mesmo. **Objetivo:** O presente trabalho visa discorrer sobre fragmentos clínicos de Gordon, um usuário atendido pelo plantão psicológico, refletindo acerca da psicanálise e a urgência subjetiva nessa modalidade, em que a queixa se refere a conflitos de relacionamento e automutilação. **Metodologia:** Análise dos fragmentos do discurso do usuário atendido pelo serviço de Plantão Psicológico da UNAMA na clínica-escola CLIPSI, contidas nas fichas de atendimento, sendo retirado de dois encontros,

sob supervisão e orientado pela perspectiva psicanalítica. **Resultados e discussões:** Gordon, 18 anos, chega no plantão psicológico da UNAMA na CLIPSI é direcionado para o atendimento com uma plantonista estagiária, e ele inicia com o pedido de ser encaminhado para o atendimento de psicoterapia, e então a plantonista perguntou qual o motivo desse encaminhamento e ele lhe respondeu que no colégio em que estudou a psicóloga tinha o encaminhado para essa modalidade, pois nesse período se isolava muito, pois sua namorada havia saído do colégio e ele tinha ficado sozinho. Antes do relacionamento de Gordon iniciar, a jovem ao qual ele viria a se relacionar, que chamaremos de Mary, passou por conflitos no término do namoro com seu antigo parceiro, e os dois, o usuário e o ex-namorado dela estudavam na mesma sala no colégio. O ex-namorado de Mary disse algumas mentiras sobre o término e quando a relação de Gordon e a jovem iniciou, criou-se inimizades dentro e fora de sala, o usuário disse que ficou uma atmosfera muito ruim, ele sentia raiva, tristeza, vontade de bater em alguém e vontade de se fechar. A namorada de Gordon, Mary, formou-se um ano antes. Então, ele disse que teve sobreviver até maio de 2018, quando se formou. Ele contou que há 3 anos atrás ele praticava automutilação, começou com faca de serra e depois o estilete que ele descobriu que doía menos, e começou a fazer desenhos e quando começava a cicatrizar ele apertava os cortes para voltar a sangrar e quando cicatrizava ele voltava a cortar, disse que se cortar aliviava a dor na época. E ninguém sabia, pois usava camisa com mangas longas, mas ele disse que contou para Mary e ela o ajudou a superar. O corpo era o lugar onde Gordon se expressava, sendo a escarificação uma passagem ao ato e a elaboração psíquica nesse momento era escassa. Aos 15 anos, ainda como adolescente foi submetido aquilo que Cardoso et. Al. (2016) apud Birraux, (2013) conceituam como uma tripla remodelação: em relação a seu corpo, sua sexualidade e ao seu meio social. Toda transformação no meio interno ou externo com as quais Gordon se defrontou podem o ter levado a um estado de desamparo. Portanto, é uma resposta defensiva de caráter precário, nesse contexto, Gordon tentava recuperar o controle de sua existência, usava o masoquismo erógeno para isso e no seu corpo era materializado o sofrimento de existir, de um eu tão desinvestido e passando por crises sem reconhecer a possibilidade de ser socorrido (CARDOSO et.al 2016). O usuário foi encaminhado para o CAPS, para avaliação e acompanhamento, visto que durante o retorno ele relatou ter pensando em automutilar-se após uma briga com a namorada, há 3 ou 4 meses antes do atendimento e ao ser questionado sobre como seria se a namorada rompe-se o relacionamento, ele disse que voltaria tudo de novo, para plantonista isso a alertou para um risco possível de vida, então foi comunicado a Mary por meio de uma autorização do usuário, que ele estava passando por um momento ainda de fragilidade e que está buscando se cuidar, mas que era necessário que houvesse uma atenção especial para algum comportamento fora do comum, ou algum discurso que demonstrasse algum momento de crise e que ele estava com dificuldades para lidar com seus conflitos emocionais nesse momento. **Conclusão:** O plantão psicológico é um dispositivo de suporte psicológico para aquele que se encontra muitas vezes assujeitado e vulnerável, sem possibilidade de simbolizar e elaborar o próprio

sofrimento. Nesse momento a escuta do sujeito poderá ser uma possibilidade de se retificar subjetivamente e dar sentido a esse sofrimento, sem julgamento e de suporte.

Palavras-chave: Plantão psicológico, Psicanálise, Urgência subjetiva, Automutilação.

Referências:

- CARDOSO, M; DEMANTOVA, A; MAIA, G; Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. Rev. Estudos de Psicanálise (Belo Horizonte). Círculo Psicanalítico Brasileiro n.46, p.180, dez. 2016.
- FREUD, Sigmund. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. (1919[1918]) . Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB). Rio de Janeiro: Imago, 1980.Vol 17.
- LEVY, Elizabeth Samuel; PEGADO, Débora. Plantão psicológico e luto: A escuta da urgência subjetiva. Trabalho apresentado no 6º Congresso de Psicologia Fundamental, Belo Horizonte, 2014.
- ROSÁRIO, Ângela; KYRILLOS NETO, Fuad. Plantão Psicológico em uma Clínica-Escola de Psicologia: saúde pública e psicanálise. A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia. v. 7, n. 1, 2015.

PLANTÃO PSICOLÓGICO E PSICANÁLISE: ARTICULAÇÕES DA ABORDAGEM AO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

GONÇALVES, Ricardo

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

ricardo-cesar123@hotmail.com

BEZERRA, Izabella

Universidade da Amazônia (UNAMA),

LEVY, Elizabeth

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente,

MONTEIRO, Vivian Fragoso Rei

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O Plantão Psicológico trata-se de um dispositivo de atendimento clínico que oferece uma escuta diferenciada para receber diversas demandas psicológicas e sociais da contemporaneidade. Posto isso, considera-se basilar expor brevemente a origem dessa modalidade de atendimento, que mantém um diálogo e integra a rede de saúde pública. O Plantão Psicológico surgiu como uma modalidade de atendimento proposta pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) em 1969, tendo como coordenadora a professora Rachel Lea Rosenberg, cujo objetivo inicial era oferecer um atendimento diferenciado à clientela que procurava o serviço, constituindo-se como uma alternativa às longas filas de espera (REBOUÇAS; DUTRA, 2010, p. 22). Trata-se, portanto, de um pronto-atendimento ofertado à clientela que busca por um serviço gratuito e que se encontram em situações de urgências psicológicas. Consequentemente, o Plantão Psicológico não trabalha nos moldes psicanalíticos clássicos, isto é, não é pautado em atendimentos de longo prazo e sem uma delimitação temporal específica. Em vista disso, frequentemente questiona-se se existe a possibilidade de utilizar a abordagem psicanalítica em tais contextos. Todavia, seguindo os pressupostos da técnica psicanalítica, oferta-se nesta modalidade de atendimento uma escuta atenta, a qual permite o acolhimento de uma urgência subjetiva. Segundo Moura (2000 *apud* LEVY & PEGADO, 2014) o chamado na urgência permite marcar a diferença entre a resposta da ciência (pronto socorro) e a da psicanálise (prontidão). Refere que a medicina vai escutar o chamado respondendo também prontamente, porém, muitas vezes, eliminando a dimensão do tempo do sujeito. Em contrapartida, a psicanálise, ao escutar o chamado na urgência subjetiva, vai articular a pressa exigida pela situação ao tempo do sujeito que precisará advir. Para Levy e Pegado (2014) a escuta do sofrimento psíquico na urgência pode contribuir de forma significativa para movimentação ou reposicionamento do sujeito diante da sua própria dor, proporcionando um amparo diante da angústia e até mesmo do trauma. **Objetivo:** Articular os pressupostos da técnica psicanalítica à modalidade de atendimento de urgência no plantão psicológico. **Metodologia:** O presente trabalho constitui-se de natureza fundamentalmente teórica, utilizando-se como procedimento metodológico uma pesquisa bibliográfica. Foi

realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico, valendo-se de artigos e livros da literatura científica especializada.

Resultados e discussões: Para iniciar a discussão sobre o tema proposto, torna-se válido destacar a definição epistemológica e os preceitos técnicos empregados na psicanálise. Assim sendo, Freud (1919, p.280), em Caminhos da Terapia Psicanalítica, define a psicanálise como “o trabalho mediante o qual levamos a consciência do doente o material psíquico nele reprimido”. Analogamente, a obra destaca ainda, que a incumbência do analista é conduzir o paciente neurótico ao “conhecimento dos impulsos inconscientes, reprimidos, que nele existem, e para esse fim descobrir as resistências que nele se opõem a tal ampliação do conhecimento de si” (FREUD, 1919, p.280). A respeito dos preceitos técnicos, de acordo com Dahler et al. (2017, 149), “o processo psicanalítico constitui-se, então, por meio da combinação entre as associações livres do analisando e a atenção flutuante do analista”. Outro aspecto importante a ser abordado diz respeito a não delimitação específica do tempo em que se dará o tratamento analítico, isto é, a duração do tratamento em questão tende a majoritariamente ser de longo prazo. Em virtude dos fatos aqui mencionados, frequentemente questiona-se a possibilidade da prática da psicanálise voltada aos atendimentos em situações de urgência. Em uma primeira análise sobre o tema proposto, nota-se certa adaptação e flexibilização da psicanálise na contemporaneidade, culminando em uma ampliação dos seus dispositivos clínicos. Em outras palavras, a psicanálise no século XXI, apresenta uma potencialidade técnica para além da clínica ortodoxa de divãs e settings extremamente específicos (DAHLER et al, 2017, p.150). O Plantão Psicológico, como já foi citado anteriormente, trata-se de atendimentos de urgência e episódicos, o que rompe com uma visão de tratamento mais conservadora. Diante disso, observa-se uma expansão para além da clínica tradicional, entretanto, mantendo as normas e técnicas do tratamento psicanalítico padrão. De acordo com Freud (1919, p.292) “Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições [...], mas como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa”. Em síntese, o Plantão Psicológico articula o chamado da urgência com arcabouço técnico disponibilizado na prática analítica, sem, contudo, perder seu rigor teórico e sua eficácia. Em virtude da conjuntura aqui apresentada, constata-se a evidente possibilidade da utilização da prática psicanalítica em atendimentos emergenciais, estabelecendo, também um crescente diálogo com a rede de saúde pública em prol de uma melhoria do atendimento e acolhimento do sofrimento psíquico.

Conclusão: O presente estudo demonstra a necessidade de uma condução no atendimento à urgência subjetiva sem descaracterizar os pressupostos técnicos psicanalíticos em sua aplicabilidade e manejo clínico. Posto isto, o Plantão Psicológico surge como uma possibilidade de oferecer a escuta psicanalítica atendendo as inúmeras demandas contemporâneas, demonstrando a eficácia da abordagem em flexibilizar a postura terapêutica a partir de suas bases teóricas já estabelecidas. A contribuição ofertada pela psicanálise nessa modalidade pode ser entendida como inovadora, repensando

o seu fazer clínico de acordo com as demandas presentes na atualidade. Em última análise, constata-se que a psicanálise vem se recriando e se aprimorando, de tal forma que reconstrói seus aportes técnicos e teóricos, redimensionando seu campo de aplicabilidade para além da clínica habitual.

Palavras-chave: Plantão psicológico; psicanálise; urgência subjetiva; escuta psicanalítica.

Referências:

- DAHER, Ana Claudia Broza et al. Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 38, n. 2, p. 147-158, 2017.
- FREUD, S. (Obras completas - História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 14.
- LEVY, Elizabeth Samuel; PEGADO, Débora. Plantão psicológico e luto: A escuta da urgência subjetiva. Trabalho apresentado no 6º Congresso de Psicopatologia Fundamental, 2014.
- REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v.16, n.1, p.19-28, jun. 2010.

A MANIFESTAÇÃO DE CIÚMES EM RELACIONAMENTOS ABUSIVOS E SEUS POSSÍVEIS DANOS EMOCIONAIS

CAMPOS, Sandra Gardene de Souza
Universidade da Amazônia (UNAMA), Discente,
sandracampos_12@hotmail.com

SILVA, Crislane Layse C. Da
Universidade da Amazônia (UNAMA), Discente,
cris_layse@hotmail.com

SOUZA, Ingrid Cássia Mufarrej de
Universidade da Amazônia (UNAMA), Discente,
ingrid.mufarrej@hotmail.com

CHRISTO NETO, Manoel de
Universidade da Amazônia (UNAMA), Docente Orientador,
manoeldechristo@yahoo.com.br

Introdução: Ciúme é um estado emocional do ser humano que pode ser provocado pela possibilidade de perda da pessoa com quem possui vínculos afetivos. Diante disso, Menezes e Castro (2001) afirmam que ao emitir comportamentos ciumentosos, o indivíduo se esquia de possíveis punições do grupo social, incluindo punições do (a) próprio (a) parceiro (a). Isto significa dizer que o ciúme pode ser concebido como um rótulo, criado pela cultura, para se referir a uma ou mais emoções que ocorrem em um dado contexto. Nos relacionamentos afetivos é comum que um dos parceiros apresente ciúmes do outro, quando percebe alguma indiferença ou uma atenção maior dada pelo companheiro a outras pessoas ou a outras situações. Quando apresentado em excesso e de forma constante, o ciúme pode se tornar patológico, caracterizando assim o chamado ciúme doentio ou patológico, o qual é recorrente em relacionamentos abusivos, e ao falarmos sobre relações abusivas, não podemos esquecer que, existem várias manifestações de violência, como aquelas de natureza física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Para Arendt (1985) a violência surge como última alternativa possível para manter o poder sobre o outro. Nas relações abusivas, o poder está no cerne da questão, ele demonstra a desigualdade existente entre as forças do abusador e do sujeito que sofre o abuso. O poder é então uma via pela qual a força física ou simbólica será aplicada, no intuito de atingir determinado **Objetivo:** O rompimento de uma relação violenta pode durar anos, considerando que muitas mulheres podem continuar com seus companheiros devido à dependência financeira, ao medo de morrer, já que sofrem ameaças, à espera pela mudança do comportamento do companheiro, à vergonha de assumir o fracasso do relacionamento ou à dependência emocional, segundo Soares (2005). As consequências emocionais de permanecer em uma relação abusiva são inúmeras. Alguns dos principais sintomas psicológicos encontrados frequentemente em vítimas de violência vão de insônia e pesadelos às psicopatologias como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, negação, sentimentos de humilhação, impotência, perda progressiva da autoconfiança, medo de frequentar os lugares de costume, entre

outros, de acordo com Kashani & Allan (1998). **Metodologia:** Foi realizado uma pesquisa com 60 pessoas, sendo 44 mulheres, 15 homens e 1 mulher transgênero, entre 18 a 32 anos, que se encontravam ou já estiveram em situações de relacionamentos abusivos. Os critérios de participação incluíram: Ser maior de 18 anos e viveu ou ainda estar vivendo um relacionamento abusivo. Foram feitas 24 perguntas, sendo discursivas e objetivas, a cerca de ciúmes nos relacionamentos abusivos. **Resultados e discussões:** A maior incidência, 73,3%, de participantes foi de mulheres jovens de 18 a 22 anos. Para Soares (2005) é observado que na maioria dos casos de violência conjugal, a mulher é a principal vítima. Na sua forma mais típica, essa relação abusiva é uma expressão do desejo de uma pessoa controlar e dominar a outra, como ocorre em relacionamentos abusivos. O homem, em alguns casos, comete violência (agressões físicas ou verbais) por terem uma dificuldade de expressar seus sentimentos, de uma forma mais respeitosa ou civilizada. E essas dificuldades são típicas de relações que vivem em conflitos. Dentro dos relacionamentos afetivos pode existir a violência ou a prática de agressões, mas o que fomenta essa violência é a desigualdade de poder. E foi observado também que o mais difícil de se desvencilhar nesse tipo de relação é o fato do medo se apresentar como um sentimento bastante frequente, junto com a vergonha de pedir ajuda e ainda o fato da vítima acreditar que o (a) parceiro (a) irá mudar os seus comportamentos, sendo que às vezes a pessoa está isolada e não tem como obter ajuda, alguns casos, a mulher depende financeiramente do parceiro (a), mesmo ele (a) sendo violento (a). Sair de uma relação violenta é um processo e cada um tem o seu tempo, cada indivíduo é diferente do outro e cada história é pessoal e intransferível. Em alguns relacionamentos afetivos, as pessoas tendem a associar o amor com sentir ciúmes e este sentimento está vinculado com a questão cultural e também como forma de manifestação de amor e sinônimo de gostar, porém 25% dos participantes afirma que seus relacionamentos são bons, mas ao mesmo tempo se contradizem ao afirmarem que seu parceiro (a) é ciumento (a). Portanto, o ciúme é pleno de contradições, pois em um extremo expressa o desejo de um ideal nas relações humanas e em outro extremo, tem sido contaminado pela tentativa de imposição dos desejos e prioridades de uma pessoa sobre os de outra. Ao representar o símbolo da individualidade, ele se define como a negação da alteridade, do reconhecimento da liberdade do outro. **Conclusão:** Diante dos resultados analisados, percebe-se que há uma valorização do ciúme nas relações abusivas. Portanto, ao vivenciar uma relação abusiva, os possíveis danos emocionais podem se manifestar através de transtornos depressivos, gerando um grande mal-estar, insegurança, ansiedade, diminuição da autoestima, e em alguns casos, como consequência, há ocorrência do feminicídio.

Palavra-chave: Ciúmes; Relacionamentos Abusivos; Danos Emocionais.

Referências:

ARENDT, H. Da Violência. Editora: Universidade de Brasília, 1985.

KASHANI, JAVAD H.; ALLAN, WESLEY D. The impact of family violence on children and adolescents. Thousand Oaks, Ca: Sage,1998.

Menezes, A. & Castro, F. O ciúme romântico: Uma abordagem analítico-comportamental. Trabalho apresentado no X Encontro Brasileiro de Medicina e Terapia Comportamental, Campinas, São Paulo,2001.

Soares, M. B. Enfrentando a violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO DE LITERATURA

SANTOS, Dirlen
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
dirlenquerreiro@gmail.com
FERREIRA, Ewellyn
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
ARAÚJO, Thalia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
RICKMANN, Lorena
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
TRINDADE, Fernanda
Universidade Estadual do Pará (UEPA), discente
PAMPLONA, Mônica
Universidade Estadual do Pará (UEPA), docente

Introdução: A violência contra a criança e ao adolescente é um problema universal que atinge milhares de vítimas de forma silenciosa e dissimulada. Trata-se, deste modo, de um problema que acomete ambos os sexos e não costuma obedecer a nenhum critério, como nível social, econômico, religioso ou cultural. A violência sexual caracteriza-se por um ato ou jogo sexual, em uma relação hetero ou homossexual, entre um adulto e uma criança ou um adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente a vítima, ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outro (FLORENTINO, 2015). As violências sexuais contra essa população afetam meninas e meninos e, muitas vezes, ocorrem nos espaços doméstico, familiar e escolar, o que não garante visibilidade na esfera pública e dificulta o acesso aos serviços de saúde. Segundo dados do Boletim Epidemiológico apontam, entre 2011 e 2017, o Brasil teve um aumento de 83% nas notificações de violências sexuais contra crianças e adolescentes, que em sua maioria, são recorrentes (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018). Diversos estudos analisaram os efeitos a longo prazo da violência física e psicológica na saúde mental de crianças que sofrem violência sexual, postulando que as experiências de longa duração podem prejudicar mais profundamente o desenvolvimento saudável dessa população, gerando graves problemas em vários estágios do desenvolvimento (SOUZA; VIZZOTTO; GOMES, 2018). Destaca-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT, um tipo de transtorno de ansiedade que é causado pelo esforço de adaptação do ser humano ao seu meio e pode ser definido como um conjunto de sinais e sintomas que compreendem um retorno a experiência do trauma vivenciado, uma recusa em lembrar o ocorrido e um estado de hipervigilância. Trata-se de um estado de intensa ansiedade, acompanhado de reviviscências dolorosas dos eventos negativos experienciados. O estresse pós-traumático pode desencadear uma série de outros transtornos mentais, apresentando implicações médicas, legais e psicossociais que devem ser cuidadosamente estudadas e entendidas pelos profissionais que lidam com esta questão (SENA; TORRES; LOPES, 2013). **Objetivo:** Descrever segundo a

literatura o desenvolvimento do Estresse Pós-Traumático e seus impactos psicossociais em crianças vítimas de violência sexual. **Metodologia:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada por meio do uso de descritores aplicados nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: textos completos em português, relacionados ao tema, e artigos publicados no período de 2013 a 2018. Após a busca, os artigos encontrados foram agrupados e analisados para a construção de discussão e resultados. **Resultados e discussões:** Os autores trazem que as consequências ou o grau de severidade dos efeitos do abuso sexual variam de acordo com algumas condições ou predeterminações de cada indivíduo, dentre eles: a idade da criança quando no início da violência; a duração e quantidade de vezes em que ocorreu o abuso; o grau de violência infligido na ocasião do crime; a diferença de idade entre a pessoa que cometeu e a que sofreu agressão; se existe algum tipo de vínculo entre o abusador e a vítima; o acompanhamento de ameaças (violência psicológica) caso o ato praticado contra a criança seja revelado por ela (FLORENTINO, 2015). As pesquisas trazem que muitas vezes o agressor é alguém da própria família, num percentual de 80%, sendo em meninas o maior quantitativo chegando a 82,8%. O aparecimento de psicopatologias graves, como a Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), com uma média 50% em vítimas de abuso sexual corroborando como transtorno de maior índice entre as psicopatologias que afetam as vítimas, sendo apresentada com comorbidade a outros transtornos e sintomas como: Transtornos de Humor, TDAH, Ansiedade, entre outros. A TEPT prejudica o desenvolvimento cognitivo, psicológico, emocional e social da vítima. (GAVA; SILVA; DELL'AGLIO, 2013). Em crianças, dentre os efeitos da psicopatologia, destacam-se: um maior nível de estresse, tensão e ansiedade, o que pode levar ao isolamento social e depressão; transtorno dissociativo, sendo as vítimas incapazes de integrar memórias traumáticas, como se tivessem perdido a capacidade de assimilar novas experiências, sua personalidade parasse “no tempo” e, daí em diante, não pudessem mais dar continuidade ao processo de elaboração psíquica; reexperiência perturbadora: pesadelos e lembranças espontâneas, involuntárias e recorrentes (flashbacks) da situação de violência (revivescência); fuga e esquiva: afastar-se de qualquer estímulo que possa desencadear o ciclo das lembranças traumáticas, como situações, contatos ou atividades que possam estar relacionados à experiência de abuso; distanciamento emocional: diminuição do interesse por atividades, pessoas, que anteriormente eram prazerosas, dificuldade de estabelecer e/ou manter novos vínculos afetivos; hiperexcitabilidade psíquica: reações de fuga exageradas, episódios de pânico (coração acelerado, transpiração, calor, medo de morrer...), distúrbios do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade, hipervigilância; sentimentos negativos: impotência e incapacidade em se proteger do perigo, perda de esperança em relação ao futuro, sensação de vazio. Esses efeitos podem se manifestar de várias maneiras, em qualquer fase da vida (SOUZA; VIZZOTTO; GOMES, 2018). Verificando-se que os comportamentos se diferem quanto ao sexo da vítima, havendo uma prevalência de reações emocionais chamadas de comportamentos internalizantes em meninas, caracterizados por

sofrimento depressivo (52,2%), angústia (12,9%), pânico ou medo (48,8%), e nos meninos são mais evidentes as reações comportamentais e atuações ou comportamentos externalizantes, como agressividade (39,1%), agitação (16,5%), regressão (13,9%) (GAVA; SILVA; DELL'AGLIO, 2013). Sendo que alguns desses principais e recorrentes sintomas aumentam com o desenvolvimento da criança, mostrando-se maior consideravelmente na adolescência e início da vida adulta. **Conclusão:** A partir dos apontamentos a respeito das desordens psicológicas como produto de ambientes familiares caóticos e contextos da ocorrência da violação sofrida, apresenta-se a necessidade de um olhar criterioso a essas crianças que sofrem e sofreram algum tipo de violência sexual, com vistas a proporcionar um bem-estar e qualidade de vida não somente a elas, mas a todos os membros da família, a fim de que o ciclo da violência nessa instituição seja rompido em definitivo. Os dados obtidos destacam, ainda, a importância da percepção de sintomas, diagnóstico e tratamento precoce com o intuito de auxiliar a criança a ressignificar o sofrimento para (re)construção de laços afetivos e de confiança, para o amadurecimento mais saudável da vítima junto ao seio familiar, como forma de tratar efetivamente a doença em questão e suas comorbidade com foco em minimizar riscos e consequências psicológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais do crescimento e desenvolvimento infantil,

Palavras-chaves: Violência sexual infantil, TEPT, comorbidade.

Referências:

- FLORENTINO, B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*. São João Del-Rei, v.27, n.2, p. 139-144, maio-ago. 2015.
- GAVA, L.; SILVA, D.; DELL'AGLIO, D. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*. Porto Alegre, RS, v. 44, n. 2, p. 235-244, abr-jun. 2013.
- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Boletim epidemiológico. Ministério da Saúde, 2018.
- SOUZA, de C.; VIZZOTTO, M.; GOMES, M. Relação entre violência familiar e Transtorno de estresse pós-traumático. *Lisboa*, v.19, n.2, ago. 2018.

POSSÍVEIS REVERBERAÇÕES PSICOLÓGICAS EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE PASSARAM PELA EXPERIÊNCIA DO ABORTO

MELO FERREIRA, Larissa Gomes

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

larissagomesmferreira@gmail.com

BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ALMEIDA, Maria Eduarda Nunes

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LEBREGO, Arina Marques

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: A história da humanidade traz, desde o início de sua constituição, o traço da violência, forjada por meio da subjugação e da exploração homem pelo homem, transformando as relações de gênero, afetivas e sociais, através de dispositivos de poder e de submissão (SILVA, 2011). Podendo influenciar certos comportamentos abusivos e de caráter violento, os quais acabam sendo banalizados, o diálogo sobre violência e liberdade das mulheres sobre seus corpos se torna algo negligenciado. Segundo Vieira (2010) no Brasil, o aborto é um problema de saúde pública por isso deve-se levar em consideração suas dimensões políticas, religiosas, culturais e científicas. Embora a prática no Brasil seja ilegal, a sua realização encontra amparo em determinados casos, como o de violência sexual, o que é central no presente estudo. De maneira geral, o fenômeno do aborto relacionado a violência sexual, se mostra complexo e com características distintas, indicando a necessidade de compreensão não só a respeito de sua configuração, mas também, de possíveis estratégias de enfrentamento de suas reverberações na saúde mental da mulher, assim como a questão da violência sexual. **Objetivo:** Refletir sobre as possíveis reverberações psicológicas da violência sexual em mulheres que se submeteram ao aborto. **Metodologia:** A presente pesquisa constitui-se como uma pesquisa bibliográfica narrativa. Os materiais levantados foram artigos. **Resultados e discussões:** Nota-se, a partir dos dados levantados, a polarização social em relação ao aborto. De acordo com Segatto (2007), há diversos argumentos acerca do ato de abortar ou não. Alguns grupos políticos/religiosos mostram-se em uma posição conservadora, posicionando-se contra a legalização do aborto. Por outro lado, existe uma mobilização social que luta pela mesma causa. De qualquer forma, torna-se evidente que a mulher, pré, durante e pós o processo de abortamento e vítima da violência sexual, vem a ser acometida de sofrimento psíquico, necessitando, dessa forma, de aparato do psicólogo, assim como o de outros profissionais da saúde, visto que o aborto, assim como a violência sexual é uma questão de saúde pública. De acordo com Bromberg (1999) citado por Gesteira, Barbosa e Endo (2006), a dor emocional não deve ser sublimada, para que o luto, que é algo ligado a qualquer processo de perda, seja superado.

Segundo essa autora, o luto pode manifestar-se na forma de doenças psiquiátricas caso não seja vivenciado e elaborado. **Conclusão:** A atuação do psicólogo se faz necessária durante esse processo de modo que o profissional atue como facilitador durante a tentativa da vítima de elaborar o ocorrido, para que ela possa ter um espaço de escuta e acolhimento, podendo, durante o processo, ressignificar o evento e superar possíveis traumas e sequelas.

Palavras-chaves: Aborto; Mulheres; Impactos Psicológicos; Atuação do Psicólogo.

Referências:

- SILVA, Carla. Uma realidade em preto e branco: as mulheres vítimas de violência doméstica (2011) Mestrado em serviço social Puc. São Paulo, 2011.
- SEGATTO, C. Aborto- Sim ou não? (2007). Revista Época n..465. São Paulo, 2007.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. A questão do aborto no Brasil (2010). Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica. Ribeirão Preto, 2010.
- GESTEIRA, S. M. dos A., BARBOSA, V. L. & ENDO, P. C. (2006) O luto no processo do aborto provocado. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, 2006.

SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES VÍTIMAS DE RELACIONAMENTO ABUSIVO

SILVA, Leticia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
leticiaponteslima18@gmail.com
OLIVEIRA, Lillyane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O abuso é caracterizado por uma necessidade de controle, geralmente o indivíduo que dispõe do abuso como forma para resolver conflitos, está ciente do que está fazendo, e o exerce com indiferença, não observando como uma conduta errada, tendo seus comportamentos como uma forma normal e não abusiva, este indivíduo tem a percepção de seus atos como oriunda entre um casal de se relacionarem, comumente quando há frustrações em relações que são abusivas, o abusador busca enfraquecer o outro para fortalecer-se, na dinâmica de um relacionamento abusivo, o abusador utiliza artifícios para que a vítima se sinta culpada, se subestimando e tentando agradar o abusador cada vez mais, neste contexto o abusador faz com que a vítima crie muitas expectativas de melhora do seu parceira, havendo momentos maravilhosos, contudo, esses momentos são raros e a dor da esperança é a que resta, voltando a uma dinâmica de um relacionamento abusivo. (MILLER, 1999, apud, PEREIRA, CAMARGO, AOYAMA, 2018). É considerada violência contra mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, dentro do âmbito doméstico, onde seja um espaço de convívio de pessoas com ou sem vínculo familiar, em qualquer relação íntima de afeto independente da orientação sexual. (BRASIL, 2006). A violência é uma das principais causas do sofrimento psíquico em mulheres que vivem ou já viveram em um relacionamento abusivo, havendo adoecimento mental, podendo ser acometida de problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, estando até três vezes mais predispostas a ter ideação suicida. (OLIVEIRA e JORGE, 2007). **Objetivo:** Investigar na literatura científica os impactos psíquicos de relacionamentos abusivos vivenciados por mulheres. Como objetivos específicos elegemos identificar na literatura as possíveis formas de violência contra mulher em um relacionamento abusivo. **Metodologia:** Foi realizado pesquisa bibliográfica de tipo narrativo disponível em língua portuguesa utilizando descritores tais como - relacionamento abusivo, sofrimento psíquico em mulheres no contexto de relacionamentos abusivos e o papel do psicólogo; utilizamos para a pesquisa artigos da SciELO. **Resultados e discussões:** Foram levantados 12 artigos que discorrem sobre violência contra mulher e relacionamentos abusivos, foi evidenciado que se entende na maioria dos casos como relacionamento abusivo aquele que há agressão contra mulheres ou seja apenas por física, no entanto, de acordo com a lei Maria da Penha nº 1.340, de 07 agosto de 2006 consiste que violência contra mulher é

caracterizada por: violência física que é considera qualquer atitude que coloquem em situação de vulnerabilidade sua integridade física, já a violência psicológica é caracterizada por qualquer ação que lhe cause prejuízo emocionalmente, lhe causando baixa auto-estima ou que vise dominar suas ações e comportamentos e que influencie em suas decisões, por meio de ameaças, opressões, rebaixamento, dominação, perseguição, humilhação e limitação do direito de ir e vir, ou seja toda ação que coloquem em prova o seu direito de tomar suas próprias decisões e abale sua saúde psicológica. A violência sexual é qualquer prática que oprima a mulher a presenciar, participar ou manter relações sexuais não desejadas, por intermédio do uso de força, intimidação, que a obrigue a utilizar ou comercializar de sua sexualidade, que a impossibilite de utilizar qualquer método contraceptivo, ou a submeter a matrimônio, gravidez, ao aborto ou prostituição, ou que restrinja seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência patrimonial, que se diz respeito a retenção dos bens, seja documentos, instrumentos de trabalho, recursos econômicos e dano parcial ou total de seus objetos atribuídos a contentar suas necessidades e por fim a violência moral que é configurada como qualquer ato que configure calúnia, difamação ou injúria. Segundo pesquisa do instituto Datafolha, em cada hora no ano de 2016, 503 mulheres foram acometidas por algum tipo de agressão e 26% delas ainda convive com o agressor/abusador e que 29% dos casos é seu companheiro/marido. Em uma outra pesquisa no ano de 2015 realizada pelo Datasenado foi verificado que praticamente 100% sabem da existência da Lei Maria da Penha, porém é reforçado pelo Datafolha que 52% das mulheres não fizeram denúncia após a agressão ou forma de violência. Os variados tipos de violência contra mulher chegam a ser considerados “pequenos assassinatos diários”, acarretando problemas na saúde física e mental, minimizando a qualidade de vida, impactando sua capacidade de produzir, seu trabalho, educação e autoestima. **Conclusão:** Com os dados levantados nessa pesquisa, foi possível concluir que os relacionamentos abusivos podem estar relacionados a graves danos psíquicos na saúde da mulher, uma vez que sua subjetividade é invadida pelas vivências ou re-vivências de diversos tipos de agressões em um relacionamento abusivo, como físicas, sexual, patrimonial, moral, ou psicológica, neste sentido consideramos a importância do papel do psicólogo no apoio ao enfrentamento da violência em um relacionamento abusivo a essas mulheres.

Palavras-chaves: Relacionamento abusivo; Abusador; Dano Psicológico.

Referências:

- BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.
OLIVEIRA, E.; JORGE, M. Violência Contra Mulher: Sofrimento Psíquico e Adoecimento Mental. Ver. RENE. Fortaleza. v.8, p. 93-100, 2007.
PEREIRA, D. C. S. *et al.* Análise funcional da permanência das mulheres nos relacionamentos abusivos: Um estudo Prático. Rev. Bras.de Terapia Comportamental e Cognitiva . V20 n.2, p 9-25, Paraná, 2018.

A SINGULARIDADE DA ESCUTA PSICOLÓGICA NA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

MESQUITA, Glaucia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
glauciamp2@gmail.com
CARRÉRA, Lucas
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: segundo a Organização Pan Americana da Saúde o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Uma em cada seis mortes de pessoas que vem a óbito são relacionadas à esta doença (OPAS). O câncer é um problema de saúde pública causando impactos significativos na vida do indivíduo doente e de seus familiares. Nos dias atuais a medicina possui ferramentas para lutar contra a doença o que tem gerado um questionamento ético no que tange a forma justa de prolongar a vida /ou adiar a morte, para além disso é valido destacar que vislumbrar a linha tênue entre vida-morte no horizonte vivencial do paciente gera angustia e sofrimento psíquico. Atualmente as premissas para cuidar de pessoas que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, é a indicação de transição gradual do cuidado com objetivo curativo, para o de paliativo sendo uma prática na busca da assistência integral o qual trata os cuidados de saúde ativos e integrais, visando promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2019, OMS, 2002). Em cuidados paliativos não existe indivíduos com doenças terminais, com impossibilidade de cura, mas sim pacientes que podem ter a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa a ideia equivocada de “não ter mais nada a fazer”. A família também é assistida após a morte do paciente, no período de luto.

Objetivo: este trabalho teve como objetivo abordar a singularidade da escuta na clínica de cuidados paliativos. **Metodologia:** foi realizada uma pesquisa bibliográfica narrativa visando descrever o desenvolvimento do tema, a partir da análise crítica dos autores. **Resultados e discussões:** Foram elaboradas categorias temáticas dentre elas: 1) Acompanhar a indicação de cuidados paliativos para o paciente desde o início da transição para esta forma de cuidado. É importante que seja feito um trabalho preventivo desde o momento que o paciente recebe o diagnóstico e em todo o período de tratamento; 2) Escuta da representação e impacto da possibilidade de morte para o paciente-família: considerar a morte como um processo natural e validar o quanto que a vida é importante são alguns dos princípios que norteiam os cuidados paliativos. Prever cuidados para que o processo da morte não acelere e nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); 3) Escuta da dor total:

aplicar medidas que promovam o alívio da dor e de outros sintomas penosos que não estão ligados somente a doença. Implica em validar todos os sentimentos que envolvam os aspectos psicológicos e orgânicos: a perda da identidade, do convívio familiar, do trabalho, entre outros;4) Escutar e considerar as estratégias de enfrentamento: agregar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado, possibilitando com que esse paciente consiga elaborar da melhor forma suas angústias e demais sentimentos que permeiam seus pensamentos levando a ele a compreensão da morte como um processo natural da vida. 5) Escutar a família: oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES; LAMARCA, 2013). Essa atenção deve ser estendida aos membros da família, possibilitando que quebrem o silêncio, que sejam esclarecidas as dúvidas em relação à doença;6) Promover qualidade de vida e qualidade de morte: atuação do psicólogo diante de uma doença ameaçadora da vida tem como objetivo proporcionar ao paciente qualidade de vida, buscando amenizar o sofrimento, depressão e ansiedade. E podendo também ser trabalhado aspectos relacionados ao processo de morte onde ele passa a ser bem assistido, tendo um bom controle do seu estado clínico. 7) Facilitação e mediação da comunicação com a equipe multiprofissional estimulando que se fale sobre os problemas e enfrentem o adoecimento, dessa forma, o psicólogo é responsável pela redução do impacto da doença na vida do paciente. Logo é perceptível que quando o trabalho em equipe funciona de forma ordenada, o paciente tende a ter uma melhora considerável, o que pode resultar, não só numa boa relação paciente-equipe, mas também em um aperfeiçoamento dos servidores de saúde. 8) Escuta singular: envolvendo a angústia de morte e reposicionamento no viver, buscando trazer a subjetividade e proporcionando uma melhor elaboração no processo de morte e luto. É fundamental que se estabeleça uma relação de confiança entre o psicólogo e o paciente. **Conclusão:** cuidado paliativo é a atenção ao sofrimento diante de uma doença ameaçadora da vida. O psicólogo trabalha com a identificação precoce desse sofrimento e entrar com os cuidados paliativos logo que ele recebe o diagnóstico de câncer. O cuidado paliativo é voltado para aqueles pacientes que estão fora de possibilidades só terapêuticas. É necessário olhar para esse paciente de forma holística (biopsicossocial e espiritual). É preciso sair desse modelo biomédico e olhar o ser humano adoecido de forma mais ampliada de atenção, incluindo sua história de vida. É preciso trabalhar as dores do paciente e as queixas clínicas para que haja um “controle excelente” dessa dor. Não é porque a pessoa vai morrer que vai precisar sentir dor e sim fazer com que haja um controle estabelecido dessa dor, através das drogas prescritas pelos médicos. É necessário além do controle da dor, gerar controles emocionais, psicológicos, espirituais. Esse é o ser holístico. Receber um diagnóstico de câncer e ao mesmo tempo tomar conhecimento que a quimioterapia/radioterapia não fazem mais efeito no tratamento é devastador, não só para o paciente, mas para as famílias também. É indispensável preparar, trabalhar com as famílias desse paciente para que ele tenha um final de vida com dignidade. Uma das barreiras é pensar que cuidados paliativos só devem ser feitos no final de vida dos pacientes e na verdade não é. Esses cuidados

deveriam acompanhar quaisquer diagnósticos de doenças ameaçadoras da vida dando uma melhor qualidade de vida para os doentes. Todas as pessoas têm direito de morrer com dignidade. É importante buscar dentro do sistema de crenças aquilo que o paciente acredita e procurar quais são os pontos de apoio e suporte promovendo qualidade de vida a ele. Quando a família é orientada, acolhida, as demandas são escutadas, validadas e são trabalhados esses aspectos emocionais ao longo da internação, o sentimento por parte da equipe é que a notícia do óbito é recebida com mais tranquilidade. A família sente a dor, mas o processo de enfrentamento é mais tranquilo. O único sofrimento que é insuportável é aquele que não é cuidado. Paliar é dar voz a esse paciente para que ele possa falar do sofrimento dele. O psicólogo exerce esse papel de facilitador da comunicação entre os membros da equipe e paciente/família. Mostrar que a dor que o paciente se queixa é uma dor real, uma dor total pois envolve todas as dimensões, está para além do físico. Antigamente as pessoas morriam mais em suas casas, cercadas pelos seus familiares, falando dos seus desejos e ao longo do tempo isso foi perdido. Hoje em dia as pessoas morrem no hospital, em um ambiente asséptico, com horários para visitas, a comida não é a da casa da pessoa, não pode ficar perto de quem se gosta, ou seja, é um ambiente com muitas barreiras. A pessoa perde muito da sua identidade dentro do espaço hospitalar e é função também do psicólogo fazer esse resgate. Dentro dos cuidados paliativos é importante conhecer a biografia dessas pessoas e escutar a história de vida delas. O ser humano não é preparado para a finitude. Experienciamos a celebração dos nascimentos, do surgimento da vida, mas não da morte. A vivência da morte causa sofrimento. E quando nos deparamos com a morte do outro somos colocados de frente com nossa vida e nossa própria morte, gerando sofrimento. Os Cuidados Paliativos representam o resgate do cuidado, permitindo que haja possibilidade entre o viver e o morrer com paciente e familiares.

Palavras-chaves: Escuta psicológica; Clínica de cuidados paliativos; Oncologia.

Referências:

- HERMES, H.R.; LAMARCA, I. C. A.Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 18, 2013.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094>. Acesso em: 04, Março, 2011.
- PINTO, A. C. et al. Manual de cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro :Diagraphic, 2009
- INCA, <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. 2019.

TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA PARA A ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

SILVA, Danilo
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
dhaveron@gmail.com
SILVA, Leandro
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
BARRETO, Camila
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
YAMADA, Márcia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
RAMALHO, Michelle
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
GONÇALVES, Ricardo
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
MONTEIRO, Vivian
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Transtornos alimentares (TA) são transtornos que envolvem problemas com a alimentação e autoimagem, que em casos mais graves pode provocar a morte do indivíduo. Gorgati et al (2002, p. 44) aponta que “a etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais”. Dado o fato de os transtornos em questão possuírem diferentes fatores para se desencadearem, “uma equipe composta por psiquiatra, clínico geral, psicólogo e nutricionista é o alicerce do tratamento, sobretudo em esquema ambulatorial e hospitalar” (GORGATI et al., 2002, p.44). Destacamos para o presente trabalho, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa como objetos do presente estudo. A Anorexia Nervosa, segundo Kaplan et al. (2017, p. 509) 3 critérios são essenciais para caracterizar a síndrome: uma inanição autoinduzida até um grau significativo; uma busca incessante por magreza ou um medo mórbido de engordar; a presença de sinais e sintomas resultantes da inanição. Já a Bulimia Nervosa segundo Kaplan et al. (2017, p.516) se caracteriza por momentos de grande compulsão alimentar, seguidas de formas inadequadas de interrupção do ganho de peso, geralmente composto por um desconforto físico que gera culpa ou depressão. Isto posto, o estudo dos transtornos alimentares, especificamente da anorexia e da bulimia, possui aspectos psicossomáticos importantes. De acordo com Kaplan et al. (2017, p.465) a medicina psicossomática evoluiu graças aos avanços no entendimento das doenças clínicas e psiquiátricas e na visão holística de um corpo e mente integrados e como uma só entidade. O enfoque deste trabalho é uma revisão bibliográfica dos transtornos alimentares, especificamente da bulimia nervosa e da anorexia nervosa, sob a ótica da psicossomática. **Objetivo:** deste trabalho foi investigar, a partir de um estudo bibliográfico, os transtornos alimentares da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, em uma perspectiva psicossomática.

Metodologia: Na elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura, a partir da seleção de artigos científicos que preenchessem os seguintes critérios: apresentassem uma linguagem clara sobre os transtornos alimentares, especificamente da anorexia e bulimia no aspecto psicossomático, que explorassem os recursos utilizados nos tratamentos, e por fim que expusessem relatos das vivências de indivíduos com tal transtorno e suas principais queixas, sejam elas físicas ou emocionais. Foram excluídas desta pesquisa, os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão descritos acima. Utilizou-se os seguintes descritores: anorexia, bulimia e psicossomática. As bases eletrônicas consultadas foram a SciELO, Pepsic e Google Acadêmico no idioma português. **Resultados e discussões:** as bases SciELO e Pepsic não apresentaram resultados dentre as buscas realizadas que satisfizessem os critérios propostos. Já no Google Acadêmico, para os descritores propostos foram encontrados 69 artigos sobre o assunto de 2018 até agora. Dentre os artigos, 6 foram considerados de relevância para o presente estudo. Os estudos apontam que aqueles que possuem transtornos alimentares têm fortes percepções emocionais de si mesmo. Bem-estar com o corpo e com a mente, se configura custoso, especialmente para as mulheres com transtornos alimentares, já que estatisticamente elas são mais afetadas (1% a 4% aproximadamente segundo Kaplan et al.). Existe uma busca diária por um corpo ideal, acreditando que são capazes de consegui-lo com dietas rigorosas e indução ao vômito, por exemplo. Segundo Appolinário e Claudino (2000, apud Nunes e Holanda, 2008, p.173), a anorexia e a bulimia estão associadas com outros transtornos de maneira comorbida, como os de humor, de ansiedade, de personalidade. Questões sociais são extremamente relevantes, como o apoio da família e amigos para que o tratamento seja mais bem-sucedido. “Muitas vezes a própria família, o meio, os valores da sociedade, contribuem para o reforço e a manutenção do problema, dificultando na recuperação” (Saikali, 2004 apud Nunes e Holanda 2008). Por fim, Gorgati et al. (2002, p.47) aponta que o tratamento tende a ser cada vez mais integrado, com importância igual para a estabilização do peso, melhora nos quadros sintomatológicos psiquiátricos e a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos. **Conclusão:** Entender a condição humana como uma ocorrência da vida que se expressa no corpo e pelo corpo, sendo que é por ele que carregamos a marca da vida onde estão impressos o repertório singular e cultural: mensagens simbólicas presentes no nosso comportamento social, relativos ao corpo e ao comportamento deste em relação a sociedade. A cultura da contemporaneidade coloca-nos diante de ideias e modos de ser que preconcebem formas padronizadas impostas pela mídia: um corpo midiático que expressa um lugar social, onde o saudável é sinônimo de beleza, incentivando assim a insatisfação com o corpo real, entendendo a corporeidade como indissociável da cultura e do indivíduo (FRAZÃO, 2017). Durante a investigação, a manifestação dos Transtornos Alimentares na psicossomática perpassa pelo transtorno da imagem corporal devido as vias afetuosas interpessoal criada do corpo perfeito ou distorção frente a sociabilidade, ou seja, uma fisiopatologia do corpo. A psicologia utiliza-se da mente e corpo para desemaranhar a psicossomatização e pode acompanhar as

pacientes para recuperação do seu quadro clínico, através da melhoria da autoestima, diminuição da rigidez e o interesse de controle sobre a sua vida. Logo, os fatores psicossociais são considerados quando há necessidade de atuar com os Transtornos Alimentares devido a existir controvérsias adequadas de avaliação e manejo clínico.

Palavras-chaves: Psicossomática; Transtornos Alimentares, Anorexia, Bulimia;

Referências:

- GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG, Alessandra S; OLIVEIRA, Marilene Damaso de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 44-48, Dez. 2002 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 Mar. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700010>.
- FRAZÃO, Lilian Meyer (org.). Questões do humano na contemporaneidade – Olhares Gestálticos. São Paulo: Summus Editorial, 2017.
- NUNES, Arlene Leite; HOLANDA, Adriano. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. Rev. abordagem gestalt., Goiânia , v. 14, n. 2, p. 172-181, dez. 2008 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 mar. 2019
- SADOCK, Benjamin J., SADOCK, Virgínia A., RUIZ, Jose Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE JUNTO A PACIENTES COM HIV/AIDS EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck
Universidade da Amazônia (UNAMA)/ Universidade Federal do Pará
(UFPA)/Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA)
carolinapeck@gmail.com
ROCHA, Julliana Morgado
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

Introdução: O número de infecção pelo vírus HIV vem se tornando cada vez mais alarmante. Atualmente, existem mais de 36 milhões de pessoas vivendo com o vírus no mundo. De acordo com Aires (2012), a AIDS é uma doença crônica, que, em virtude das dificuldades do tratamento, causa dor, desconforto, sofrimento e, muitas vezes, a morte. Desta forma, o aparecimento dos efeitos causados pela Terapia Antirretroviral em pacientes com HIV/Aids os torna candidatos, mais precocemente, aos Cuidados Paliativos. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (2006), aponta que os cuidados paliativos residem em abordagens que visam promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Exigindo capacidade dos profissionais para a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Por conta do exposto, entende-se que a abordagem em Cuidados Paliativos deve ser realizada, preferencialmente, por meio de uma equipe multiprofissional qualificada, com foco no paciente e sua família. É possível observar que no que diz respeito as mobilizações geradas no que tange o aspecto social, o estigma vivido por estes pacientes, em razão do preconceito, causa extrema preocupação e medo em torno da revelação, sem consentimento, de seu diagnóstico a terceiros (AIRES, 2012). Neste contexto, é válido que se esclareça sobre as definições de confidencialidade e privacidade. Massarolo et al. (2006), aponta que a confidencialidade se relaciona a garantia (no sentido de confiança) de que as informações confiadas não serão reveladas sem prévia autorização da pessoa em questão. Já no que diz respeito a privacidade, ainda para o mesmo autor, esta se configuraria como um conjunto de informações sobre uma pessoa, que pode decidir mantê-las sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo em que medida e a quem, quando, onde e em que condições o outro poderá acessar as informações. Compreende-se, portanto, que este contexto gera um dilema para os profissionais de saúde que atuam junto a esses pacientes: preservar ou não a confidencialidade e privacidade destes pacientes? Neste sentido, tem-se em vista duas perspectivas, a primeira delas diz respeito a ética profissional, que em geral traz a garantia da privacidade e confidencialidade das informações do paciente, sendo um bem individual. E a segunda perspectiva se correlaciona a questão de se tratar de uma doença infecto contagiosa, então, em alguns casos, a quebra de confidencialidade poderia funcionar como uma ação

preventiva com relação ao contágio de parceiros, sendo um bem coletivo, acrescentando-se a essa também a possibilidade de haver um suporte maior por parte dos familiares ao paciente. **Objetivo:** Investigar a questão da confidencialidade e privacidade do diagnóstico junto a equipe de saúde, e os possíveis desdobramentos destas em pacientes vivendo com HIV/Aids em cuidados paliativos. **Metodologia:** Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa de natureza eminentemente teórica e que possui uma revisão bibliográfica de literatura, utilizando autores contemporâneos que discutem sobre a temática proposta pelo trabalho. Foram utilizados para tantos capítulos de livros e artigos retirados de bases de dados reconhecidas no meio acadêmico científico, como a Scielo e a Pepsic. **Resultados e discussões:** A partir do levantamento dos dados bibliográficos, foi possível observar que muitos autores abordaram sobre a questão do dever ético e legal, destacando que cada profissional tem por referência o Código de Ética específico a sua profissão, de manter o sigilo das informações para garantia da privacidade e da confidencialidade dos pacientes. Configurando-se assim como importante que o sigilo seja mantido para que o usuário frequente o serviço de saúde durante todo o processo de adoecimento e tratamento (BELLENZANI e MENDES, 2011). Neste sentido, em uma pesquisa realizada por Bellenzani e Mendes (2011) intitulada: “Sigilo na Atenção em DST/AIDS: do Consultório aos Processos Organizacionais”, destacou-se o caso de uma usuária que, em função de uma provável quebra do sigilo profissional sem seu consentimento, experimentou mobilização psíquica, demonstrando-se abalada, muito nervosa e agressiva, logo, tornou-se viável a constatação de que a revelação deste diagnóstico para terceiros à revelia da paciente, culminou em grande sofrimento psíquico para a mesma. **Conclusão:** Com a epidemia do HIV/Aids o dever de manter o sigilo vem sendo problematizado, mobilizando muitos debates na área da saúde. Neste sentido, torna-se importante entender os motivos da não revelação antes de iniciar o processo de quebra do sigilo sem autorização, configurando-se como imprescindível o conhecimento de todos os aspectos subjetivos e contextuais do sujeito em questão, para que a partir de então seja possível adotar a postura mais adequada em relação ao caso. Neste contexto, é primordial que a equipe de Cuidados Paliativos, que está diretamente ligada também à família, tenha cautela com as informações do paciente, pois se compartilhadas sem seu consentimento, ainda com intuito de ajudar, podem causar-lhe ainda mais sofrimento psíquico. Sendo assim, faz-se fundamental que se parta da singularidade de cada caso, levando em conta as possíveis reverberações da comunicação ou ausência desta para o paciente.

Palavras-chaves: Atuação multiprofissional; HIV/Aids; Cuidados Paliativos; Confidencialidade.

Referências

AIRES, E. M. Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS, 2012.
BELLENZANI, R; MENDES, R. F. Sigilo na Atenção em DST/AIDS: do Consultório aos Processos Organizacionais, 2011.

MASSAROLLO, M. K. B. *et al.* Autonomia, privacidade e confidencialidade. *In*:
OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.). Ética e bioética: desafios para a
enfermagem e a saúde. São Paulo: Manolle, 2006. p. 136-152.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Câncer. 2006. Disponível em:
<<http://www.who.int/topics/cancer/es/>>. Acesso em: 20/02/2019.

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS GERADAS PELA LGBTFOBIA DURANTE O PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO DE ALUNOS LGBTQI+

PRÊMIO DE MELHOR APRESENTAÇÃO CIENTÍFICA (4º LUGAR)

BARRA, Thainá
Universidade da Amazônia (UNAMA)
thainabarra@gmail.com

LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.



Introdução: Boa parte das escolas ainda não está preparada para lidar com as diversas formas de viver uma sexualidade diversa do padrão heteronormativo, pois é costumeiro que preconceitos e a discriminações sejam reproduzidos nesse ambiente de maneira silenciosa ou mesmo explicitamente, fazendo com que a permanência de pessoas LGBTQI+ (lésbicas, gay, bissexual, transsexuais, queer, intersexuais +) nestes espaços se torne um verdadeiro ato de resistência (SANTOS, 2017). Na rotina escolar, alunos, professores e funcionários acabam por repercutir discursos preconceituosos, fazendo com que esses indivíduos sejam silenciados, discriminados, excluídos e, de certa forma, controlados.

Objetivo: Compreender quais são os impactos que essa normatividade LGBTfóbica pode causar na vida desses alunos e buscar como a psicologia escolar pode atuar neste contexto. **Metodologia:** Para a pesquisa, foi realizado um formulário *online*, com questões 19 fechadas e foram analisados apenas os dados obtidos a partir das respostas de pessoas maiores de 18 anos, que tenham vivenciado a sua sexualidade no período escolar. **Resultados e Discussão:** Obteve-se 101 respostas. As pessoas que responderam ao questionário se identificaram como: Bissexuais (33%) Queer (2%); Assexual (2%); Gay (13%), Lésbica (8%); Não-binário (6%); Pansexual (11%); Pansexual, Transgênero, Não-binário (2%); Transgênero (1%); Transgênero, Trans*homem, Heterossexual (1%); Trans*homem (3%) e heterossexuais (18%). Dentre os participantes da pesquisa, 48% eram estudantes universitários e 58 % respondeu que não conversavam sobre Gênero e Sexualidade na escola. Sobre a insegurança em dizer sua sexualidade abertamente, 67% responderam que se sentiam inseguros contra 33% que se sentiam seguros. Quando questionados a respeito de precisar se esconder para manter relações com outras pessoas, 56% responderam que precisaram (sendo que grande parte dos heterossexuais correspondem a esse número), o que fazia que a maioria dos alunos LGBTQI+ precisaram agir de forma que não os agradasse para poderem ser aceitos socialmente (57%). Quanto às violências sofridas, os índices foram respectivamente, violência física (10%), violência sexual (7%), violência moral (26%), violência psicológica (27%) e violência verbal (30%). As idades indicadas como que sofreram a violência ficaram entre 10 a 13 anos (32%), 14 a 17 anos (54%) e 18 a 20 anos ou mais (14%). Muitas vezes o aluno LGBTQI+ escolhe por não assumir abertamente sua sexualidade para evitar constrangimentos e violências. Após as agressões, 23% dos entrevistados responderam que

chegaram a pensar em conversar com alguém, mas não conseguiram, 23% sequer chegaram a pensar em falar para alguém, 26% não tentaram ou não falaram com ninguém, 14% falaram com a coordenação/funcionários da escola, 12% com amigos e 2% com o próprio agressor. Em 16% desses casos, relatou-se ausência de posicionamento da escola devido a fatores como religião e descrédito da vítima. Nos outros casos, os agressores foram penalizados pois “alguns professores viram o que ele fazia e não era só comigo”, ou o agressor parou, em um caso, por retaliação da própria vítima. Junqueira (2009), afirma que a escola se configura como uma das mais esmagadoras formas de opressão. As pessoas LGBTQI+ tornam-se oprimidas pela estrutura heteronormatizadora que faz com que esses indivíduos passem por alguém que não tem como existir, ser visto, ouvido, conhecido, reconhecido, considerado, respeitado ou amado para um ser que somente deve ser negado e odiado. A escola, como reprodutora das dinâmicas sociais, acaba por se tornar um espaço aversivo a esses indivíduos. Fazendo que atos violentos, excludentes e invisibilizadores sejam normalizados entre os muros do espaço escolar, obrigando alunos LGBTQI+ a esconderem suas sexualidades ou serem vítimas. É importante pensar que o porquê desses agressores saírem ilesos, pois reflete a naturalização e aceitação social desse tipo de violência, que passa a ser valorizada e sugere um padrão de masculinidade estereotipado e medo ao próximo (ABRAMOVAY, COSTA e SILVA, 2004). **Conclusão:** As consequências que alunos LGBTQI+ sofrem perante a LGBTfobia fazem com que esses alunos se tornem socialmente invisíveis e, ao mesmo tempo, foco de agressões e violências que os afetam principalmente moral e psicologicamente. Muitas vezes o ambiente escolar se torna aversivo a esses indivíduos pelo medo da exposição e da não aceitação, fazendo com que estes precisem esconder quem são e/ou adequar-se à uma norma social (heteronormativa) pré-estabelecida. A escola pode ser considerada um espaço fundamental para fomentar tais trocas, pois permite a reflexão sobre o tema pelos atores envolvidos no cenário escolar, melhorando as relações, além de formar cidadãos cada vez mais conscientes e, possivelmente, aliados no combate às múltiplas formas de discriminação que ainda resistem nas relações atuais (SCHWEICKARDT E BITTENCOURT, 2017). Profissionais da psicologia que atuam em ambientes escolares tem como dever lutar por uma reflexão sobre o preconceito e estigmatizações que ocorrem dentro desses espaços. Utilizando de suas técnicas e ciência para a melhor inclusão das diferenças, para que a escola cumpra com o seu dever de ser um local de crescimento e aprendizagem para que indivíduos LGBTQI+ possam vivenciar suas sexualidades abertamente sem medo.

Palavras-chave: LGBTfobia; LGBTQ+; Heteronormatividade; Sexualidade.

Referências:

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. Juventudes e Sexualidade. Brasília: Unesco, 2004.
- JUNQUEIRA, R. D. Homofobia Nas Escolas: Um Problema De Todos. In: Diversidade Sexual Na Educação: Problematisações Sobre A Homofobia Nas

Escolas / Rogério Diniz Junqueira (Organizador). – Brasília: Ministério Da Educação, Secretaria De Educação Continuada, Alfabetização E Diversidade, Unesco, 2009. Isbn 978-85-60731-34-3 P. 458. (Coleção Educação Para Todos, Vol. 32).

SANTOS, J. B. A Condição De Ser LGBT e a Permanência Na Universidade: Um Estudo de Caso no Curso de Pedagogia -Educação do Campo (UFPB), João Pessoa, 2017.

SCHWEICKARDT, D.; BITTENCOURT, A. L. P. Despindo Preconceitos na Escola. In: Negreiros, F.; SOUZA, M. P. R. S. Práticas em psicologia escolar: do ensino técnico ao superior. Teresina: EDUFPI, [2017]. 3 v. 218 págs. ISBN: 978-85-509-0115-2.

A ESCUTA PSICOLÓGICA E O SETTING EM ENFERMARIAS EM HOSPITAL GERAL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

ALMEIDA, Mariana Lopes de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
marianalopes25@hotmail.com

TORRES, Kamila Elizama Abreu Tourinho
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

CABRAL, Luana Silva
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

MOTA, Camile Pantoja
Universidade da Amazônia (UNAMA), preceptor

Introdução: A psicologia hospitalar é o campo de atuação de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, objetivando não só a subjetividade, mas também ajuda o sujeito a vivenciar o processo desta experiência, este campo ainda, tem como filosofia o aforismo hipocrático, no qual o autor substitui a palavra “consolar” por “escutar”, sendo então, “curar sempre que possível, aliviar quase sempre, escutar sempre” (SIMONETTI 2018, p. 21), enquanto a medicina objetiva a cura orgânica, a psicologia hospitalar vai além dela, a escuta é uma de nossas técnicas, assim como o manejo situacional, escutamos e manejamos não a doença do indivíduo, mas sim a pessoa em suas manifestações subjetivas diante do adoecimento, em outras palavras, escutamos os seus sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, o estilo de vida e o seu estilo de adoecer. O foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento, que não estão presentes apenas na pessoa do paciente, diante disto objeto de trabalho do psicólogo no hospital tem pauta-se em um tripé relacional, assim intervindo nas relações existentes entre paciente, família e equipe de saúde, com a função de facilitá-las (SIMONETTI, 2018). Neste âmbito de atuação de equipe multidisciplinar, a qual o psicólogo está incluso, o ambiente em que se dá o atendimento e/ou intervenção é caracterizado como *setting*. Visando diferenciar o *setting* hospitalar do *setting* que é proposto no processo psicoterapêutico clínico, o qual tem a atuação do psicólogo no consultório, Angerami-Camon (2003) considera este último com uma configuração mais enrijecida, onde as normas e diretrizes do processo são colocadas de maneira clara e precisa, com o intuito de formalizar o processo que se desenvolverá, assim são acertados detalhes como horários de duração de cada sessão, reposições, aviso prévio de faltas, dentre outros aspectos, este ainda impõe uma privacidade ao relacionamento terapeuta-cliente no ambiente terapêutico, o que torna as interferências externas possíveis de serem analisadas, assim sendo o *setting* terapêutico resguarda a sessão para que todo o material catalisado naquele momento seja apreendido e elaborado. Já no ambiente hospitalar a psicologia precisa de pouco para funcionar, segundo

Simonetti (2018), basta um sujeito que queira falar e um psicólogo que saiba escutar, assim tais aspectos primordiais na atuação clínica, acabam não sendo fundamentais na atuação hospitalar. Moretto (2001, p. 59) considera que não podemos tratar o *setting* como um espaço real porque ele é virtual, psíquico, ele é, na verdade, um artifício, uma construção do terapeuta para oportunizar a terapia. **Objetivo:** refletir acerca da escuta psicológica, e os desafios e estratégias desenvolvidas no *setting* terapêutico em enfermarias de hospital geral. **Metodologia:** Este artigo é de caráter qualitativo e bibliográfico, tendo como base a literatura da psicologia hospitalar, trata-se de reflexões acerca das vivências práticas de acadêmicos do nono semestre, na ênfase de psicologia da saúde de universidade particular, iniciado no dia 11 de fevereiro de 2019 e ainda em andamento, em hospital público, localizado na cidade de Belém, no Estado do Pará, este é uma instituição de média e alta complexidade. **Resultados e Discussão:** Levando em consideração as referências do hospital, o público atendido nas enfermarias em questão possuem, majoritariamente, diagnósticos relacionados a cardiopatia, nefrologia ou demais patologias que necessitem de cirurgias gerais eletivas ou de emergência. Os atendimentos são feitos onde o paciente está, no hospital geral os atendimentos são realizados, predominantemente, nos leitos ou em qualquer outro ambiente dentro do hospital, seja pelo fato de o paciente estar acamado ou impossibilitado, ou pelo fato de que nos andares dessas enfermarias não há uma sala específica para atendimento psicológico, como na maioria dos hospitais, segundo Simonetti (2018), podendo se dar em razão de não haver espaço físico ou falta de espaço para a psicologia. Como já citado, o hospital é uma instituição que conta com e, tem seu espaço dividido, entre algumas classes profissionais da área da saúde, o que caracteriza a equipe multidisciplinar, assim os atendimentos nas enfermarias contam com possíveis interrupções. De acordo com Almeida e Malagris (2011), estas interrupções podem ser a qualquer momento, seja por médicos, enfermeiros e técnicos, dentre outros, que também estão cumprindo com seus deveres e funções, junto a isto ressalta-se o aspecto de que as enfermarias não são individuais, podendo haver dois ou três leitos, o que acaba por comprometer o sigilo, visto o atendimento será realizado em meio a outros pacientes e seus acompanhantes. No que diz respeito à duração do atendimento, também não há regras definidas, pois dependerá de algumas variáveis relacionadas às condições clínicas do paciente, do que emerge enquanto demanda naquele dia, além da sua autonomia em estar disponível ou resistente para o atendimento, logo, ainda de acordo com Simonetti (2018), o atendimento psicológico neste campo é bastante irregular tanto na frequência como na duração de cada encontro, pois o aponta que uma estratégia pertinente é, do tipo “aqui e agora”, visto que deve-se considerar que podem ser atendimentos únicos, seja este por óbito do paciente ou por alta. Assim, nesta prática não se têm o controle do ambiente, tendo, portanto, que saber lidar com as várias adversidades como, o barulho; as interrupções; a falta de privacidade, situações estas que podem comprometer o sigilo e/ou intimidar a fala do paciente, no entanto, Pena (1992, apud SIMONETTI, 2018), apesar de confirmar que o ambiente hospitalar é adverso à atividade psicoterapêutica, nega que este

fato seja um impedimento, basta que o psicólogo encontre uma postura flexível e criativa, para assim contornar as dificuldades e exercer sua prática profissional, Almeida e Malagris (2011), reiteram que a partir dessas particularidades, a postura citada anteriormente é importante, inclusive, para a sua inserção no hospital. **Conclusão:** à guisa de concluir destacamos que o psicólogo deve escutar o indivíduo em seu leito, andar, em sua circulação pelo hospital, a equipe em cada encontro, a dinâmica das relações paciente-psicólogo, paciente-família, paciente-equipe, paciente-instituição, paciente-outros pacientes em outras palavras, deve ir ao encontro do mundo subjetivo do paciente. Sendo assim, nas enfermarias de hospital geral, não há um setting definido, como visto anteriormente na atuação clínica, no hospital o psicólogo vivencia inúmeros desafios, cabendo a este profissional, a flexibilidade necessária, para criar e manejar estratégias que nos auxilie a cumprir com o nosso objetivo de escutar a subjetividade do paciente e ajudá-lo a colocar em palavras a difícil e dolorosa experiência de adoecer.

Palavras-chaves: setting terapêutico; hospital geral; escuta; psicologia hospitalar.

Referências

- ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da Psicologia da Saúde. Rev. SBPH vol.14 n.2, Rio de Janeiro: 2011
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática. São Paulo: Pioneira, 2003.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- SIMONETTI, Alfredo. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. 8 ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2018.

A EMPATIA EM CARL ROGERS E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS LÍQUIDAS EM ZIGMUND BAUMAN

FORTES, Maria
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
socorromaues64@gmail.com
MONTEIRO, Joane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
RIBEIRO, Elizabete
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Na proposta relacional rogeriana a empatia assume um dos pontos fulcrais. Para Rogers (1977) essa importância é destacada tanto para a compreensão da dinâmica da personalidade quanto para uma contribuição relevante para a mudança da personalidade e do comportamento. Refere-se a uma das maneiras mais sutil e poderosa no funcionamento pessoal e integral numa relação. Este conceito considerando a evolução do pensamento rogeriano segundo Fontgalland e Moreira (2012) aparece embrionariamente na fase não-diretiva, onde Rogers propõe um modelo diferenciado de psicoterapia, não para resolver o problema da pessoa, mas de apoiar o indivíduo para que ele possa se desenvolver e resolver seus problemas integralmente, e é revelado conceitualmente na fase reflexiva, na qual sustenta a atuação do terapeuta na busca do quadro de referência do cliente. Passa a receber a denominação de compreensão empática e deixa de ser considerada um estado para ser considerada um processo na fase experiencial, cuja a ênfase era na relação intersubjetiva e posteriormente assume não menos na fase coletiva ou Inter-humana. Nesta linha de raciocínio, a empatia se torna necessária, pois vem resgatar a nossa condição de humanos, onde o ser se constitui por meio da relação com o outro e, assim, possa ser pessoa, pois do momento que se deixa de viver essa possibilidade se questiona a respeito da vivência dessa capacidade. Em contrapartida, o olhar provocativo característico do pensamento baumaniano, a partir do conceito de modernidade líquida (1999), que se caracteriza pela era da liquidez, de volatilidade e incertezas, do acesso a muitas informações em celeridade de tempo. Bauman (2004) instaura a diferença presente na linguagem do relacionar-se no mundo físico e do conectar-se em redes, o primeiro exige um engajamento mútuo, o segundo se caracteriza pela facilidade de desengajamento e rompimento; a tecla deletar está sempre ao alcance. **Objetivo:** Considerando a relevância da empatia para o desenvolvimento humano, construir um eixo reflexivo a partir da leitura selecionada de Rogers e de Bauman, bem como as de autores relacionados, é a proposta deste estudo. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos e livros, que contenham informações sobre o conceito de empatia em Carl Rogers e as relações interpessoais líquidas em Zygmunt Bauman. A partir de leituras minuciosas, retirou-se os pontos fundantes para o eixo das reflexões onde se apresentarão as contribuições do estudo realizado. Para isso utilizamos como critério de seleção artigos indexados na

base de dados como Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Scientific Electronic Library Online (SciELO) nos idiomas português e livros na Biblioteca Virtual de Psicologia (BVS-Psi) e na biblioteca da Universidade da Amazônia. Resultado e Discussão: Sendo a empatia tão necessária para o desenvolvimento humano, um dos aspectos mais relevante do eixo reflexivo aponta para a ausência da mesma e uma estreita correlação com fragilidade dos laços afetivos e sofrimento psíquico. **Conclusão:** É necessário considerar a relevância sobre empatia do pensamento rogeriano, bem como do contexto humanista contestador das relações rígidas e autoritárias, e o posicionamento crítico de Bauman que denuncia a fragilidade das relações fluidas, que na tentativa de romper com parâmetros sólidos se perdem na incerteza e volatilidade. Torna-se necessário buscar estratégias, prover estudos que visem o desafio da promoção da empatia nas relações contemporâneas mediadas pela velocidade e liquidez.

Palavras-chave: Empatia; Relações interpessoais; Modernidade líquida.

Referências:

BAUMAN, Z. Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BAUMAN, Zygmunt – *Modernidade Líquida* – Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed 2001.

FONTGALLAND, R, e MOREIRA, V. (2012). Da empatia a compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum*, 23, 32-56.

ROGERS, Carl R. (Carl Ransom), 1902 – 1987. R724a Abordagem centrada na pessoa / Carl Ransom Rogers, John Keith Wood: organizadores, Jaime Roy Doxsey... [et al.]. – 4. ed. – Vitória: RDUFES, 2008.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO GRUPAL COM RENAIS CRÔNICOS

BOTELHO, Jair
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
jairbotelhoalves@gmail.com
LOBATO, Samantha Moraes Cabral,
Preceptora de campo
samlobato@hotmail.com

Introdução: O trabalho multidisciplinar nos ambientes de saúde tem demonstrado cada vez mais sua necessidade interativa entre paciente, família e profissionais, com intuito de traçar conjuntamente intervenções mais eficazes, dessa forma gerando maior aderência ao tratamento, bem-estar na medida do possível ao paciente e favorecer um ambiente acolhedor. De acordo com a ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE - OPAS e a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, a Doença renal crônica - DRC afeta vários aspectos da saúde das pessoas, são eles: físico (aumento da carga de doença cardiovascular, mobilidade e mortalidade) social (baixa qualidade de vida) e psicológico (pressões familiares e transtornos mentais). Segundo Amaral Ferreira (2015) relatos dos profissionais mais recorrentes sobre os pacientes em hemodiálise são: faltam à sessão de diálise, transgressão da dieta, não seguimento da medicação recomendada, reclamações freqüentes e projeções (o problema está fora do sujeito, segundo esse o problema está na equipe ou máquina de hemodiálise). O atendimento grupal nesse contexto de queixas tanto da equipe multidisciplinar quanto dos pacientes surge como uma possibilidade de intervenção psicológica para atender efetivamente ambas as demandas, favorecendo a troca afetiva e emocional entre o tripé paciente, família e profissionais da saúde. **Objetivo:** Fazer uma revisão da literatura sobre uma das modalidades de atendimento psicológico, o atendimento grupal com enfoque a pacientes renais crônicos. **Metodologia:** Consistiu em uma revisão da literatura, isso significa que inicialmente foi realizado o levantamento literário e de referencial teórico acerca do tema e outrora discussão dos dados obtidos. Para coleta de dados foi utilizado o descritor “atendimento grupal com renais crônicos”, tendo como plataforma de pesquisa a SCIELO, LILACS e GOOGLE ACADÊMICO no idioma português, foram encontrados aproximadamente três artigos, demonstrando a necessidade de maiores pesquisas sobre o tema. Resultados e discussão A revisão na literatura permitiu entender a necessidade de maior uso de intervenções psicológicas grupais, sendo uma modalidade de atendimento psicológico possível com renais crônicos, bem como maiores pesquisas relacionadas ao tema. Como assinala Carl Rogers é possível observar aspectos fascinantes de qualquer experiência intensiva de grupo referente a pessoas que demonstram a capacidade natural e espontânea para tratar de modo útil, simples e terapêutico a dor e o sofrimento dos outros (ROGERS, 2002, pg.25, 26). As rodas de conversas são um excelente instrumento de socialização como aponta Amaral e Ferreira (2015) em seu trabalho em grupo roda de conversa que intervém de modo a fornecer subsídios de conscientização dos

próprios sentimentos, pensamentos e ações individuais como do grupo/ dos outros envolvidos, de forma a ampliar a consciência e clareando possibilidades de vida e realização tanto pessoais como dos outros, fortalecendo os laços afetivos entre o grupo e conseqüentemente suporte social. A autora Vidal (2018) nos apresenta a possibilidade de um projeto acolhimento, que consiste basicamente na troca entre paciente, familiares e equipe de saúde, tirando dúvidas, desconstruindo fantasias sobre o tratamento, contribuindo para um ambiente facilitador para trocas significativas, saindo de uma visão do atendimento psicológico individual focado na hemodiálise para uma visão conjunta de vivências entre paciente, família e equipe multidisciplinar. **Conclusão:** Compreendendo que a DRC afeta vários aspectos da vida do paciente acometido por ela, torna-se pertinente uma visão holística do adoecimento, integrando os saberes multidisciplinares da saúde junto ao paciente e a família. A integralidade do tratamento nos desperta para uma modalidade de atendimento grupal, que tenha como base a socialização, integralidade e conseqüente bem-estar dos envolvidos. Dessa forma investir em pesquisas e práticas que sejam pautadas no atendimento grupal com enfoque a pessoas com DRC é de grande relevância para o aprimoramento e amadurecimento dessa prática que pode ser mais explorada pelos psicólogos da saúde.

Palavras chaves: atendimento grupal, psicológico, renal crônico.

Referências:

- ROGERS, Carl. Grupos de Encontros. 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- Dia Mundial do Rim. OPAS/OMS Brasil. 2015. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4787:dia-mundial-do-rim-12-de-marco&Itemid=83. Acesso em: 20 de março de 2019.
- AMARAL, J. D. H. F. FERREIRA, P. K. R. K. Roda de conversa: Dialogando e compartilhando com pacientes em hemodiálise HC-UFU. IV CONGRESSO DE PSICOPEDAGOGIA ESCOLAR- UFU ISSN: 2179-7978
- Vidal, J. Projeto acolhimento: uma experiência inovadora Entre a psicologia e pacientes renais crônicos n Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.). (2018). 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas . Lisboa: ISPA – Instituto Universitário. (pp. 419-427).

UM ENFOQUE NA SOLIDÃO DA MULHER NEGRA E SUAS CONSEQUÊNCIAS COMO PROCESSO ESTRUTURAL E DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO CURTA-METRAGEM “O DIA DE JERUSA”.

QUEIROZ, Aline

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

alinestefany.1515@gmail.com

SORDI, Barbara

Universidade da Amazônia (UNAMA), orientadora

barbarasordi@hotmail.com

Introdução: O legado escravista trouxe consequências significativas a população negra, em vista disso, a história do povo negro não começa com a escravidão, mas, é interrompida por ela, sendo marcada por um processo de violência e exploração – base para desigualdades existentes na sociedade. Dessa maneira, mulheres negras são atravessadas por questões racistas, machistas e sexistas, logo, é notório como o recorte de cor necessita consideravelmente de atenção, pois, nega direitos e fomenta opressões nos diversos âmbitos sociais. Os marcadores sociohistóricos em torno das representações sociais em relação a imagem da mulher negra, nesta sociedade, traz efeitos significativos na construção de suas subjetividades e de marcadores sociais, permeados por opressões, dentre elas, a solidão da mulher negra. Outro fator pertinente é o legado da miscigenação que camufla o sistema racial, patriarcal, assim, dentro da lógica do sistema patriarcal-escravista a mulher negra ganhou uma imagem estereotipada de sua sexualidade e afetividade, os donos de escravos se apropriaram não só do trabalho da escrava como ama-de-leite, cozinheira, arrumadeira, mucama dos filhos da família branca, mas se apropriou também de seu corpo como mercadoria/objeto das “investidas sexuais dos senhores”, o que as transformaria em “pau para toda obra”, objeto de venda e compra, que contribuíram para a objetificação e hipersexualização da mulher negra. Os dados do Censo Demográfico 2010 do IBGE mostraram que os homens tenderam a escolher mulheres pretas em menor percentual (39,9%) do que as mulheres pretas em relação a homens do mesmo grupo (50,3%), além disso, o IBGE pontua que o recorte por cor ou raça indica que as mulheres pretas ou pardas são as que mais se dedicam aos cuidados de pessoas e/ou aos afazeres domésticos, com o registro de 18,6 horas semanais em 2016. Ressalta-se que é importante possibilitar a compreensão do processo de ressignificação que muitas mulheres negras constroem a partir do momento que dão um novo sentido para as suas experiências, tornando-se uma forma de resistência perante as desigualdades existentes. **Objetivo:** Analisar, a partir do curta-metragem “O dia de Jerusa”, o processo histórico da solidão da mulher negra e seus efeitos psicológicos, geradores de sofrimento psíquico. **Metodologia:** A construção cinematográfica expõe de forma expressiva situações do cotidiano, elencando fatos e violências experienciadas, percebemos então, os espaços que muitas pessoas negras ocupam e a possibilidade de acesso que elas têm. Para

tal, elegeu-se o curta-metragem “O Dia de Jerusa”, da cineasta baiana Viviane Ferreira, realizado em 2013, que aborda a vida de uma mulher negra marcada pela solidão. Utilizou-se como fundamentação teórica autoras e autores do Feminismo Negro, que abordam sobre este tema, como, Djamila Ribeiro, Angela Davis, Ana Cláudia Lemos Pacheco, Claudete Alves Da Silva Souza, Lélia Gonzalez, Bell Hooks. **Resultados e discussões:** A construção do curta é rica de simbolismos e significados que marcam o povo negro, Jerusa à protagonista é viúva e mora sozinha, ela está nos preparativos para o seu aniversário, aguarda seus filhos e netos, para a comemoração dos seus 77 anos. Esse curta retrata de forma significativa o encontro de Jerusa (Léa Garcia), uma dona de casa solitária, com Sílvia (Débora Marçal), pesquisadora de opinião. Durante a entrevista, sobre uma nova marca de sabão em pó, as memórias da senhora ressurgem e ela faz uma viagem em seu passado marcado por vários momentos de solidão. A cada história contada por Jerusa somos colocados em momentos de resistência enfrentado na vida como mulher negra, o encontro de duas mulheres pretas ganha profundidade, pois, compreendem e identificam-se nas suas vivências. Nesse interim, percebe-se que há uma série de fatores que contribuem para a solidão desta mulher, como o preterimento afetivo, o abandono pelos familiares, violência física e psicológica, exclusão nos diversos âmbitos sociais e a hipersexualização da mulher negra no cenário social brasileiro. **Conclusão:** Compreender o processo de adoecimento e ressignificação da história das mulheres negras possibilita pensar nas construções históricas e nos efeitos psicológicos que marcam os espaços destas mulheres, muitas vezes, ignorado pela Psicologia Tradicional que se recusa a análise da interseccionalidade de raça, nacionalidade, classe e gênero. O curta apresentado possibilita a análise de marcadores sociais que merecem destaque e análise para pensarmos práticas de fortalecimento destas mulheres. Os estudos feministas e os estudos de gênero fazem-se cada mais urgentes na interlocução da psicologia, uma vez que o empoderamento é uma ferramenta de grande importância para ascensão de muitas mulheres negras que se encontram imersas em sua solidão, que é estrutural. A representatividade nos estudos de psicologia e a necessidade de espaços terapêuticos coletivos são meios que fortalecem e motivam tais mulheres, para reconhecerem seu sofrimento, identificarem-se umas com as outras, e criarem mecanismos de enfrentamentos, políticos, mas também subjetivos, para um sistema segregador e opressor.

Palavras-chave: Solidão; Mulheres Negras, O dia de Jerusa.

Referências:

- DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Trad. de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.
- GONZALES, Lélia. O Papel da Mulher Negra na Sociedade Brasileira: uma abordagem político-econômica: Los Angeles: mimeografado, 1979.
- PACHECO, Ana Cláudia Lemos. Mulher negra: afetividade e solidão. Salvador: EDUFBA, 2013.

IV CONGRESSO DE PSICOLOGIA: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia:
consolidando o cuidado interdisciplinar
De 4 a 6 de abril de 2019. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 04 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE RESUMOS EXPANDIDO
<http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index>



RIBEIRO, Djamila. Quem tem medo do Feminismo Negro?. São Paulo:
Companhia das Letras, 2017.

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS DIANTE DO ÓBITO DA CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR

BRITTO, Auziane P.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
auziane_britto@hotmail.com

LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Falar sobre a morte ainda nos dias atuais causa comoção e é possível verificar isto em diferentes contextos como: família, sociedade e ambientes de trabalho. No hospital, mesmo sendo este o lugar em que se busca a restauração da saúde é também um local em que a vida pode chegar ao seu fim. Diante de um diagnóstico de doença grave na vida de uma criança, familiares e pacientes enfrentam sofrimento acentuado, uma vez que encarar todo o processo de hospitalização e tratamento da patologia tornam-se um grande desafio; são tarefas que exigem suporte psicológico, sobretudo quando ocorre o óbito. Perder uma criança no presente século é diferente de tempos remotos em que por muito tempo, as crianças em diversas culturas ocuparam lugares distintos, inclusive o de sem importância, não eram valorizadas, todavia, esse contexto se modifica a partir do século XIV, quando esta passa a ser percebida agora de um lugar de falta e consideração e perder uma criança, tornou-se um evento de comoção e tristeza (Chiattonne, 1998). A morte na infância rompe com a ordem natural da vida, interrompe sonhos, esperança e mesmo diante do luto considerado normal, produz impacto no sistema familiar, no seu funcionamento e identidade. Isso nos faz compreender que essa realidade, conclama apoio para superação da dor, uma vez que a morte traz consigo a perda de vínculos. Para Basso e Wainer (2011) a experiência da perda de alguém próximo ativa as crenças que o indivíduo possui sobre a compreensão a respeito da morte, ou seja, a reação do sujeito diante do óbito dependerá, dentre outras coisas, do repertório de vida, o que irá interferir e refletir, nas emoções e no comportamento. No ambiente hospitalar, o papel do Psicólogo torna-se imprescindível, pois a atuação desse profissional tem como funções disponibilizar apoio, esclarecimentos e informações a pessoa enferma sobre sua doença, prognóstico e também facilitar ou viabilizar o relacionamento desta com a equipe em todos os âmbitos de suas demandas na instituição hospitalar, além disso, o Psicólogo deve ser um canal para a fluidez da expressão dos sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação.

Objetivo: Refletir a respeito do óbito infantil e a importância do fazer do Psicólogo diante dessa demanda no contexto hospitalar. **Metodologia:** Esse estudo utilizou uma revisão bibliográfica narrativa, foram selecionados artigos científicos no idioma português, indexados nas bases de dados: SciELO, e biblioteca virtual de saúde BVS, bem como sites de referência de saúde. As revisões narrativas constituem basicamente, análise de literaturas publicadas e análise crítica pessoal do autor. **Resultados e discussões:** A perda de um ente querido normalmente é uma experiência devastadora, pois mesmo sendo essa

a única certeza que se tem na vida, a de que todos nós em algum momento morreremos, quando essa experiência da partida se torna real, é fator de intenso sofrimento, tanto para familiares, como também para equipe diretamente ligada ao cuidado do paciente. Nesse sentido, o psicólogo pode estender a sua atenção não apenas para os familiares enlutados, mas também para a equipe, a qual muitas vezes significa essa experiência a partir do sentimento de impotência, uma vez que o ser humano é o único que tem consciência sobre sua finitude. Vale a pena ressaltar que em cada fase do desenvolvimento esta percepção vai se revelar de uma maneira diferente, exigindo assim intervenções psicológicas únicas e circunstanciais. Simonetti (2013) declara que não existem fórmulas mágicas ou receitas prontas, a experiência do psicólogo em atendimento hospitalar deve ser no sentido de ajudar no suprimento das demandas mais básicas, como conforto e apoio. Para a Psicologia é possível dissipar a dor psíquica de uma perda, através da fala, do contato com a realidade, da reflexão e da elaboração, mas nunca por meio da negação. Nesse sentido está o fazer do Psicólogo, em acompanhar os familiares enlutados a partir da prontidão psicológica dos mesmos e uma das formas de intervenção se dá mediante o acompanhamento deste profissional junto aos familiares ao ritual de despedida, uma vez que essa experiência contribui tanto para a prevenção do surgimento de sintomas psicológicos quanto para a reaproximação da família e para a definição de questões do relacionamento familiar que estejam pendentes. Contudo, o respeito à dor, a alteridade e a empatia são elementos essenciais na conduta do profissional de psicologia no ambiente hospitalar, bem como o cuidado de si mesmo. **Conclusão:** Esse trabalho nos possibilitou compreender que a morte embora faça parte da vida, é muitas vezes geradora de grande sofrimento psíquico. Entretanto, existe a possibilidade de se atenuar os primeiros momentos da dor, quando se obtém a notícia, a partir do amparo psicológico. Sobretudo entende-se que a subjetividade, a cultura e história de vida de cada sujeito contribui significativamente para a forma como cada pessoa irá passar por essa etapa da vida. Cabe ao profissional da Psicologia ajudar com que os pais e familiares entrem em contato com a experiência da perda, para posteriormente conseguirem falar, assimilar e posteriormente aceitar, logo o trabalho do psicólogo hospitalar consiste no atendimento aos usuários e a seus familiares, principalmente em casos de cuidados paliativos e morte. Este é um trabalho que exige congruência, empatia e manejo, todavia, Junqueira e Kovacs (2008), nos apontam para uma lastimável realidade, embora o psicólogo, como um profissional de saúde, frequentemente esteja em contato com questões relacionadas à morte, a temática da finitude ainda é tratada de maneira superficial nos cursos preparatórios deste profissional. Romper paradigmas e trabalhar a temática a respeito da morte como ciclo vital, formas de enfrentamento e manejo terapêutico, desde a formação é uma necessidade emergente.

Palavras-chaves: Psicologia; Hospital; Criança;

Referências:

CHIATTONE, H. B. C. A criança doente e a morte. In Angerami-Camon, V. A. (Org.). E a Psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 1998.

BASSO, L. A. & WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo – Comportamental. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas Rio de Janeiro, vol. 7. nº 1, 2011.

SIMONETTI, A. MANUAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR: O MAPA DA DOENÇA. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO. 2013.

JUNQUEIRA, M. H. R., E KOVÁCS, M. J. Alunos de psicologia e a educação para a morte. Psicologia: Ciência e Profissão, 28(3), 506-519. 2008.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FREITAS, Anna Flávia de
Universidade da Amazônia (UNAMA). Discente.
annaflavia2904@gmail.com
SILVA, Crislane Layse C. da
Universidade da Amazônia (UNAMA). Discente.
ALMEIDA, Gidalte Alves de Neto
Universidade da Amazônia (UNAMA). Discente.
OLIVEIRA, Harrison Miranda de
Universidade da Amazônia (UNAMA). Discente.
BEZERRA, Malena Catarine Reis
Universidade da Amazônia (UNAMA). Discente.
LOBATO, Samantha Moraes Cabral
Psicóloga preceptora de campo.

Introdução: A doença crônica é uma enfermidade que remete uma alteração na vida do paciente, quanto de sua família, como mudanças de rotinas, costumes, e alterações físicas e psicológicas. (CALLEGARI; SCHIAVON; MATURANA. p.2, 2014). Podendo apresentar em decorrência da enfermidade, uma ou mais características seguintes, tais como incapacidade residual, alterações patológicas irreversíveis, reabilitação ou longos períodos de observação e cuidados no decorrer da vida. A doença renal crônica afeta indivíduos de diversas idades e são diversas as causas da perda da função renal: doenças sistêmicas que afetam diretamente os rins como diabetes e hipertensão, doenças congênitas, ou ainda as doenças hereditárias. (BARROS, 2004) O tratamento de hemodiálise consiste em técnicas onde o sangue retirado de uma artéria é continuamente circulado através de um dialisador e purificado, retornando a uma veia. O acesso ao sistema vascular se dá através de uma derivação ou de uma fístula obtidas através de técnicas operatórias. É necessária uma boa técnica operatória para uma sobrevivência da derivação a longo prazo. (MELETI, 2003, p.116). Com base nesses pressupostos, a psicologia visa compreender as delimitações do tratamento e o olhar para o paciente dentro de uma perspectiva que interage as esferas biológicas, psicológicas e sociais. Sendo uma forma de reduzir o sofrimento nesse processo de adoecimento. (CALLEGARI; SCHIAVON; MATURANA. p.3, 2014). Dessa forma a atuação do psicólogo hospitalar com pacientes em hemodiálise, deve-se procurar propiciar um ambiente acolhedor, para que possam dar voz as suas angústias, podendo se sentir livres, expressar seus sentimentos de ansiedade, dor, desconfortos e frustrações relacionadas com a diálise. (MELETI. 2003, p.124) **Objetivo:** Apresentar a relevância da adaptação ao processo de hemodiálise, assim como o papel do psicólogo no início do tratamento do paciente renal crônico. **Metodologia:** Trata-se uma revisão da literatura inspirada na experiência dos autores em campo, na clínica de hemodiálise, utilizando livros e artigos científicos como ferramenta de pesquisa, possibilitando

uma aproximação entre os conhecimentos teóricos e práticos. **Resultados e discussões:** De acordo com Meleti (2003, p.119) o paciente em renal crônico em sistema de hemodiálise perpassa por diversas questões características do processo hemodialítico. Partindo dessa realidade, um dos processos iniciais que são relacionados ao início do tratamento é descrito por Simonetti (2011, p.37), onde pontua sobre a descoberta do diagnóstico na vida do paciente, assim como os respectivos efeitos causados a partir deste. A vida do sujeito entra em um contraste significativo, do que antecede o adoecimento, e da adaptação de se viver em prol de um tratamento. Assim como por Reichsman e Levy (1977 Apud MELETI, 2003, p.121) explana sobre 3 estágios pelos quais os pacientes passam para a manutenção da hemodiálise, são eles o período de lua-de-mel, desencanto e desencorajamento e adaptação. Frente a esses sentimentos, o período de lua-de-mel é caracterizado quando o paciente apresenta uma melhora física e emocional que vem ligados a sentimentos de esperança e confiança. Seguido dessas emoções, o sujeito em tratamento de hemodiálise apresenta uma significativa mudança em seu estado afetivo, onde os sentimentos de contentamento e esperança dão lugar a sensação de desamparo e passam a se sentir abatidos, podendo apresentar outros efeitos como tristeza e abandono, irritação e angústia. Já o estágio seguinte, chamado de adaptação, surge de forma gradual diante o paciente, em que transpassa suas limitações, conflitos e angústias referentes ao processo que também ocorre de maneira crescente. Apresenta nesse estágio, geralmente momentos de contentamento, alternados com depressão que ocorrem geralmente em decorrência de perdas reais, esperadas ou fantasiadas além das dificuldades relacionadas a se manter no emprego em razão ao tratamento. (MELETI, 2003. p.120-121). Com isso a atuação do psicólogo se voltará a conhecer a história do paciente, como suas ocupações, família e se ater para caso o paciente esteja vivendo expectativas irreais com relação ao seu modo de vida. Cabe ao psicólogo estar atento aos processos subjetivos existentes no entorno da doença, servindo de suporte a esta angústia, além de oferecer escuta para o sujeito falar sobre seu adoecimento, da vida, da morte, do que pensa, do que sente, do que tiver a necessidade de falar. Auxiliando de maneira ativa nos processos do tratamento, tais como manejo e troca de acessos, rotina de hemodiálise, mal-estar, alimentação, entre outros que possam estar relacionados aos aspectos subjetivos (SIMONETTI, 2011). **Conclusão:** A baixa produção de materiais científicos relacionado aos processos subjetivos da hemodiálise, contribuíram para nosso incentivo na pesquisa da temática, além disso constatamos durante a prática que a atuação do psicólogo contribui de forma significativa no tratamento do paciente renal crônico, e no seu relacionamento com o paralelo de saúde e doença. Portanto, a psicologia hospitalar possibilita uma visão do sujeito na sua totalidade biopsicossocial, considerando as particularidades do indivíduo como ponto fundamental no tratamento hemodialítico.

Palavras-chaves: Hemodiálise; Adaptação; Atuação do Psicólogo.

Referências:

BARROS, T.M. Doença renal crônica: do doente e da dimensão familiar. In: J.Mello Filho & M. Burd (Org.). Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

CALLEGARI, Bianca; SCHIAVON, Vanessa; MATURANA, Ana Paula. Insuficiência renal crônica: Um olhar da psicologia hospitalar. Recifija – revista científica das faculdades integradas de Jaú. Jaú, v.11, n.1, p.1-18, 2014.

MELETI, MARLI. (org) O paciente em hemodiálise. In: ANGERAMI-CAMON, AUGUSTO. (Org.) A psicologia no hospital. 2.ed. São Paulo: Thomson, 2003. p.115-125.

SIMONETTI, ALFREDO. Manual de psicologia hospitalar – O mapa da doença. 6.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

O IMPACTO DA MONITORIA VIGENTE NA FORMAÇÃO ACADEMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PINTO, Israele Bozetti Biancardi
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
israelebbgmail.com
FRADE, Ana Tereza Araújo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
anatfa@terra.com.br

Introdução: O referente trabalho aborda a maneira que monitoria é vista como uma porta experiencial, através do contato com participação ativa no processo construtivista, onde o monitor acompanha as aulas práticas e teóricas, auxiliando o(a) professor(a) orientador(a), seguindo com plano de ensino de acordo com o calendário do semestre, oferecendo oportunidade para o aluno se aprofundar no conteúdo de interesse e afinidade e realizações de projetos. A lei 9.394/1996 regulamentada, permite aos discentes exercerem funções de monitoria através de ensino e pesquisa, sem desconsiderar seu rendimento de estudos. “O ponto central da aprendizagem partilhada reside no fato de o sujeito saber que está em permanente busca de seu aperfeiçoamento, que só pode ser sujeito e nunca objeto da aprendizagem, que aprende através de um processo de troca e de interações constantes. O trabalho de monitoria realizado entre pares pode ser definido quando os alunos trabalham com um **Objetivo:** comum, sobre os temas que estão em foco, por meio de uma ação partilhada” (DURAN E VIDAL, 2007). **Objetivo::** O relato de experiência na monitoria objetiva apresentar como essa função vem despertar o interesse por parte do discente para a docência, proporcionando uma troca de conhecimento no ensino-aprendizagem, aprofundados em conhecimentos específicos, oferecendo um reforço escolar, afim de reduzir índices de repetências e desmotivação por parte do aluno, visando melhorias do ensino, uma vez que essa relação beneficia ambos, onde se pode ensinar e aprender, fortalecendo assim, não apenas o relacionamento interpessoal do monitor com alunos, como também com o corpo de funcionários e docentes, apontando ainda para o enriquecimento curricular através da monitoria. **Metodologia:** O presente estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por discente do sexto semestre do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), na disciplina Fundamentos da Fenomenologia e Existencialismo. A monitoria ocorreu com uma turma do quarto semestre do mesmo curso, no período de setembro de 2018 a dezembro de 2018, no turno da manhã, tendo carga horária de 20 horas semanais, totalizando 320hs de atividades. A monitoria envolvia atividades com o docente durante as aulas ou fora delas com discentes, por exemplo, com revisão de conteúdos ministrados. Havia também uma carga horária de atividades administrativas, tais como auxiliar a coordenação do curso de Psicologia em ações de divulgação deste, participar de palestras, simpósios ou outros eventos enquanto organização. Acerca dos conteúdos trabalhados na disciplina, foram os seguintes: Fundamentos filosóficos da psicologia humanista e seu surgimento;

o existencialismo; psicoterapias fenomenológicas existenciais e perspectivas filosóficas para obtenção de notas da 1ª avaliação, e, abordagem centrada na pessoa (ACP); Gestalt-terapia; a fenomenologia; fenomenologia em Husserl e Heidegger; revisão para prova colegiada; oficina Gestáltico, posteriormente prova de 2ª chamada e prova final para fechamento do semestre. No que se refere à sistematização desse processo foi produzido um levantamento bibliográfico em bases de dados científicos. **Resultados e discussões:** A princípio, estranheza e insegurança eram sentimentos que prevaleciam diante de um grupo de pessoas, a expectativa de um novo círculo de amizades, trocas e experiências que estavam por vir, receios de não conseguir atender as demandas solicitadas de uma sala relativamente grande, com aproximadamente 57 alunos, tendo a sensação de ter muito mais a aprender do que a ensinar, entretanto, a cada semana, foi sendo estabelecido um vínculo com um novo alguém, por um bom dia, por meio de um sorriso, através das participações e discussões em classe, na convivência propriamente dita, ao explorar um pouquinho mais de cada um na sua subjetividade, podendo chamar muitos por seu próprio nome, como forma de maior identificação, posto em vigor um reconhecimento de igual para igual, onde tal proximidade às mais variadas formas de pensar e agir somaram na construção não apenas do saber, mas como do ser, e como estar em sala de aula é uma vivência terapêutica, gratificante e enriquecedora, no estar com eles, e para com eles, todavia que, apesar de já ter cursado tal disciplina, tudo se fez novo e familiarizado, com mais apreço e clareza sobre a matéria de mais afinidade, ampliado em treinamentos práticos e teóricos, até mesmo numa perspectiva de visão de mundo, no que diz respeito a atualização e aperfeiçoamento dos estudos, foi então que surgiu sensação de pertencimento ao meio do qual estava fazendo parte, de utilidade naquele contexto, esse vínculo foi fortalecido na disponibilidade dessa relação mais direta com a turma, de modo a contribuir, por telefone, e-mail, em revisões também extra classe, onde foi realizado correções e discussões de exercícios, agendados em dias e horários compatível de acordo com a viabilidade para a maioria do grupo. Essa troca de conhecimentos pode transformar o constante saber. "Nós não existe, mas é composto de Eu e Tu; é uma fronteira sempre móvel onde duas pessoas se encontram. E quando há encontro, então eu me transformo e você também se transforma" (BUBER, 1979, p. 9). **Conclusão:** Concluimos o mesmo apontando a importância juntamente com o impacto que a monitoria acarreta na formação acadêmica, permitindo acesso a aspectos multifatoriais, sem desconsiderar padrões culturais e sociais, dentre todos os outros. Enquanto discente do curso de psicologia, me senti oportunizada pela completude e ampliação nos conhecimentos práticos e teóricos adquiridos, assim como o comprometimento que aumentaram a responsabilidade pelos cumprimentos de datas e horários estabelecidos, a partir da experiência vivenciada enquanto monitora da disciplina Fundamentos da Fenomenologia e Existencialismo apresentada ao 4º semestre do curso de psicologia da UNAMA, estendendo-se desde conceitos teóricos, rodas de conversas, palestras, características, aos mais variados relatos de experiências que veio a somar nessa rica relação. Em face de tal relato fica em evidência a grande contribuição

para o crescimento quanto a conhecimentos em minha vida acadêmica e curricular.

Palavras-Chaves: Ensino; Aprendizagem; Formação Superior; Fenomenologia.

Referencias:

- BUBER, M. Eu e tu. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
DURAN, D.; VIDAL, V. Tutoria: aprendizagem entre iguais. Porto Alegre: Artmed, 2007.
PERLS, F. YO, HAMBRE Y AGRESION. Cidade do México: Fundo de Cultura Econômica, 1975.

PSICOSE, NEUROSE E DEFESAS NA PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA

PEREIRA, Quézia Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
queziapereira18@gmail.com
LIMA, Fátima Beatriz.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
FERREIRA, Lucas de Almeida.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
FRADE, Ana Tereza.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O presente trabalho procura refletir de maneira introdutória acerca das estruturas psíquicas, para que assim se possa diferencia-las dentro da perspectiva da Gestalt-Terapia. Neste âmbito, destacou-se a importância de uma revisão bibliográfica para tratar de assuntos pertinentes como a psicose, neurose e defesas. À vista disso, a psicose é caracterizada por distorcer a percepção real da vida do indivíduo. Tal condição seria um estado patológico que se caracteriza por descontrole, agitação e estados de agressividade, tendo como consequência uma enorme dificuldade do indivíduo de se relacionar, assim, fantasiando quando entra em contato com a sociedade. Por outro lado, a neurose é definida por dificuldades na adaptação por parte do indivíduo, no entanto a pessoa é capaz de executar suas atividades laborais, estudar e se relacionar, participando de maneira ativa na sociedade. Porém, o neurótico vive em conflitos psíquicos que os acompanha por toda sua vida. Seguindo essa linha de pensamento o ajustamento criativo seria o organismo se comportando para adaptar-se ao novo ambiente. Dessa forma as estruturas psíquicas seriam maneiras encontradas pelo sujeito para sua autorregulação. Todavia, ao estabelecer contato o sujeito se comporta de diversas maneiras, podendo ter defesas operando nessa relação. É importante destacar que não existem defesas ruins ou boas, suas consequências dependerão de qual forma o ajustamento criativo será estabelecido. **Objetivo:** Descrever psicose e neurose partindo da linha de pensamento da Gestalt-terapia, identificando as defesas na perspectiva da abordagem. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico para essa pesquisa, uma vez que buscou reunir conteúdos presentes em artigos e livros que possuem essa temática. Os materiais utilizados para o desenvolvimento dessa pesquisa foram retirados das bases de dados da Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, UniCEUB Centro Universitário de Brasília e dos livros Gestalt- Uma Terapia do Contato 4º edição e Gestalt- Terapia 2º edição. Para usufrirmos dos artigos, utilizamos o Google Acadêmico, sendo utilizados os seguintes termos para pesquisa: psicose, neurose e contato em Gestalt- terapia. **Resultados e discussões:** Neste estudo, a psicose é, segundo Perls, uma disfunção na estrutura id, portanto o indivíduo tem um excesso de agitação interna e externa que ficam disfuncionais. Por causa desse fenômeno não consegue ter uma resposta clara de suas necessidades e

nem do mundo exterior. Sendo que o self é dividido em três estruturas: id, ego e personalidade. O id está ligado à nossa percepção sobre o mundo externo e nossas pulsões internas das reações automáticas do nosso organismo como sede, fome ou pensarmos em algo enquanto estamos fazendo outra coisa. Porém, o ego é quem executa a ação, pois ele pensa sobre o que o organismo irá ou não agir sobre o meio e cabe a ele pensar no que é bom ou não para o organismo. Já a estrutura da personalidade é interpessoal, visto que ela organiza nossas ações no meio e, além do mais, a personalidade é a integração de tudo o que o indivíduo viveu em sua vida, gerando um senso de autoimagem, identidade e autoconceito. Ademais, o psicótico possui uma zona de morte muito grande e ela não consegue ser alimentada pela zona biológica, assim ele não sabe lidar com a frustração e se comporta como se ela não existisse. Para que haja um ajustamento psicótico, se faz necessário um ajustamento criativo, pois o self tem uma responsabilidade de criação partindo do que lhe é posto na fronteira de contato. Assim, o terapeuta tem que garantir uma possibilidade de conteúdos, segundo a demanda de cada cliente, nessa fronteira para que o indivíduo seja criativo conforme a sua singularidade e que consiga reajustar suas necessidades e respostas automáticas do organismo novamente. Todavia, a neurose é uma disfunção na estrutura do ego, tendo como a intenção de compreender como o ser humano interrompe o contato não permitindo o desabrochar do self. Está vinculada ao acúmulo de “gestalts inacabadas”, ou seja, situações que o sujeito na maioria das vezes não se dá conta e não consegue assimilar, dificultando a recuperação do equilíbrio no campo organismo/meio. Segundo Perls (1981), a neurose é comparada como se fosse uma doença que ocorre quando o ser humano não consegue completar seus processos da vida e isso gera nele uma sobrecarga. O neurótico possui uma autorregulação não saudável, onde não consegue utilizar seu potencial, se sente incapaz, acredita que não se tem auto suporte, tendo um grande obstáculo de lidar com frustrações, dificuldade de identificar suas necessidades/ prioridades de contato, a noção de figura e fundo é muito complexa, entre outros sintomas. Em função disso, provoca uma estagnação de crescimento e para que haja esse crescimento é preciso passar pelo processo de frustração para que depois o indivíduo possa ressignificar. Os mecanismos neuróticos se opõem ao livre desenrolar do ciclo de satisfação das necessidades, em que podem ser saudáveis ou patológicos, conforme sua intensidade, flexibilidade e oportunidade. Ademais desses conceitos, outros são básicos para a Gestalt-terapia, como os mecanismos de defesa e o ajustamento criativo. Assim, nota-se que o bloqueio ou defesa acontece quando a pessoa entra em contato com o outro, ou seja, quando o indivíduo é afetado pela relação. Logo, se divide em quatro momentos, o pré-contato, o processo de contato, contato final e pós-contato (MIRANDA, 2003). Esses fenômenos podem ser definidos em nove. A saber, introjeção, projeção, confluência, retroflexão, deflexão, proflexão, egotismo, dessensibilização e fixação. Contudo, não existe um consenso a respeito, pois ocorrem mudanças de perspectivas de um teórico para outro. Por essa razão, apenas alguns desses mecanismos são aceitos por maior parte dos Gestaltistas. Dentro da perspectiva da Gestalt, o organismo tem uma capacidade

de adaptação, e através dos mecanismos as pessoas encontram maneiras possíveis para se ajustar de forma criativa. Indubitavelmente, eles não são bons nem ruins, isso depende muito de como esse ajustamento acontece. Sobretudo, o ajustamento criativo é um processo cujo objetivo é possibilitar que a pessoa se regule de forma saudável, porém existe o ajustamento que ocorre de forma funcional e o disfuncional, e em muitos casos há a cristalização desses ajustamentos, o que pode provocar sofrimento. Além disso, essa criatividade é como o indivíduo encontra a solução, descobrindo e elaborando possíveis maneiras para o organismo se ajustar. Nesse sentido, quando se entra em contato com as necessidades, imediatamente de forma categórica percebe-se o quanto a realidade não é algo imutável e que o fenômeno pode ser reciclado (PERLS, 1997). Assim, a introjeção é definida como algo que trazemos inteiro, ingerido, porém não digerido. Não é parte de nós embora apareça. E é considerada a tendência de fazer a si mesmo responsável pelo que na realidade é parte de um meio. Por outro lado, a projeção, faz o meio responsável pelo que na própria pessoa se origina. No entanto, na confluência o indivíduo não sente nenhuma barreira na relação, sentindo que ele e o outro são um só, ou seja, não existe um “nós”. Na retroflexão, a função é dirigida do indivíduo para o mundo, que retorna depois para ele mesmo. Já a deflexão é a evitação de contato direto com o outro. Na proflexão, o indivíduo faz ao outro o que gostaria de fazer a si mesmo, ou que o outro fizesse. O Egotismo deixa o sujeito muito mais voltado para si mesmo do que para o outro, por ter medo das surpresas que podem vir do ambiente. Existe também a dessensibilização, que é uma forma de frieza advinda de uma redução sensorial. E por fim a fixação, aqui definida como excesso de apego a pessoas ou uma situação (MIRANDA, 2003). **Conclusão:** Portanto, cada um desses conceitos implica em uma estratégia terapêutica específica, constituindo uma preocupação essencial para o terapeuta da gestalt. Assim, é importante que a psicoterapia garanta possibilidades de conteúdos, partindo da demanda de cada cliente, para que o indivíduo seja criativo conforme a sua singularidade. Além disso, que lhe seja possível reajustar as necessidades e respostas automáticas do organismo novamente. Em suma, ao contrário de outras abordagens a gestalt não visa atacar, vencer ou superar essas resistências, mas torná-las conscientes e adaptá-las a realidade.

Palavras-Chaves: Psicose e Gestalt, Neurose e Contato.

Referências:

- GUIGER, S. Gestalt: Uma terapia do contato/ Serge Ginger e Anne Ginger; [tradução Sônia de Souza Rangel]- São Paulo. Sumus, 1995.
- MIRANDA, W. B. Saúde e Doença em Gestalt-Terapia: Centro Universitário de Brasília, 2003. 99 p. Monografia, Faculdade de Ciência da Saúde, Brasília, 2003.
- PERLS, F., H. R. & G. P. (1997). Gestalt-Terapia. (F. R. Ribeiro, Trad.) São Paulo: Summus. (Originalmente publicado em 1951).

IV CONGRESSO DE PSICOLOGIA: Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia:
consolidando o cuidado interdisciplinar
De 4 a 6 de abril de 2019. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 04 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE RESUMOS EXPANDIDO
<http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index>



SILVA, G. F. A Perspectiva Gestáltica acerca das Psicoses: Revista de
Graduação em Psicologia da PUC Minas, 2018.

TRANSTORNOS MENTAIS LIGADOS ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE PARCEIRO ÍNTIMO

SANTOS, Dirlen Guerreiro dos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
dirlenguerreiro@gmail.com

COSTA, Nivia Pinto
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
SORDI, Barbara
Universidade da Amazônia, docente

Introdução: Historicamente a violência contra mulher se estabelece desde a Grécia Antiga, sendo postulado desde então a hierarquia de poder do homem sobre a mulher, caracterizando modelos sociais, culturais e ideológicos impostos com base na determinação biológica para desigualdade na relação homem-mulher. Assim a violência de gênero contra a mulher é envolta de multifatores e complexidades que se firmam como controle do homem sobre os corpos e direitos femininos, dando ao masculino o direito naturalizado de castigar, punir, agredir e até matar (GRIEBLER; BORGES, 2013; RAFAEL; MOURA, 2014). Desta maneira os ocorridos dentro do espaço privado, principalmente o lar doméstico não cabia aos interesses públicos, reforçando a hierarquia de poder masculino e de submissão, obediência e passividade do feminino durante séculos. Contudo, os movimentos sociais e, primordialmente, o feminista, escancara a violência contra mulher, retirando do domínio patriarcal e privado, para o espaço público, problematizando relações de poder e dominação, na busca e conquista de legislações, alterações socioculturais em prol a igualdade entre homens e mulheres, masculino e feminino. A partir dessa ótica, no Brasil, nasce a Lei Maria da Penha, em 2006, em defesa dos direitos das mulheres, visando caracterizar e coibir os tipos de violência contra mulher tanto no seio familiar quanto no doméstico e público, efetivando políticas públicas em defesa das mulheres em situação de violência no país. Caracterizando que toda e qualquer violência à mulher é uma violação dos direitos humanos, “esta assegura que quando uma mulher é agredida, não importa como ou onde, esse ato passa a ser problema do Estado e não mais da esfera privada, e os encaminhamentos devem ser providenciados” (BANDEIRA, 2009 apud GRIEBLER; BORGES, 2013, p. 217). A lei define cinco tipos de violência contra a mulher: agressão física, como conduta que ofenda ou viole a integridade ou saúde corporal; violência sexual, é dita como toda e qualquer conduta de manter, participar ou até mesmo presenciar relação sexual contra desejo próprio; violência moral, configura-se em difamar, caluniar ou fazer injúria; violência patrimonial, é caracterizada pela retenção, destruição, subtração de objetos pessoais, recursos econômicos e de valor rentável ou sentimental para satisfazer as necessidades do violador; violência psicológica compreende-se todo e qualquer dano de nível emocional e de autoestima, visando controlar ou degradar comportamentos, crenças, ações e decisões mediante ameaça ou insulto levando ao constrangimento, humilhação, manipulação (GRIEBLER; BORGES, 2013). A

violação dos direitos que concerne à mulher tem como um dos gatilhos a contestação ou transgressão de regras que ainda são impostas na sociedade no que tange aos relacionamentos afetivos, gerando a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) que podem levar a atos violentos, que atingem em grande maioria o público feminino deferido pelo companheiro. Apontando a violência psicológica como a principal agressão vivenciada pelas mulheres, acompanhada (ou não) de violência física, evidenciando os riscos físicos e psicológicos das parceiras do sexo feminino numa relação conflitual, onde é exposta a violência velada, grave e continua dentro da própria casa, onde seu agressor é, na sua maioria, do convívio diário com a agredida que tem envolvimento emocional para com este homem. (GRIEBLER; BORGES, 2013). Estudos apontam que mulheres expostas cotidianamente a episódios de violência seja ela velada, moderada e/ou grave repercute significativamente na saúde social, física e mental da vítima, levando-as a um risco aumentado de desenvolver Transtornos Mentais Comuns (TMC) como ansiedade, isolamento social, uso de álcool e drogas, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ideação suicida, transtornos alimentares, entre outras comorbidades, que afetam o relacionamento social, familiar e de autoestima (BARROS et al. 2016). **Objetivo:** Descrever de acordo com a literatura os tipos de transtornos e sintomas psicológicos desenvolvidos a partir da violência de gênero executada por parceiros íntimos da agredida. **Metodologia:** O presente trabalho tem caráter qualitativo de revisão de literatura brasileira em português de artigos publicados de 2013 a 2018, relacionados à(s) violência(s) sofrida(s) por mulheres cometida(s) por seus companheiros e as consequências no surgimento de transtornos psicológicos para vítima. Para isso utilizamos materiais disponíveis nos portais de referência de pesquisa e publicações como SciELO, BVSPsic e PubMed. **Resultado e Discussão:** Os autores trazem em suas pesquisas o quantitativo de mulheres que passam por violências por parceiros íntimos (VPI) é de 52,7%, sendo mulheres que se auto declaravam pretas ou pardas (78%,8), prevalecendo a VPI entre mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos (37,3%), pretas e pardas (33,5%) e que fazem uso de álcool ou drogas ilícitas (31,3%). Os tipos de violência sofridos por ela dividem-se em: 52,7% psicológica; 46,1% física e 13,6% sexual (BARROS et al., 2016). Os sintomas de Depressão são marcados em 41,1% das entrevistas, que de acordo com Santos e Monteiro (2018) são mais recorrentes em mulheres que convivem com VPI que apresentam uma probabilidade de duas vezes mais em desenvolver problemas de saúde mental, ressalta-se que a severidade das agressões eleva as chances das agredidas a apresentarem depressão (SANTOS; MONTEIRO, 2018). No que tange ao Transtorno de Humor Depressivo-Ansioso apresenta-se um percentual de 38,2%, prevalecendo em vítimas que vivenciaram todas as formas de violência sexual. Observou-se que as violências psicológica e física há presença marcante do decréscimo de energia vital em 36,3% dos casos, onde não sentem satisfação em fazer tarefas do cotidiano, cansaço frequente, dificuldades para elaborar pensamentos e ideias, tomar decisões, dificuldades em levantar da cama, menor interesse em se alimentar e isolamento social, levando-as a se sentirem inúteis ou até tentar contra a própria vida. Destaca-se que mulheres que são controladas pelos seus

companheiros e expostas a agressões físicas e sexuais colaboram para maior susceptibilidade no surgimento de sintomas depressivos. (SANTOS; MONTEIRO, 2018). **Conclusão:** A partir do levantamento puderam-se conhecer os tipos de violência contra mulher discriminados na Lei Maria da Penha, que nasceu para garantia dos direitos à mulher pelo Estado, retirando o domínio do corpo feminino do poderio patriarcal, assim assumindo e delimitando que toda e qualquer violação para com a mulher, seja no âmbito privado ou público, caracteriza-se como violação de direitos humanos. Com isso, as violências vivenciadas pela mulher no decorrer da história podem ser delimitadas e avaliadas quanto às consequências psicológicas e sociais desencadeadas, oferecendo aos profissionais dados que permitem criar estratégias para minimizar sintomas que acarretam em sofrimento, que por sua vez é ignorado nos atendimentos realizados em contextos de violência contra a mulher. Por fim, fornece ao campo científico notoriedade aos enlaces negativos e prejudiciais à qualidade de vida e bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico, abrindo campo de planejamento de intervenções interdisciplinar para abranger a complexidade que fomenta a VPI.

Palavras-Chaves: Transtornos mentais, Violência contra mulher, Violência por parceiros íntimos.

Referências:

- BARROS, Érika Neves de. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 591-598. 2016.
- GRIEBLER, Charlize Naiana. BORGES, Jeane Lessinger. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da lei Maria da Penha. *Psico*, Três de Maio, RS, v. 44, n. 2, p. 215-225, abr/jun. 2013.
- RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *Jornada Brasileira de Psiquiatria*, Nova Iguaçu, RJ, v. 36, n. 2, p. 149-153. 2014.
- SANTOS, Ariane Gomes dos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP, v. 16. 2018. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100385&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2019.

O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER INFANTIL E SUAS REVERBERAÇÕES NO SISTEMA FAMILIAR

LOBO, Adryel Victor Seabra.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
PANTOJA, Alriene Tavares.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
CANTO, Gabriela Amaral de Sousa.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
OLIVEIRA, Gabrielle.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.
ARAÚJO, Ana Tereza Frade
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: O câncer é uma das doenças responsáveis por uma alta taxa de óbitos no mundo e alcança a população em geral. O presente trabalho fixou atenção especial às crianças atingidas pela doença e como isso reverbera também em seu meio familiar. Porque entende-se que esse diagnóstico é uma notícia difícil e que se torna mais angustiante quando o paciente é uma criança, devido ao simbolismo de morte que esta doença carrega. A partir dessa perspectiva, buscou-se contemplar o ambiente familiar que enfrenta o câncer infantil. **Objetivo:** Compreender as mudanças que possivelmente podem ocorrer no sistema familiar em decorrência do diagnóstico do câncer em uma criança e identificar de que forma o processo de aceitação dos pais pode influenciar no tratamento dos filhos. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos indexados nas bases de dados PePSIC e SciELO que contemplassem a temática do câncer infantil e seu impacto no ambiente familiar. A busca foi realizada através dos seguintes descritores: câncer infantil, família, cuidado e aceitação. **Resultados e discussões:** De acordo com Menezes et al (2007) 10 em cada 1.000.000 crianças podem ser atingidas a cada ano e em todo o mundo pelo câncer. Ainda segundo o autor, é importante considerar que um tratamento médico adequado não exclui seu olhar sobre o papel desempenhado pelas famílias no que concerne aos cuidados com a criança adoecida. Nesse contexto, é importante ressaltar que o familiar que se encontra na posição de acompanhante da criança também possa ser ouvido, pois a dificuldade em lidar com o diagnóstico ocasiona, com frequência, problemas de ordem emocional não só em pacientes, mas em seus familiares também (FARINHAS, WENDLING, DELLAZZANO-ZANON, 2013; MENEZES et al, 2007). Com a descoberta do câncer em uma criança, sua vida, assim como a rotina familiar, passa por transformações lépidas e intensas e, na tentativa de propiciar apoio e até mesmo poupar um excesso de sofrimento do infante, a família acaba por experimentar sentimentos capazes de comprometer o seu bem-estar emocional como afirma Menezes et al (2007). Desse modo, Lopes e Valle (2001, *apud* MENEZES et al, 2007) mostram que o câncer na infância e o seu tratamento exercem um impacto

sistêmico na organização familiar, tornando a criança e sua família vulneráveis ao sofrimento psíquico. De forma mais elucidativa, a teoria sistêmica, conforme apontado por Silva (2000, apud FARINHAS, WENDLING, DELLAZZANO-ZANON, 2013) enfatiza as inter-relações estabelecidas entre os membros da família, assim como o efeito mútuo que cada componente exerce sobre os outros. É nessa conjuntura que há a ocorrência de uma influência recíproca entre criança e família, uma vez que, conforme Ceolin (2008, apud FARINHAS, WENDLING, DELLAZZANO-ZANON, 2013), não só a criança enfrentará as significativas mudanças que acompanharão o tratamento. Assim, é recomendável que a família do infante tenha acesso a algum acompanhamento psicológico, visto que há alta possibilidade de os familiares desenvolverem algum tipo de problema emocional como, por exemplo, depressão, estresse, doenças psicossomáticas, entre outras (MARTINS et al., 2011; VOLPATO & SANTOS, 2007 apud FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANO-ZANON, 2013). **Conclusão:** A partir das informações expostas, é possível perceber que para um melhor enfrentamento da situação, faz-se necessário que o processo de tratamento contemple não só a criança, mas a família, pois cuidando do bem-estar daqueles que estarão presentes durante as etapas de tratamento, a criança possa ser melhor assistida e o funcionamento do sistema familiar possa ser preservado.

Palavras-chave: câncer infantil; relações familiares; sistema familiar.

Referências:

FARINHAS, Giseli Viecei; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANO-ZANNON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. Pensando fam., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em [HTTP://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 20 de mar. 2019.

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. Ver. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 191-210, mar. 2007. Disponível em <[HTTP://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100011&lng=pt&nrm=iso)> acesso em 20 mar. 2019.

PERCEPÇÃO DE SENTIDO DE MULHERES COM FIBROMIALGIA

DARWICH, Rosângela Araújo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
rosangeladarwich@yahoo.com.br
MOURA, Marlene Silva de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

Introdução: A fibromialgia é uma síndrome que atinge majoritariamente mulheres, com um índice de 80 a 90% dos casos, e é caracterizada por sintomas dolorosos que são agravados por alterações no humor e atividade física reduzida. Neste sentido, é estabelecido um círculo dor - emoções e atitudes negativas - mais dor. O fato de os sintomas não refletirem no exterior leva a fibromialgia a ser referida como doença invisível (RIBEIRO, 2016). O tratamento se dá com medicamentos, intervenção psicológica, atividades complementares e abordagem multidisciplinar. **Objetivo:** Este estudo procurou relacionar relatos de mulheres acometidas por fibromialgia diante dos sintomas experienciados à presença de sentido de vida. Considerou-se a hipótese segundo a qual clareza diante de um sentido favorece a qualidade de vida, correspondendo a um melhor manejo de sintomas em casos de fibromialgia. A Logoterapia e Análise Existencial, proposta por Frankl (2011), fundamentou a relação mais ampla entre estabelecimento de sentido e favorecimento de diferentes vivências, inclusive diante de sofrimento. **Metodologia:** Esta pesquisa de campo lançou mão de análise quantitativa dos dados. Um total de quinze mulheres responderam aos seguintes instrumentos: Questionário de Sentido de Vida (QSV) e Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF). Os dados encontrados foram tabulados por meio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 22.0, utilizando-se o teste de correlação de Pearson. **Resultados e discussões:** Os resultados demonstraram a presença de correlações positivas entre os índices de sentido de vida e de qualidade de vida, representada pelo enfrentamento eficiente de sintomas de fibromialgia. Destaca-se a importância de relações estabelecidas entre modos de pensar, agir e sentir, demonstrando interdependência entre aspectos psicossociais e somáticos. Possibilitou-se a compreensão de que a percepção de sentido da vida pode não apenas auxiliar mulheres com fibromialgia a suportar o sofrimento, mas contribuir substancialmente no tratamento, proporcionando melhora da qualidade de vida. **Conclusão:** Os pressupostos apresentados por Frankl ao longo da sua obra em torno da Logoterapia e Análise Existencial apresentam os valores como medida de atração para o ser humano, havendo três maneiras de encontrar sentido pessoal na vida: por meio da capacidade de amar, de trabalhar e de suportar o sofrimento. Neste último caso, é destacado o distanciamento de si mesmo perante as piores situações enquanto capacidade unicamente humana. A relação que daí se desdobra, entre sentido de vida e capacidade humana de resistir às piores situações, enfrentando-as corajosamente, foi confirmada neste estudo. Mais especificamente, correlações entre diferentes domínios relacionados à presença ou à procura de sentido de vida permitiram identificar a

diferença resultante da presença ou ausência de valores de criação, experiência e atitude. Em suma, foi possível observar a importância da percepção de sentido de vida em mulheres portadoras de fibromialgia como uma maneira de auxiliar no sofrimento vivido com a patologia. A amostra numericamente limitada é um convite para novos estudos que adotem procedimentos metodológicos semelhantes, em um movimento de fundamentar ainda melhor a ideia de que uma vida com sentido engrandece os acontecimentos, mesmo os dolorosos.

Palavras-chave: Fibromialgia; sentido de vida; Logoterapia e Análise Existencial.

Referências:

- FRANKL, V. A vontade de sentido (I. S. Pereira, trad.). São Paulo: Paulus, 2011.
- AQUINO, T. A. A. et al. Questionário de Sentido de Vida: Evidências de sua Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 1, p. 4-19, 2015.
- RIBEIRO, F. N. Fibromialgia: o corpo, a mente e o estigma. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina - Área: Psiquiatria e Saúde Mental), Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, Portugal, 2016, 36 p.

REFUGIADOS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.

BORGES, Victória Mayse.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

victoriamayse_b@hotmail.com

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A definição do termo “refugiado” estabelecida pela Convenção das Nações Unidas sobre Refugiados em 1951 com o Protocolo de 1967 considera como tal qualquer pessoa que receando ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, encontre-se fora do país de que tem nacionalidade e não possa pedir proteção daquele país. Portanto, diferem-se por terem sido forçados a deixar os seus países e a eles estarem impedidos de regressar. Em meados de 2015 o número de refugiados no mundo ultrapassou os 15 milhões, o número mais elevado dos últimos 20 anos (UNHCR, 2015). Partindo-se do pressuposto de que um indivíduo que migra entrará em contato com uma nova cultura e precisará abrir mão de tudo que lhe é conhecido e mergulhar em um mundo que requer novas representações e novos significados, faz-se interessante compreender de que forma isso significa vivenciar uma experiência de desamparo na qual a não compreensão cultural afeta o bem-estar psicológico e dificulta a sua adaptação. **Objetivo:** Analisar o fenômeno migratório de indivíduos refugiados e os desafios atuais enfrentados por eles sob a perspectiva do campo da psicologia e da saúde mental. **Metodologia:** Para a realização do presente artigo, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema. Buscou-se reunir artigos indexados nas bases de dados SciELO, bem como artigos extraídos de sites dedicados a exposição de conteúdos referentes a área da psicologia e do website do alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. O acesso aos materiais se deu através de buscas na plataforma Google por meio dos seguintes descritores: “refugiados”, “psicologia” e “saúde mental”. As publicações estavam contidas no período de publicação entre os anos de 2010 e 2017. **Resultados e discussões:** O processo de adaptação do imigrante atravessa uma complexa integração entre estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas, e assim, uma reestruturação subjetiva. Na literatura existem estudos que se dirigem aos refugiados como sendo sujeitos fracos, pouco integrados na sociedade de origem, com escassas ligações afetivas e estrutura familiar instável, levando a que os seus distúrbios latentes se manifestassem particularmente no país de acolhimento (PUSSETTI, 2010). O conceito de “acolhimento” é de fundamental valor para o processo de socialização, pois tem como poder a mudança simbólica do imigrante em questão. Sua carência emocional é notável, pois estes não estão sobre a base de sua terra e cultura. Os refugiados apresentam um substancial aumento de risco de sofrerem perturbações psiquiátricas relacionadas com a exposição à guerra, violência, tortura, migração forçada, exílio e incerteza quanto ao seu estatuto nos países onde buscam asilo (KIRMAYER, 2011). Estando em

situação de risco social e vulnerabilidade psíquica, sem direitos e oportunidades, o estrangeiro se vê à mercê de explorações e marginalização. Neste sentido, a condição de ser um imigrante comporta um mal-estar e um sofrimento evidentes que precisam ser, num primeiro momento, reconhecidos para poderem ser, num momento seguinte, situados nos devidos contextos particulares de vivência dos seus protagonistas. Faz-se necessário discutir questões como a barreira linguística, as diferenças culturais, a organização dos serviços, a intervenção em grupos, especialmente vulneráveis, e abordar os problemas mais prevalentes resultantes da exposição ao trauma que assumem nos refugiados particularidades muito específicas. **Conclusão:** Tendo isto em vista, é inquestionável a necessidade da presença do psicólogo nesse processo, para que ele venha poder facilitar um bem viver a estes povos que estão entrando no desconhecido. Acompanhar estes indivíduos, dadas às condições apresentadas, coloca grandes desafios aos serviços de saúde pública e aos seus profissionais, porém é preciso analisar a migração como um processo intercultural e pertencente a cada sujeito, com sua experiência e bagagem individual. A psicologia por se apropriar da singularidade e por oferecer uma escuta ao seu sofrimento, tem muito a contribuir.

Palavras-chaves: refugiados, saúde mental, fenômeno migratório.

Referências:

- KIRMAYER, L. J., NARASIAH, L., MUNOZ, M., RASHID, M., RYDER, A. G., GUZDER, J., POTTIE, K. (2010). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 959-967, set. 2011. Disponível em <<http://www.cmaj.ca/content/183/12/E959>>. Acesso em: 20 mar. 2019. doi: 10.1503/cmaj.090292
- PUSSETTI, Chiara. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2019.
- UNHCR. (2015). Mid-Year Trends 2015. Geneve: Division of Programme Support and Management. Disponível em <http://www.unhcr.org/56701b969.html> Acesso em: 20 março de 2019.

SOFRIMENTO PSÍQUICO NA SALA DE ESPERA DA UTI NEONATAL: INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS POSSÍVEIS

BARBOSA, Luisa Bitar de Moraes Barbosa
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
luisabitar07@gmail.com

ALBUQUERQUE, Amandda Dias Macedo
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

RODRIGUES, Isabela Paulo de Oliveira
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

OLIVEIRA, Maura
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

SANTOS, Maria do Carmo.

Preceptora de Estágio do Hospital Beneficente Portuguesa.

Introdução: O atendimento psicológico na sala de espera é uma maneira de tornar proveitoso o tempo livre que antecede a visita. Representa-se como um espaço fundamental para oferecer acolhimento, escuta, esclarecimento, suporte emocional, apoio e orientações tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes, proporcionando a elaboração dos sentimentos em relação ao processo saúde-doença e o processo de tratamento. (ESPÍNDOLA et al, 2018). A UTI neonatal é uma Unidade de Tratamento Intensivo destinada a bebês que por diversos motivos, após o nascimento, necessitam ser constantemente assistidos para sobreviver. Então, mais especificamente, a sala de espera de uma UTI neonatal é o local onde familiares aguardam o horário de visitar seus recém-nascidos. **Objetivo:** Apresentar as intervenções possíveis em sala de espera de UTI neonatal. Tendo como objetivos específicos, refletir de que forma a hospitalização na UTI influencia no vínculo pais-bebê e compreender as possíveis reações emocionais dos familiares do recém-nascido quando este precisa ir para UTI neonatal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e de natureza qualitativa. As pesquisas bibliográficas de produção científica, são desenvolvidas a partir de materiais já elaborados (GIL, 2002). Isto é, contribui para que os objetivos propostos possam ser alcançados. Para o desenvolvimento deste trabalho, as informações bibliográficas foram pesquisadas nos sites: SCIELO, BVS, PEPSIC. Foram utilizados descritores: Maternidade; Saúde Materno-Infantil; Psicologia Perinatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Resultados e discussões:** O sofrimento pelo afastamento entre família e bebê, segundo Raad, Cruz e Nascimento (2006), acontece principalmente por sempre existir um ideal de bebê imaginário onde “geralmente é permeado por sonhos, expectativas e sentimentos de apreensão pela chegada do novo integrante ao seio familiar”. A internação do recém-nascido rompe a ideação de um início de vida saudável e pode gerar frustração, medo, raiva, ansiedade e diversos outros sentimentos, o que pode resultar em um intenso sofrimento na mãe e nos familiares. O contexto de hospitalização em uma

Unidade Neonatal dificulta o processo de vinculação e apego entre família e bebês que sofrem uma interferência significativa, já que, além da separação, pode ocorrer ainda o aparecimento de sentimentos de culpa e o luto (Raad, Cruz e Nascimento, 2006). Portanto, a Psicologia Hospitalar deve acolher os pais e auxiliá-los na vinculação entre si e com o bebê internado (Arrais e Mourão, 2013), oferecendo um espaço de fala e escuta. As intervenções psicológicas possíveis identificadas foram: estimular o vínculo entre os pais e o bebê; ajudar os pais a olhar este bebê como um outro, para que possam investi-lo como sujeito; mostrar aos pais as qualidades e capacidades de seus bebês; orientá-los e favorecer na participação dos cuidados com o bebê; ajudar a comunicação pais/equipe, entendendo que a equipe é alvo de projeção dos pais e possibilitar aos familiares expressar suas dificuldades e sentimento em relação a esta situação (Arrais e Mourão, 2013). **Conclusão:** Este trabalho possibilitou compreender ainda mais sobre a importância da Psicologia no contexto hospitalar, sobretudo no contexto específico da UTI neonatal, onde os familiares vivem sentimentos intensos e diversos, que por vezes são coibidos. O papel da equipe de Psicologia é colaborar na vivência e elaboração deste momento, tanto no luto simbólico da separação família – bebê, quanto na possibilidade da morte real. Fornecendo apoio, disponibilidade e acolhimento no processo saúde-doença.

Palavras-chaves: Maternidade; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Psicologia Hospitalar.

Referências:

- ARRAIS, A. R.; MOURAO, M. A. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 152-164, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 20 mar. 2019.
- ESPÍNDOLA, P. D. et al. A vivência do psicólogo em formação na sala de espera de um ambulatório geral. Anais do III Congresso de Psicologia, 26 a 28 de abril de 2018, Belém [recurso eletrônico]: as diversas fases do cuidar: III Congresso Multidisciplinar de Saúde: Humanização em Saúde – desafios e os novos cenários: caderno de trabalhos completos. Belém: UNAMA, 2018.
- GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.
- RAAD, A. J; CRUZ, A. M. C; NASCIMENTO, M. A. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. Psic, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 85-92, dez. 2006.

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NO PROCESSO DE REINserÇÃO FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

SUDA, Adriana Cota
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
BRITTO, Auziane Picanço
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: Na década de 1970 ocorre na história da saúde mental a reforma psiquiátrica, esse movimento surge pela crítica ao modelo psiquiátrico clássico e as políticas públicas em saúde mental. Segundo Moreno e Alencastre (2003), a partir da reforma, se constitui um sentimento de quebra de paradigmas da loucura, tendo como fundamento resgatar o estabelecimento da cidadania do sujeito em sofrimento, o respeito a sua singularidade e subjetividade, a autonomia, e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. Nesse cenário o trabalho do psicólogo, no campo da saúde mental, em especial no processo de desospitalização, se constrói sob a ótica do acolhimento integral, da escuta ativa, do contato com a família e com a rede de serviços de saúde mental. Durante o acompanhamento do paciente com transtornos mentais deve-se promover o cuidado através da intervenção terapêutica em parceria com a equipe multidisciplinar onde o paciente seja acolhido no decorrer da internação (ROMANO, 1999). Ainda segundo o autor, a primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes a sua especificidade, pois quando suas atribuições são claras espera-se que ele seja capaz de mostrar competência suficiente para que sua prática seja realizada com eficácia e eficiência. O psicólogo tem um papel importante na conscientização da família para auxiliar no tratamento e ser um colaborador para a sociedade, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois se encontra adoecido. A resistência por parte dos familiares no processo da alta hospitalar é um grande desafio tanto para os pacientes como para equipe que o acompanha tendo em vista as limitações no que diz respeito à falta de manejo e conhecimento da psicopatologia apresentada pelo familiar acometido de “doença mental” ou “aquela doença” que em alguns casos não conseguem nomeá-las. **Objetivo:** Refletir a respeito do processo de desospitalização de pacientes psiquiátrico, bem como a importância da família e seus desafios nesse processo. Discorrer sobre as principais intervenções realizadas pelo psicólogo no contexto de alta hospitalar. **Metodologia:** Utilizou uma revisão bibliográfica narrativa, foram selecionados artigos científicos no idioma português, indexados nas bases de dados: SciELO, e biblioteca virtual de saúde BVS, bem como sites de referência de saúde. As revisões narrativas constituem basicamente, análise de literaturas publicadas e análise crítica pessoal do autor. **Resultados e discussões:** O processo de desospitalização

deve ser facilitado e trabalhado de forma operacional para a melhor readaptação com seus familiares, intervindo de forma breve e focal. Simonetti (2013) afirma que não existem fórmulas mágicas ou receitas prontas, mas que a experiência do psicólogo com o paciente internado deve ajudar no suprimento das demandas mais básicas, como conforto e apoio. A família é parte primordial no tratamento do paciente, bem como garantir sua continuidade do tratamento nas redes de apoio, como o CAPS. O psicólogo pode contribuir nos esclarecimentos de que embora limitado, o paciente com transtorno mental, pode levar uma vida normal, não precisando ficar isolado, mas recebendo apoio e cuidado da família para ajustar sua condição mental e seguir como pessoa da família e da sociedade. No processo de desospitalização, observa-se a necessidade de considerar a família como um grupo que precisa ser atendido, a fim de ser instrumentalizado para cuidar do paciente portador de transtorno mental. Provavelmente, a partir da compreensão do significado do que é vivenciar a doença mental, para a família, o cuidado com os pacientes possa se dar de maneira mais compreensiva e humanizada, possibilitando que eles sejam mais bem atendidos. Entende-se que é no seio familiar que o portador de transtorno mental precisa está inserido para a manutenção do cuidado, e para encontrar subsídios para manter a vida em sociedade. A adesão da família no processo de cuidado, em especial, na desospitalização decorrerá do papel desempenhado pelas instituições no sentido de sensibilizar os componentes da rede sociofamiliar a participar de maneira presente e ativa no tratamento do paciente. Melman (2001), comenta sobre o relato de familiares em que são culpabilizados por parte de alguns técnicos, que responsabilizam, direta ou indiretamente, a família pelo adoecimento do paciente. Tais observações acabam reforçando a resistência das pessoas quanto a sua participação no tratamento. Ao contrário do que acontece, com o processo da Reforma Psiquiátrica espera-se que a família deixe de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passe a atuar como coadjuvante em seu tratamento e reabilitação. **Conclusão:** A partir dos aportes teóricos, é possível perceber que apesar dos avanços em saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica, ainda é possível nos depararmos com grandes desafios, dentre estes a dificuldade de implicação da família no cuidado do paciente e na aceitação do mesmo no seio familiar e social. Através deste trabalho, fomos oportunizadas a ampliar o conhecimento quanto ao cuidado de pacientes psiquiátricos. Observamos também que mesmo compreendendo que o processo de desospitalização é importante, a internação psiquiátrica, a despeito das múltiplas controvérsias que a cerca, continua sendo um recurso terapêutico indispensável para muitos pacientes, sobretudo os mais graves em momentos de crise. Nesse contexto o fazer do Psicólogo é primordial, como facilitador na clarificação sobre a doença e a busca pela melhor qualidade de vida em meio aos desafios enfrentados pelos pacientes, familiares e instituição.

Palavras-Chaves: Saúde Mental; Desospitalização; Psicologia.

Referências:

MELMAN, J. Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2003.
MORENO V, ALENCASTRE MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):43-50.
ROMANO, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: O MAPA DA DOENÇA. São Paulo: casa do psicólogo. 2013.

ANÁLISE DAS RELAÇÕES FAMILIARES NO ANIME “*USAGI DROP*” (“*BUNNY DROP*”).

SAVELARINHO, Vinicius.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

viniciussavelarinho@yahoo.com.br

FERREIRA, Gustavo.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LIMA, Fernanda Monteiro.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O presente trabalho propõe uma análise do anime (desenho animado) “*Usagi Drop*”, levando em consideração as relações familiares e o contexto sócio-histórico e cultural dos personagens, a partir da perspectiva de alguns conceitos psicológicos importantes voltados para o estudo da família. Utilizou-se como foco os dois personagens centrais da obra, Daikichi Kawachi, um homem solteiro de 30 anos, que no início da história recebe a notícia do falecimento do avô Souichi Kaga com 79 anos, e conhece Rin Kaga de 6 anos, a segunda personagem deste enredo, filha biológica do avô de Daikichi. Após o enterro, a família se reúne para discutir o destino da criança, pois com a morte do pai e o abandono da mãe, ela encontra-se sem ninguém. A família, que discrimina a criança por conta de sua origem, decide levá-la para morar em um abrigo. Inconformado com essa decisão, Daikichi resolve adotá-la. Com este marco, começa o desenrolar da obra, um homem solteiro tendo que aprender a cuidar de uma criança, nesse momento, uma nova constituição familiar é formada, e questões relacionadas as personalidades dos dois personagens começam a aparecer como, por exemplo, a criança ser madura e independente.

Objetivo: Realizar uma análise do anime “*Usagi Drop*” como mais uma ferramenta para os estudantes de Psicologia, no que diz respeito aos estudos de casos e uma forma de observação do ponto de vista humano e sua interação com o meio social. **Metodologia:** foi realizada uma análise do anime “*Usagi Drop*”, mais especificamente, dos papéis desempenhados pelos dois personagens principais, Daikichi Kawachi e Rin Kaga, a partir da perspectiva da teoria de Fases dos Ciclos de Vida. **Resultados e discussões:** Segundo Moraes (2013, p.7), “O tema família no Século XXI está em constante mutação, havendo diversas formas de arranjos familiares e de mudança no papel do Estado na intervenção público-privada na unidade familiar”. Com isso, as novas formações no âmbito familiar vêm tentando quebrar o paradigma conservador atribuído pela Roma antiga no qual “Família”, é um agregamento de um “mesmo grupo político formado por várias gerações” e sob o comando do “senhor da casa” (CARVALHO, 2003, p.31, *apud* MORAES, 2013, p.2). Para Hoffmann (1992, *apud* Pompermayer & cols., 2010, p.2), o termo família corresponde a uma série de tipos e arranjos que se configuram, em função das especificidades de classe, de status e de etnias. O anime apresenta o contexto no qual a família constitui um sistema patriarcal e o homem proporciona a qualidade e significado à vida do ambiente familiar, mas também mostra os preconceitos existentes na

sociedade quando este padrão é quebrado, o que é abordado e criticado em três situações específicas: (1) o fato de o Avô de Daikichi ter uma filha e por ele estar no estágio do desenvolvimento da terceira idade, negando o exercício da sua sexualidade; (2) a negação dos valores e dos direitos femininos expressados pela mãe de Rin, quando opta por seguir sua carreira e sonho de se tornar uma mangaká profissional (o termo refere-se aos autores de mangás) e deixa sua filha para ser cuidada pelo pai; e (3) a prima de Daikichi, uma personagem secundária que fugiu da casa dos pais de seu marido e passou a morar por alguns dias na casa do protagonista. Com base nos dois últimos exemplos, segundo Pompermayer & cols. (2010, p.9), “[...] A condição da mulher na sociedade contemporânea que há um tempo, girava em torno apenas da maternidade e dedicação ao lar. Entretanto, no decorrer dos anos, este cenário mudou, constatando-se uma transformação nos ciclos de vida familiar em função de vários fatores, sobretudo os aspectos sociais e econômicos. [...] Em relação à maternidade, que outrora era composto pela dedicação exclusiva aos filhos e ao lar; e, atualmente, observa-se que o período de tempo dedicado a maternidade e cuidados com a casa é menor, posto que agora muitas delas estão inseridas no mercado de trabalho”. As organizações familiares refletem a sociedade ao mesmo tempo em que atuam em sua formação. Para descrever a relação e o desenvolvimento familiar proposto no anime, usou-se o conceito de ciclo familiar desenvolvido por Carter & McGoldrick (1995), usando sua teoria da vida da família dividida em ciclos, conceito que identifica a família como um sistema movendo-se através do tempo em uma espiral, podendo reconhecer diferentes padrões na organização das famílias ao longo do tempo, assim como diversas formas de relacionamento entre seus membros. Dividindo os ciclos familiares nos seguintes estágios (1) jovem solteiro; (2) Família sem filhos; (3) Família com crianças; (4) Família com adolescentes; (5) Família no meio da vida e (6) Família no estágio tardio. Entende-se que o personagem Daikichi, encontra-se em princípio no primeiro estágio, de jovem solteiro, ou seja, o personagem estaria na fase de desenvolvimento e a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo, diferenciação da identidade em relação à família de origem, desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais e estabelecimento de uma identidade com relação ao trabalho e independência financeira. Após a morte do avô, e a adoção da criança, Daikichi fez uma transição do primeiro estágio, para o terceiro estágio de Família com crianças, fase de aceitação de novos membros no sistema familiar. **Conclusão:** Compreende-se que a família é mutável e abrange muito mais do que meros “genitores”. De acordo com Carter & McGoldrick (1995) *apud* Cesar (2015, p.10): “O estudo das Fases do Ciclo de Vida (FCV) de uma família, é um dos recursos para a compreensão do sistema familiar. Ele se entrelaça com a história da própria família e de sua rede social. Ao estudarmos as FCV, mais do que apontar as dificuldades e/ou déficits, buscamos uma compreensão que permita que o sistema familiar se reorganize e encontre novas soluções para seus desafios” permitindo à própria família e ao profissional novas visões sobre as potências e possibilidades para a resolução dos problemas. No decorrer do anime, a dinâmica entre os dois personagens principais deixa de ser tão reservada e

começa a evoluir conforme eles vão ganhando confiança um no outro. Lentamente começam a criar uma ligação que transcende o laço sanguíneo. “*Usagi Drop*” retrata alguns dos aspectos mais mundanos do cotidiano e mostra as dificuldades que surgem na vida de um adulto ao criar uma criança sozinho. Todo este quadro é explorado com muita sensibilidade e nos faz ter uma excelente visão sobre as mais diversas formações familiares.

Palavras-chave: Família, contexto sócio-histórico e cultural, padrões familiares.

Referências:

CESAR, Claudia cacau Furia. A vida das famílias e suas fases: desafios, mudanças e ajustes. 29 de set de 2015. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/262625943/A-vida-das-familias-e-suas-fases-pdf>> Acesso: 26 de set. 2018.

MORAES, Rochele Pedrosa de. Família: uma construção histórica. Artigo elaborado para a disciplina de Família, Historicidade e Política Social no PPGSS/PUCRS, ministrada pela professora Maria Isabel Bellini. 11 jun 2013.

POMPERMAYER, Mariana Moraes & cols. Uma breve abordagem da teoria do desenvolvimento familiar: história, conceitos e características. 2010. Disponível em: <http://www.xxcbcd.ufc.br/arqs/gt1/gt1_54.pdf> Acesso: 26 de set. 2018.

RELAÇÕES ENTRE IRMÃOS DEFICIENTES E NÃO DEFICIENTES: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

BARROS, Adriane
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
adriane.barros@hotmail.com
NUNES, Ana Leticia
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

Introdução: A constituição familiar se faz presente no decorrer da história da humanidade e tem sido de fundamental importância tanto para a sobrevivência da espécie, quanto no desenvolver da vida social, pois torna-se essencial nos processos de socialização e educação. Algo que transpõem os vínculos biológicos, um além da procriação, uma transformação em um fenômeno social. Famílias são grupos primários, nos quais imperam os sentimentos que advêm da subjetividade de cada indivíduo. Turnbull e Turnbull (1990 apud NUNES; AIELLO, 2004), descrevem a existência de subsistemas em uma família nuclear tradicional explicando em detalhes os quatro subsistemas: 1) marital – que compreende as interações entre marido e esposa; 2) parental – configurado pelas interações entre pais e filhos; 3) fraterno – que se refere às interações entre os irmãos e 4) da família estendida – que engloba as interações com outros membros da família (avós, tios, etc.), amigos, vizinhos e profissionais. O que evidencia a relevância de cada subsistema, com um indicativo de maior atenção sobre o subsistema fraterno, e envolve a relação entre irmãos, se estes forem criados juntos, tende a se tornar em um possível processo de companheirismo constante, e que envolve um apoio emocional, no qual o irmão mais velho poderá desempenhar um papel de cuidador e até auxiliar aos outros irmãos em momento de ausência de seus genitores. Segundo Mates (1990 apud NUNES; AIELLO, 2004), possivelmente indivíduos que estão inseridos em famílias com crianças deficientes, apresentam um grau de risco maior de baixo desempenho escolar e de ajustamento em casa e na escola. O que também poderia refletir com problemas de auto identidade, sentindo-se menos amados ou menos importantes. Dentre os núcleos familiares, a interação entre irmãos de crianças deficientes, desperta um singular interesse sobre como esses sentimentos se colocam. Segundo Messa e Fiamenghi Jr (2010), irmãos constituem o subsistema fraternal que funciona como um primeiro laboratório social. É quando surgem as experimentações das relações e atitudes variadas. Construindo juntos uma cadeia de posições que intercalam o companheirismo, a cooperação e o apoio emocional, dentre outros. Quando a relação envolve um irmão com deficiência, Messa e Fiamenghi Jr (2010), afirmam que a relação poderá ficar vulnerável em virtude dos sentimentos que surgem do contato com a deficiência. E ainda podemos acrescentar as expectativas dos pais sobre o filho não deficiente, no sentido de que o mesmo venha a suprir as carências do irmão com deficiência, o que nos leva a reflexão sobre a real necessidade desse irmão não deficiente. Um olhar mais apurado sobre os níveis de afetividades que envolvem esses irmãos, poderá indicar se no decorrer da relação, eles conseguirão

estabelecer um vínculo e o nível do mesmo. Um filho não deficiente é muito mais cobrado e possui mais responsabilidades e preocupações em relação ao seu irmão deficiente. Isso ao longo prazo poderá acarretar o desencadeamento de perturbações comportamentais em virtude, do mesmo, não expressar seus sentimentos de forma adequada. Podemos incluir ainda a importância de se trabalhar os papéis dos pais na criação desses filhos, buscando orientar, no sentido de que ambos os filhos precisam de um olhar igualitário, uma criação equilibrada e que visa trazer ao irmão não deficiente uma atenção e a importância devida. Barbosa (2013), ressalta ainda, que a relação entre irmãos influencia direta ou indiretamente na construção de uma pessoa adulta, seja ela na presença ou na ausência de um irmão, destacando ainda que a diferença de idade pode influenciar no relacionamento fraternal. **Objetivo:** Analisar como vem ocorrendo a relação entre irmãos deficientes e não deficientes apontando desafios e perspectivas na relação fraterna; descrever sobre como esse processo ocorre, relacionando o emocional, dificuldades e frustrações; e de que forma, no decorrer da vida deles tudo isso se constitui. **Metodologia:** Esta pesquisa foi embasada por levantamento de literatura através dos bancos de dados da Scielo e Medline. As palavras-chave utilizadas foram: deficiência, relação fraternal e qualidade de vida. Como critério de seleção, identificaram-se os artigos com títulos que abordavam o relacionamento entre irmãos, visando encontrar dados que relacionassem a forma como essa relação se dá, passando também pela estrutura familiar e relatos sobre as agruras, necessidades e felicidades de se ter um irmão deficiente. Foi realizada uma leitura preliminar para seleção dos artigos e, posteriormente, uma leitura analítica. **Resultado e discussão:** Foram analisados quatro artigos: Messa e Fiamenghi Jr (2010); Santos e Pereira-Martins (2016); Barbosa (2013); Nunes e Aiello (2004), a partir dos critérios de seleção. Na família como um todo, existem inúmeras indagações sobre como esse membro familiar conseguirá transpor as dificuldades inerentes a sua situação de vida, perpassando as fases esperadas até a chegada da adultez. De certa forma, isso constitui um fator de estresse, pois os desafios são inúmeros e que fará parte de sua existência, trazendo para a família, um investimento maior em saúde e educação especializada, o que demanda tempo e dedicação, além de um investimento financeiro expressivo. Isso impõe ao seio familiar uma dinâmica adaptativa constante em relação as necessidades desse indivíduo. E diante de tanta pressão, fica quase como que natural, o irmão não deficiente, como uma peça reserva no contexto familiar. Outros contextos deverão ser analisados, como a interação social e cultural. Segundo Santos e Pereira-Martins (2016), na tentativa de aliviar os sentimentos e pensamentos negativos, estratégias de enfrentamento poderão servir como uma forma de trabalhar os sentimentos. Incluindo duas modalidades básicas, as estratégias focalizadas no problema e estratégia focalizada na emoção. A complexidade de ter um irmão especial se traduz como algo que requer uma busca pessoal da sua subjetividade e ao mesmo tempo em que se enfrenta uma realidade cujo o tempo será um fator primordial no desenvolver de estratégias para se caminhar em uma direção, onde se adaptar e lidar com as diferenças, traga ao mesmo tempo uma maior tolerância e consequentemente uma resistência maior à

frustração. Além disso, é um fator importante o apoio da família e do meio em que vive, como uma forma de ajudar a trabalhar esse indivíduo. Uma das formas possíveis seria esclarecer o tipo de deficiência, sua origem e formas de melhorar a qualidade de vida do irmão deficiente, pois um dos fatores mais recorrentes se dá quando o irmão não possui o esclarecimento necessário, desencadeando sentimentos de culpa e frustrações. É pertinente frisar, quanto mais apoio, esclarecimento e diálogos sobre o assunto, melhor será o processo de aceitação. **Conclusão:** Assim como se tornar interessante observar a influência do meio ambiente como facilitador ou como barreira no desenvolvimento, funcionalidade e participação da pessoa com incapacidade. Para Nunes e Aiello (2004), estudos que investiguem tal interação são importantes, pois esses comportamentos podem apresentar algumas diferenças daquelas entre irmãos normais. A relação entre irmãos é a mais duradoura na vida do indivíduo, e como todo relacionamento, é permeado de ciclos próprios, intercalando várias fases, que se alteram no decorrer do crescimento dos irmãos. Um outro fator observado, se refere ao tempo de adaptação da família em relação a severidade da patologia. A estrutura da dinâmica familiar se altera conforme a gravidade da mesma e a ansiedade em prover as necessidades de uma criança com deficiência poderá fortalecer ou desmoronar essa estrutura familiar. Powell e Ogle (1991 apud BARBOSA 2013), intitulam de “força positiva” a ocorrência da família em conseguir tornar esse fato numa experiência enriquecedora. Assim como Mackeith (1993 apud POWEL; OGLE, 1991; BARBOSA 2013), apresentam quatro períodos de transição e momento de tensão nas famílias com crianças com deficiência: a) Quando os pais percebem que o filho tem uma patologia; b) Quando tomam decisões escolares a luz da patologia da criança; c) Quando o filho com patologia enfrenta a “Vida ativa” (deixa a escola e por outro percurso que é escolhido de acordo com suas necessidades); Quando os pais envelhecem e não podem continuar a assumir o papel de cuidadores. Ou seja, a transformação sofrida nessa dinâmica familiar modifica a harmonia do casal e pode igualmente modifica a vida dos irmãos. Essa definição ampla faz-nos refletir sobre a nossa vida e todas as suas dimensões, ou seja, satisfação a todos os níveis: do nível social (família e trabalho), psicológico (autoestima, confiança em si e no outro, criatividade), saúde, econômico e educativo.

Palavras-Chaves: Deficiência; Relação Fraternal; Adaptação.

Referências:

- MESSA, Alcione Aparecida; FIAMENGHI JR, Geraldo Antônio. O impacto da deficiência nos irmãos: histórias de vida. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp.529-538. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200029>.
- NUNES, Célia Cristina; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. O convívio com irmão especial e a caracterização da interação: um estudo descritivo. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, Mai.-Ago. 2004, v.10, n.2, p.143-160

BARBOSA, Sara. O outro lado: irmãos de pessoas com deficiência. Universidade Católica Portuguesa; Centro Regional de Braga; Faculdade de Ciências Sociais. Braga, 2013.

SANTOS, Manoel Antonio dos; PEREIRA-MARTINS, Maria Laura de Paula Lopes. Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900/ Departamento de Psicologia, Monte Alegre. 14040-901. Ribeirão Preto, 2016. São Paulo.

O NASCIMENTO DA MÃE: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA MULHER PUÉRPERA

BARBOSA, Luisa Bitar de Moraes
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
luisabitar07@gmail.com

ALBUQUERQUE, Amandda Dias Macedo
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

MONTEIRO, Vivian Fragoso Rei
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Conforme a medicina, o período do puerpério ou fase puerperal é cronologicamente variável, contudo, o tempo médio de duração é de seis a oito semanas após o parto. Isto é, a fase após o parto em que a mulher experimenta sensações físicas e psicológicas até retornar ao seu funcionamento biológico pré-gravídico ou anterior à gestação. Em relação às transformações psíquicas, o Ministério da Saúde em 2006 lançou um manual técnico intitulado “Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada”, no qual a fase puerperal é reconhecida enquanto um período de grandes transformações psíquicas e transição existencial, onde as mulheres/ mães vivenciam a sobrecarga emocional trazida pela gravidez, sendo um momento imerso por aspectos emocionais e mudanças nos vínculos afetivos. Diante do exposto, torna-se imprescindível voltar o olhar para os aspectos psicológicos vivenciados pela mulher/mãe no período puerperal. **Objetivo:** Identificar e compreender quais os aspectos emocionais se apresentam durante o puerpério e investigar quais os fatores influenciam na saúde mental da mulher puérpera. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida a partir de materiais já elaborados, o que favoreceu a coleta de informações de estudos históricos. Para o desenvolvimento deste trabalho, as informações bibliográficas foram pesquisadas em livros de autores de referência nesta temática e artigos científicos. Para tanto, foi realizado uma busca nas bases de dados SCIELO, BVS, PEPSIC e utilizou-se dos seguintes descritores: maternidade; puerpério; saúde da mulher; período pós-parto. **Resultados e discussões:** Usualmente, a maternidade é divulgada como se fosse tradicional e natural, porém é possível verificar na história da humanidade que essas ideias têm poucas centenas de anos (MALDONADO, 1985). Ao se falar de fase puerperal e de seu entorno tornar-se necessário compreender as modificações ocorridas ao decorrer da história até a concepção que temos hoje, sobre o chamado “amor materno”. A exaltação do amor materno tem seu início no século XVIII, e foi Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, que cristalizou as novas ideias e deu um verdadeiro impulso inicial à família moderna, isto é, a família fundada a partir de um amor materno (MALDONADO, 1985). Aquelas mães que não se adequam ao papel imposto socialmente são, por vezes, consideradas como “a mãe desnaturada”, o que pode ser um fator gerador de maior sofrimento psíquico. Portanto, é no puerpério que a mulher vai finalmente estabelecer uma relação real e ainda inicial com o bebê. Maldonado (1985) afirma que isto é um aspecto

importante após o parto, já que, a realidade “in útero” ou dentro do útero, não é a mesma do bebê recém-nascido. A autora diz que anterior ao parto havia uma imagem idealizada deste bebê pela mãe, que precisará passar por uma transição. Para isto, tornar-se necessário a elaboração da perda do bebê idealizado para o estabelecimento do contato com o bebê real. Bortoletti (2007) expõe também, que quando há um nascimento do bebê, muitas vezes esquece-se que a mãe está ainda se recuperando do parto, e a saída do hospital pode suscitar o que a autora chama de “perda do ninho”, isto é, um sentimento de insegurança vivenciado pela mulher que terá que voltar para casa e passar por uma reestruturação em sua vida. Neste sentido, tornar-se importante o cuidado neste momento em relação à saúde da mulher e da família, e propõe que os profissionais se atentem, também, ao compromisso de assistir a mulher puérpera. Sobre a relação mãe e bebê e as mudanças que a mulher puerperal atravessa, a amamentação se mostra como outro ponto a ser observado, vindo à tona o significado psicológico e cultural para este contexto. Segundo Maldonado (1985), o primeiro evento social da vida de uma criança ocorre com a interação entre mãe e filho. Posto isto, a partir desta condição em que a mãe decide o modo como irá alimentar seu bebê, será revelada as influências do seu estilo de vida, bem como da sociedade a qual está inserida e seu histórico pessoal. Ao deparar-se com a responsabilidade decorrente do nascimento do filho, busca na sua própria mãe o modelo ideal a espelhar-se, obtido enquanto era criança. Ademais, as expectativas vão muito além do que uma breve reflexão sobre o momento vivenciado, perpassam pela forma em que a mulher se “vê” como mãe e a forma que se relaciona com os possíveis “olhares externos”, isto é, com os comentários do que deve ou não fazer neste novo papel. Desse modo, é importante ressaltar que as emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos, tais como, a calma, a confiança e a tranquilidade, que podem vir a favorecer um bom aleitamento. Enquanto o medo, a depressão, a tensão, a dor, a fadiga e a ansiedade, tende a provocar uma variação da amamentação ou de produção de leite materno (MALDONADO, 1985). A amamentação não se trata, tão somente, de processo fisiológico de alimentar o bebê, ao passo que este momento viabiliza o aprofundamento do contato entre mãe e filho, suavizando a separação promovida pela ocorrência do parto. Do mesmo modo, deve-se destacar que, ao ser amamentado, o bebê entra em contato com o corpo da mãe, reelaborando pouco a pouco a separação. Ao longo deste processo, deve-se ressaltar, também, aspectos da sexualidade da mulher e as alterações da imagem corporal ocorridas no período puerperal. Para Salim, Araújo e Gualda (2010) não se pode falar em totalidade da mulher enquanto pessoa sem falar de corpo e de sexualidade, uma vez que, para as autoras, é no corpo que a sexualidade se manifesta. Dessa forma, corpo e sexualidade são constructos sociais interligados, já que a sexualidade está intimamente atrelada às crenças, imaginações e cultura, não se restringindo ao corpo biológico. A imagem corporal da puérpera é um dos fatores de ressignificação durante este ciclo. O nascimento de um filho e o pós-parto pode ser considerado evento de grande impacto para as mulheres, onde as modificações que ocorrem não se restringem ao corpo físico, mas, também, aos

sentimentos e afetos que compõem o corpo simbólico, ou seja, a forma de ver a si mesma e de se relacionar em sociedade. (SALIM, ARAÚJO E GUALDA, 2010). Aspectos emocionais podem permear o período grávido-puerperal, tais como a ambivalência em relação a gravidez, ansiedade, medos, mudanças nos vínculos afetivos, oscilações de humor, aumento de irritabilidade, introspecção, dúvidas, passividade, alteração do desejo e do desempenho sexual, alteração da estrutura corporais, questionamentos sobre o parto, medo da dor e da morte. Além disto, aparecimento de lutos, relacionados a transição entre a gravidez e a maternidade, perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original e a separação entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2006). **Conclusão:** A partir do presente estudo, possibilitou-se uma melhor compreensão acerca dos aspectos psicológicos vivenciados pela mulher puérpera e a influência de tais fatores durante o período da maternidade, perpassando pela evolução em um contexto histórico-sócio-cultural. Ademais, à luz dos estudos pormenorizados, obteve-se a percepção de que diversos fatores emocionais influenciam diretamente na saúde mental da mulher, e por consequência, interferem no processo de aleitamento materno, em sua relação com o bebê, além de, em muitas vezes, refletir em sua própria sexualidade, frente a uma construção social imposta à mulher pautada no amor materno ilimitado e inquestionável. Neste sentido, atenta-se que, mesmo diante da constatação dos inúmeros impactos emocionais experimentados pela mulher puérpera, ainda assim é escassa a literatura que trate especificamente sobre esta temática. Deste modo, torna-se imprescindível lançar um olhar de cuidado e atenção à mulher puérpera, uma vez que, ao mesmo tempo em que ocorre o nascimento da criança, nasce também uma mãe, que irá vivenciar diversas modificações e precisará de amparo psíquico para se constituir nesta nova posição.

Palavras-chaves: maternidade; puerpério; saúde da mulher; aspectos emocionais, psicologia perinatal.

Referências:

- BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal. In: BORTOLETTI, Fátima Ferreira et al. (Org.). Psicologia na Prática Obstétrica. Abordagem Interdisciplinar. 1. ed. Barueri, SP: Editora Manoeli Ltda., 2007. cap. 3, p. 21-31
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2006.
- MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1985.
- SALIM, N. R.; ARAUJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 732-739, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400011>.

A DOR QUE SENTIMOS: UM OLHAR PSICANALITICO SOBRE A DOR FISICA

SILVA, Danilo

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
dhaveron@gmail.com

MONTEIRO, Vivian

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A dor é um elemento que perpassa pelo humano e o afeta sobremaneira durante toda a sua vida. Segundo Manoel Berlinck (2008, p.57), o ser humano habita entre a analgesia e a dor crônica. Há uma grande dificuldade, mesmo para a nossa moderna Medicina, em delimitar a dor e o quanto ela afeta o indivíduo em sua vida e, para tanto, criamos uma enormidade de medicamentos de toda ordem, escalas de dor e meios de lidar com ela, seja bioquimicamente ou psiquicamente, sendo que em alguns casos não se consegue delimitar e diagnosticar certas manifestações dolorosas, tais com a fibromialgia, artrite reumatoide, dentre outras. De acordo com Cardoso e Paraboni (2010, p.1205), “Os pacientes dolorosos crônicos não apresentam um comprometimento orgânico, no sentido etiológico, que justifique tamanha dor; a lesão é mínima ou mesmo inexistente”. Convivemos com a dor durante toda nossa existência e trata-se de um elemento que nos afeta intimamente, podendo traumatizar nosso aparelho psíquico, bem como nosso corpo físico. É uma sensação individual: não podemos delimitar as dores do outro, somente a nossa e, mesmo a nossa, temos dificuldade em mensurar ou delimitar. Apesar de todos os estudos envolvendo os aspectos da dor, seja nos campos médicos, seja pela Psicologia e Psicanálise, ainda caminhamos num campo obscuro e cheio de dúvidas. Freud em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895 [1996], p.232) diz que os “dispositivos de natureza biológica têm um limite de eficiência, e falham quando esse limite é ultrapassado”. Essa “falha” quando o “limite” é ultrapassado, para Freud, seria representado pela dor. O corpo tem a tendência à uma fuga da dor, e Freud comenta ainda em seu texto *Projeto*, sobre a dor (1895 [1996], p.233): “As causas precipitadoras da dor são, por um lado, o aumento de quantidade: toda excitação sensorial, mesmo a dos órgãos superiores dos sentidos, tende a se transformar em dor à medida que o estímulo aumenta”. Freud amplia os conceitos para dor no texto *Além do Princípio do Prazer* de 1920, nos conceitos de trauma e dor e suas distinções: “A dor seria uma efração do escudo protetor em área limitada e o trauma, uma efração em grande extensão” (CARDOSO E PARABONI, 2010, p.1205) e também em *Inibição, Sintoma e Angústia* de 1926. Outros autores ampliaram, posteriormente, os conceitos de dor física e psíquica. **Objetivo:** Pretende, através do olhar psicanalítico e de uma revisão bibliográfica, fazer uma breve análise sobre o aspecto da dor física. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão bibliográfica acerca dos aspectos da dor física para a abordagem psicanalítica, a fim de averiguar questões relativas a dor física e como a clínica e teoria psicanalítica as entende. Os critérios para a pesquisa eram a partir da seleção de artigos científicos que preenchesse o seguinte critério: textos que

trabalhassem as questões de dor física especificamente com o olhar psicanalítico de base. Foram utilizados os seguintes descritores de busca: psicanálise, dor e física. As bases eletrônicas consultadas foram a SciELO, PePSIC e BVS no idioma português, sem predeterminação de datas dos artigos. **Resultados e discussões:** a base SciELO não apresentou artigos relevantes para esta pesquisa. Já a base PePSIC apresentou 6 resultados para a busca e a base BVS apresentou 8 resultados, sendo que para ambas as bases, 3 artigos de cada foram relevantes para esta pesquisa. Podemos observar que muitos dos textos retomam os conceitos freudianos através dos textos *Projeto para uma Psicologia Científica*, *Além do Princípio do Prazer e Inibição*, *Sintoma e Angustia* dada a sua enorme relevância para o assunto. Autores contemporâneos como Didier Anzieu, por exemplo, propõem conceitos como o de “Eu-Pele”, sendo este uma espécie de “invólucro” corporal para o Eu Psíquico. Anzieu explica que “a instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico, assegurando ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base” (1989, p.61 apud Cardoso e Paraboni, 2010, p.1210), segue ainda dizendo que “uma dor intensa e durável desorganiza o aparelho psíquico, ameaça a integração do psiquismo no corpo, afeta a capacidade de desejar e a atividade de pensar” (id., ibid., p.255, apud Cardoso e Paraboni, 2010, p.1211). Pontalis (apud Rocha, 2011, p.613) ressalta que que pela mediação da dor, o corpo se torna psiquismo e o psiquismo, corpo. Há uma íntima relação entre a dor psíquica e a dor física, já que como previamente citado, o Eu Psíquico necessita de uma “roupagem” para existir e quando este é alvo da dor física, este “limite” proposto por Freud se rompe e há de haver um acordo entre o somático e o psíquico para que o Eu se sustente, já que a dor surge de uma excitação que, atacando a superfície do corpo, produz uma ruptura, na medida em que quebra os dispositivos protetores do para-excitação (ROCHA, 2011, p.613). Manoel Berlinck (2008, p.59) propõe ainda que o ser humano habita na dor, dela depende para não se sentir desamparado e dela depende o ser humano e sua existência, já que sem ela não teríamos como vivenciar os estímulos lesivos que estão contidos no aqui e agora. Seria uma resposta aos limites orgânicos, bem como do psiquismo, como uma “lembrança” de nossa finitude. Aqui retomamos a teoria freudiana, onde Manoel Berlinck (id., ibid., p. 61) observa que “se, por um lado, a depressão, a dor e a angústia são mecanismos de defesa contra ameaças vindas tanto de fora quanto de dentro do humano, por outro elas são, na maioria das vezes, excessivas em relação a essas mesmas ameaças”. É uma espécie de falha no sistema psíquico, aquilo que deveria defender acaba por atacá-lo. Outro conceito observado seria o de “narcisismo defensivo” ou “redistribuição narcísica”, que seria “uma função regenerativa do narcisismo nas situações traumatizantes em que o ego e, particularmente, o corpo humano pode ser ameaçado de destruição” (ROCHA, 2011, p.610), porém é custoso para o aparelho psíquico essa descarga de energia excessiva e como este terá que lidar com ela. Por fim, verificamos que essas transformações entre dor psíquica e dor física provocam mudanças perenes no Eu, pois a manutenção da dor física para evitar a destruição do Eu demanda grandes quantidades de energia, esvaziando-o, e impedindo que hajam outros tipos de investimento de energia. Desta forma

o Eu se torna a própria dor física e queixa, portanto, é intensa e bastante significativa (CARDOSO E PARABONI, 2010). Em termos de clínica e tratamento proposto pela Psicanálise, Rocha (2011, p.618) propõe que se tente constituir um “vazio positivo”, algo que signifique aquilo que nos constitui, um vazio de existência, para então se abra a possibilidade de construção de algo novo, de algo criativo. Em algo complexo como uma dor do não sentido, cabe a clínica a esta dor um sentido novo, de esperança em algo, que livre o indivíduo do desespero. Que no ambiente analítico se possa dar a escuta necessária para que novos caminhos sejam criados e trilhados. **Conclusão:** A dor é algo que amplamente investigado, mas ainda esconde inúmeras questões sem respostas. Sabe-se que é algo individual, e que não podemos delimitar com precisão, em que momento a dor é algo que indica um trauma físico e nisso se encerra, e em que momento este se torna um trauma psíquico. De qualquer forma, é perceptível que o limiar entre dor física e dor psíquica é bem estreito, e ambas estão entrelaçadas. Freud foi bastante ousado em tentar, inicialmente, criar uma teoria que abarcasse tanto o neurofisiológico em termos neuronais quanto o psíquico e seu texto *Projeto para uma Psicologia Científica*, texto pouco explorado, mas de proposta bastante original. Percebemos o quão intrincado o assunto é, na medida em que atingimos diretamente o psíquico e o orgânico sobremaneira. Marcas no corpo, deixam também marcas no nosso aparelho psíquico, e este cria soluções para lidar com os excessos pulsionais gerados, para evitar que o aparelho psíquico se esfacele. Preservar o Eu é custoso e economicamente díspar, já que a energia pode se esgotar a ponto de que, aquilo que era defesa, se torna algo que ataca o Eu.

Palavras-chaves: Psicanálise; Sofrimento; Dor física.

Referencias:

- BERLINCK, M. T. Psicopatologia Fundamental. 1ª. ed. São Paulo: Ed. Escuta, 2008
- CARDOSO, Marta Rezende; PARABONI, Patrícia. Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica?. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1203-1220, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 mar. 2019.
- FREUD, S. Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1996.
- ROCHA, Z. A Dor Física e Psíquica na Metapsicologia. Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, v. Volume XI, n. 1ª, p. p. 591 - 621, Jun 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200006>. Acesso em: 22 mar. 2019.

PLANTAS MEDICINAIS COMO POSSÍVEIS ANSIOLÍTICOS: VALERIANA OFFICINALIS, PASSIFLORA E PANAX GINSENG

BRAGA, Clidia Cibebe
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
cibelebraga27@gmail.com
FONSECA, Andrey Lucas Neves
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
TOSTES, Mateus Dias
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
CUNHA, Vinícius Arnaud Santos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
LUZ, Diandra Araújo da
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O uso de plantas medicinais, assim como fitoterapia são muito utilizadas na medicina popular, estabelecendo conhecimentos internalizados nos inúmeros praticantes e usuários, principalmente estimulados pela conhecimento e tradição popular. Assim, os produtos naturais podem auxiliar o cuidado primário a saúde, complementando a terapêutica comumente utilizada para os cidadãos de classes menos favorecidas. Embora seja uma prática milenar, com advento da indústria farmacêutica, tal prática sofreu um processo de desuso, mantido em sua maioria em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. No decorrer dos últimos anos, pode-se observar o fortalecimento a indústria de produtos naturais no mercado farmacêutico, aumentando o interesse e a quantidade de estudos realizados nesta área. Atualmente a execução de forma segura dessas práticas vincula-se ao conhecimento previamente concebido pelo profissional de saúde sobre o tratamento com fitoterápicos ou plantas medicinais. A instrução é necessária para uma utilização adequada, sem diminuir a efetividade dos princípios ativos presentes nas plantas, que não apresente riscos de possíveis intoxicações devido ao uso equivocado da medicação. Toda e qualquer planta medicinal apresenta atributos específicos, dentre estes pode-se citar a propriedade calmante, que são o objeto de estudo do presente trabalho. A ansiedade em demasia torna-se patológica, tirando do indivíduo o desejo pela vida, tornando suas relações interpessoais e consigo mesmo mais árduas. O tratamento envolve a psicoterapia e/ou o uso de psicofármacos. Embora, não se possa excluir os medicamentos sintéticos, dispor de tratamentos naturais complementares, saber selecionar e fazer o seu uso adequadamente pode ter benefícios ao paciente. **Objetivo:** Realizar um levantamento das plantas medicinais - *Valeriana officinalis*, *Passiflora* e *Panax Ginseng* - utilizadas popularmente por seus efeitos ansiolíticos, identificar as dosagens utilizadas, os modos de preparo e os efeitos após a ingestão. **Metodologia:** Para realização desta pesquisa, foram realizadas buscas em artigos científicos e bulas no Google Scholer, livros, revistas científicas e SciELO. Para a busca, os termos utilizados foram os nomes científicos das respectivas plantas citadas neste resumo. Não foram estabelecidas limitações para o ano de publicação e foram incluídos

trabalhos disponíveis na língua inglesa. **Resultados e discussões:** A partir dos nomes científicos das plantas, foram selecionados os artigos que apresentavam informações sobre dosagens, modo de preparo e os efeitos advindos da utilização das plantas selecionadas. A primeira espécie encontrada foi a *Valeriana officinalis*, indicada para o alívio dos estados de ansiedade, tensão, estresse, distúrbios do sono e sintomas físicos ocorridos em adultos e crianças. A planta é administrada quase em todos os produtos fitoterápicos que se apresentam como tranquilizantes e indutores do sono. Quando preparada de forma artesanal, a parte utilizada é o rizoma e sua raiz seca, em doses que variam entre 1 grama a 3 grama na forma de infusão, podendo ser administrada 3 vezes ao dia. Outra maneira utilizada para a administração desta planta é o seu material em pó, podendo ser veiculada em comprimidos ou utilizando-se os extratos aquosos ou etanólicos, extraídos de seus rizomas e raízes. A quantidade manipulada em drágeas concentradas, a ser consumida fica restrita em até 200 miligramas diariamente. No que se refere aos efeitos medicinais, não foi totalmente determinado quais os elementos responsáveis pela sua ação sedativa. A principal hipótese diz que a *V. officinalis* atua sobre a via do ácido gama-aminobutírico (GABA), causando um aumento de atividade desse neurotransmissor, o que ocasiona a diminuição da ativação do sistema nervoso central, resultando na sedação observada (GÁRCIA; SOLÍS, 2007). Estudos *in vitro*, também mostram que a sedação ocorrida após o uso da valeriana é provocada por facilitação da transmissão gabaérgica. A segunda espécie medicinal encontrada foi a *Passiflora incarnata*, sendo ela muito utilizada no tratamento da ansiedade, por ter ação ansiolítica e agir como um depressor inespecífico do sistema nervoso central. Destaca-se a *P. incarnata*, devido ao maior número de estudos quanto à ação central, sendo a espécie mais estudada do ponto de vista farmacológico. No trabalho realizado por Akhondzadeh et al. (2001), um extrato de *P. incarnata* L. foi comparado com oxazepam (30mg). Os tratamentos foram administrados durante quatro semanas (16 pacientes por grupo). Os dois grupos apresentaram uma redução significativa em relação à linha de base, não havendo diferença significativa na pontuação final na Escala de Ansiedade de Hamilton. Estes resultados indicam uma eficácia semelhante entre os tratamentos e, portanto, um efeito ansiolítico do extrato. Entretanto, existem algumas limitações neste estudo, que diminuem a validade dos resultados, havendo a necessidade de novos estudos com extrato de *P. incarnata* com um melhor delineamento metodológico. Akhondzadeh et al. (2001) também demonstraram que pacientes tratados com associação de *P. incarnata* (60 gotas/dia) e clonidina (0,8 mg/dia) tiveram sintomas de ansiedade mais leves do que aqueles tratados somente com clonidina (0,8 mg/dia), durante o processo de detoxificação de drogas opióides. Em um estudo clínico realizado em 60 indivíduos, verificou-se que essa mesma preparação reduziu a ansiedade pré-operatória quando administrada 90 minutos antes da realização da cirurgia. Além disso, esse tratamento não desencadeou comprometimento psicomotor pós-anestesia. Outros estudos demonstraram efeito ansiolítico dose-dependente para o extrato metanólico de *P. incarnata*, sendo a atividade máxima observada na dose 125 mg/kg via oral, na dose de 300 mg/kg, não foi observado afeito

ansiolítico. Os autores sugeriam que em doses elevadas um efeito sedativo esteja mascarando o efeito ansiolítico. Algumas das contraindicações da planta são em pessoas com hipersensibilidade e grávidas até três meses. A terceira planta medicinal encontrada foi o *Panax ginseng*. Segundo Kieffer & Pantuso (2003), trata-se de uma espécie utilizada há milhares de anos, principalmente em países do oriente, no tratamento da fadiga, da fraqueza e do estresse físico e mental. É amplamente utilizado para o controle de ansiedade, que pode ser considerada normal ou patológica. Para diferenciá-la é necessário considerar a intensidade da ansiedade que a pessoa apresenta em determinada situação, quanto tempo dura o episódio, com que frequência ela ocorre e o número de comportamentos evitativos disfuncionais. Outro aspecto importante é a avaliação da própria pessoa que experiencia a ansiedade. São encontrados desde as montanhas da China, Japão, até no Leste da Sibéria e Rússia. Exercem efeitos específicos no corpo, de acordo com cada espécie, mas não diferem muito na composição química. Estudos mais recentes evidenciaram os efeitos ansiolíticos dos constituintes das raízes do *P. ginseng* C.A Meyer. Seus principais constituintes químicos, responsáveis pelas suas propriedades terapêuticas são saponinas triterpênicas, denominadas ginsenosídeos. Na medicina popular, tanto o pó das raízes do ginseng como medicamentos contendo a substância em sua constituição tem sido utilizado no tratamento de várias doenças e restabelecimento de estados de exaustão provocado por transtorno psiquiátricos, como os da ansiedade. A provável atividade ansiolítica do ginseng foi inicialmente analisada em ratos e camundongos usando modelos experimentais para ansiedade. A administração oral durante cinco dias do ginseng vermelho (50 mg/kg) e ginseng branco (20 mg/kg) demonstrou resultados positivos ao serem avaliados parâmetros de ansiedade experimental, quando em comparação a ação do diazepam, um conhecido agente ansiolítico, administrado agudamente por via intraperitoneal. Ambas as variedades de ginseng foram efetivas nos testes do campo aberto; labirinto em cruz elevado (plus maze); e no teste do conflito comportamental. Demonstraram efeito significativo sobre a atividade da enzima monoaminoxidase (MAO), associada a condições como ansiedade e estresse. O Pentilenotetrazol aumenta a atividade desta enzima e este efeito foi atenuado no cérebro de ratos pela infusão destas espécies de ginseng. **Conclusão:** O uso de plantas para fins terapêuticos sempre esteve presente na história da humanidade. Sua imortalidade na prática popular empírica faz necessário um olhar mais aprofundado e científico de sua função farmacológica. Em relação a seus efeitos ansiolíticos, diversas plantas são alvos de pesquisas que buscam comprovar sua eficácia no tratamento da ansiedade. Conclui-se que as plantas *P. methysticum*, *V. officinalis*, *P. incarnata* e *P. ginseng* provavelmente desempenham algum efeito ansiolítico e podem ser utilizadas nas terapias alternativos e/ou complementares no tratamento da ansiedade. Pode ajudar tanto os pacientes que buscam outras opções farmacológicas e quanto os que não se adaptam aos efeitos adversos dos tratamentos ansiolíticos tradicionais. Contudo, é importante ressaltar que ainda é necessário a produção de mais pesquisas (controladas e abrangentes) para que a utilização de plantas ansiolíticas tenha seu potencial totalmente

comprovado, bem como para que se consiga avaliar adequadamente os riscos e benefícios de sua utilização.

Palavras-chaves: Plantas medicinais, Ansiolíticos, Pesquisa.

Referências:

- AKHONDZADEH, S., NAGHAVI, H.R., VAZIRIAN, M., SHAYEGANPOUR, A., RASHIDI, H. & KHANI, M. Passiflora no tratamento da ansiedade generalizada: um estudo piloto duplo-cego randomizado controlado com oxazepam. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2001.
- GÁRCIA, E. C.; SOLÍS, Isabel Martínez. "Manual de Fitoterapia". 2. ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2007. Pgs 169-177
- KIEFER, D.; PANTUSO, T. 2003. Panax ginseng. *Am Fam Phys* 68(8): 1539-42.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A AUSÊNCIA DO AMPARO

CORREA, Luana

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

luanalagocorrea@outlook.com

SORDI, Bárbara

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O presente trabalho procura debater sobre a violência obstétrica, apresentando os obstáculos enfrentados pela mulher devido à falta de assistência na hora do parto, que estão presentes em diversos contextos históricos, em ambientes públicos ou privados, no qual interferem diretamente na saúde física e mental da mãe. A visibilização, prevenção e correção desta prática de crueldade é indispensável para que os governos e as instituições sejam estimulados a desenvolver estudos e ações em cima do tema (DINIZ et al., 2015), em especial na região norte, que sofre um alto índice de negligência ao praticar técnicas adequadas durante o trabalho de parto e escassez no uso de práticas naturais e não farmacológicas para a suavização da dor (LEAL et al., 2014). **Objetivo:** Apresentar as várias formas de violência obstétrica que ocorrem durante a gravidez, através de um levantamento bibliográfico. **Metodologia:** Foi realizada pesquisa bibliográfica na plataforma eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), em fevereiro e março de 2019, com a palavra-chave “violência obstétrica”, encontrando-se um total de doze artigos. Como critério de exclusão, considerou-se apenas artigos publicados em português, a partir de 2013. A escolha desta data se justifica devido este ser o período que tal temática passou a ganhar visibilidade, quando os índices de incidência no Brasil passaram ser evidenciados por meio de dados estatísticos, com o debate acerca do padrão de violência frequente em hospitais e quais são as formas de garantir um parto humanizado. **Resultados e discussões:** O termo “violência obstétrica” tem várias denominações, dependendo do campo que discute o tema. Em vários países, inclusive no Brasil, o termo é definido pelas diversas formas de violência que ocorrem na gravidez, durante, depois do parto e, ao abortamento (DINIZ et al., 2015). O marco da conquista pela proteção dos direitos humanos das mulheres e a condição de equidade de gênero foram garantidos pela primeira vez na República Brasileira em 1988, através do Artigo 5º da Constituição Federal: “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” e do Artigo 226, Parágrafo 5º: “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher” (BRASIL, 2013). Desta forma, entende-se que a luta pela melhoria e igualdade de gênero não é recente, e é a partir dos artigos citados que políticas públicas voltadas para a mulher foram se fortificando. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este modelo de violência foi dado como questão de saúde pública. A violência obstétrica já era um assunto discutido desde o final do século XX, mas não tinha tanta atenção devido à “resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das

mulheres pobres a serviços essenciais” (DINIZ et al, 2015, p. 2), contudo a partir do século XXI as buscas sobre o assunto se intensificaram e se estabeleceram na área das pesquisas. Entre os estudos, aponta-se o Brasil como o país que possui uma demasiada quantidade de cesarianas. A pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014), de base hospitalar, realizada entre 2011/2012, entrevistou 23.894 mulheres, tendo como uma de suas finalidades observar as intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto de mulheres que correm risco obstétrico habitual. Ao considerar apenas tais casos de risco obstétrico habitual, apontou que 45,5% foram cesáreas e 54,5% foram vaginais, entretanto, do grupo de mulheres que tiveram parto normal, apenas 5,6% não sofreram nenhuma intervenção. “Em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a amniotomia ocorreu em cerca de 40% delas, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente” (LEAL et al., 2014, p. 20). No quesito geográfico, mesmo que não seja simples avaliar o conjunto de informações apuradas no Brasil, por conta da diversidade e a extensão geográfica do território, a Região Norte apresentou a maior chance que uma gestação provenha de uma cesariana do que em qualquer outro local do país. Tal fato ocorre em consequência da menor cobertura por planos de saúde da região e do maior número de cesáreas nos serviços públicos e privados, tendo o último uma quantidade duas vezes e meia maior que no serviço público (LEAL et al., 2014). “É provável que esses dados sejam mais o reflexo de uma prática de abandono das mulheres à própria sorte do que um modelo humanizado de atendimento, já que todas as boas práticas apresentaram menor frequência nessas regiões e os indicadores obstétricos e perinatais são os piores do país.” (LEAL et al., 2014, p. 27). Além de tais procedimentos correrem risco de complicações, são excessivamente dolorosos e sem necessidade, visto que a maior parte destas práticas ocorrem mesmo quando a saúde da gestante ou do bebê não corre risco. Quando o acolhimento do serviço de saúde para com a parturiente é feito com prudência, dedicação e paciência, pode-se dizer que o procedimento foi humanizado. Um parto humanizado não se reduz a tratar bem as pessoas, ele também engloba o respeito à singularidade de cada um, a empatia ao lidar com as crenças e valores de cada parturiente. Essas condutas são imprescindíveis tanto para a mulher, quanto para a família e/ou acompanhantes, para que qualquer dúvida relacionada à gestação e sobre o procedimento seja esclarecida, ouvindo as questões que ela traz, passando confiança para a parturiente e possibilitando que essa vivência seja segura. Uma boa receptividade estreita os laços entre a puérpera e os profissionais, prevenindo, assim, aborrecimento e aflição. A realização dos procedimentos adequados traz benefícios à saúde materno-infantil. Ao invés de técnicas invasivas e desrespeitosas, podem ser usados procedimentos não farmacológicos para amenizar a dor, como o posicionamento livre ou até mesmo a retomada do parto como um episódio natural e orgânico. Dar autonomia à mulher para a movimentação espontânea durante o trabalho de parto é importantíssimo para que os limites corporais da mesma não sejam

ultrapassados, para que ela atue como sujeito ativo e tenha seus benefícios garantidos (POSSATI et al, 2017). **Conclusão:** Atualmente, a luta pelo parto humanizado é uma realidade no Brasil, fazendo com que muitas mulheres travem verdadeiras lutas individuais por seus direitos, ainda que sem garantias. Conclui-se que um procedimento humanizado ocorre somente quando a equipe reconhece a parturiente como ser de direitos e acolhe o parto e o nascimento como um momento ímpar, determinante, na relação mãe-bebê, suspendendo técnicas invasivas, que tem como objetivo acelerar o nascimento, e utilizando a Cesária, apenas quando, de fato, necessária, obedecendo um contrato de parto. O parto natural não passa pelo controle da medicina, desde a escolha do momento de nascimento e a duração de sua ocorrência, até questões econômicas, devido não utilizar sala cirúrgica e seus insumos e internação. Portanto, sua implementação envolve não apenas uma mudança de cultura da formação médica, como também questões econômicas. A compreensão do feminismo e da árdua luta das mulheres pelos seus direitos sexuais e reprodutivos é importantíssima, visto que, antes da violência obstétrica se tornar uma pauta no movimento feminista, a maternidade era experienciada pela mulher em circunstâncias completamente submissas, sem tornar visíveis estas condições. Apesar da evolução conquistada, ainda mínimas, muitos obstáculos precisam ser quebrados, como a discriminação racial, classe social e relações hierárquicas de gênero. O movimento feminismo negro, por exemplo, tem denunciado que não apenas o maior número de violências sexuais e de gravidez na adolescência acontecem com mulheres negras, mas também as violências obstétricas são alarmantes, por presumirem que estas aguentam mais dor. Assim, faz-se urgente a interlocução dos estudos feministas e de gênero na formulação de políticas públicas e para o desenvolvimento do protagonismo social. Estar ciente dos seus direitos e reconhecer estes inúmeros problemas como práticas de violação é de suma importância para que mais mudanças nas técnicas impostas pela equipe do hospital e nas políticas públicas sejam exigidas.

Palavras-chaves: Violência obstétrica; Parto humanizado; Violência contra a mulher

Referências:

- BRASIL. Portal Brasil. Constituição de 1988 é marco na proteção às mulheres. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/constituicao-de-1988-e-marco-na-protacao-as-mulheres>>. Acesso em 13 de mar. 2019.
- DINIZ, S. G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de baixo risco. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2019.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2019.

TÉCNICAS ALTERNATIVAS PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL- TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS

LEÃO, Bianca Campelo De
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
bcampeloleao@gmail.com

ROCHA, Caroline Do Socorro Lucena Da
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

GUIMARÃES, Clarisa Dos Santos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

RODRIGUES, Ingrid Brito
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

LUZ, Diandra Araújo da
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A ansiedade em seu aspecto patológico é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014) como sendo um transtorno que inclui características que vão desde perturbações comportamentais à ansiedade excessiva e complicações emocionais, sendo o medo a principal resposta emocional manifestada diante da ameaça percebida, configurando-se como um elemento fóbico que confere prejuízos em diferentes e importantes níveis da vida do indivíduo. Dentro desse contexto, há o Transtorno de Ansiedade Social – TAS que, segundo o DSM-5 (APA, 2014), tal transtorno tem como característica essencial o medo intenso de situações nas quais o indivíduo pode ser avaliado, há um grande receio de comportar-se inadequadamente, causando reprovação e crítica negativa. Representa um problema grave de saúde mental, com características incapacitantes em suas diferentes formas de apresentação. Pensando sobre isso, o presente trabalho buscou trazer um levantamento bibliográfico acerca do que se tem publicado concernente a técnicas alternativas para o tratamento do transtorno de ansiedade social (HEIMBERG R et al., 2005; apud MULULO SCC, et al., 2009).

Objetivo:: Realizar um levantamento bibliográfico acerca dos tratamentos indicados para o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), tendo como viés diretivo técnicas não farmacológicas de intervenção; optou-se por destacar a Terapia Cognitivo-Comportamental e seus manejos em diferentes aspectos clínicos e interpessoais. **Metodologia:** Empregou-se uma revisão sistemática, baseada em artigos considerados relevantes para a temática Técnicas Alternativas para o Transtorno de Ansiedade Social – TAS. Foi realizada uma revisão de artigos nacionais, livros, manuais e dissertações publicadas entre os anos de 2000 e 2016, utilizando-se da base de dados Google Acadêmico. Sobre os critérios de inclusão, optou-se por pesquisas que abordavam técnicas alternativas de tratamento para o transtorno de ansiedade social ou fobia social, bem como os benefícios de cada resultado. Foram excluídos artigos que não eram relevantes para a temática definida ou não correspondiam ao nosso objetivo. Foi realizado um levantamento a partir de 17 artigos publicados, dentre os quais, 4 foram selecionados para o trabalho. **Resultados e discussões:** A revisão da literatura

sugere que o TAS é uma condição que acomete a população geral, causando diversos comprometimentos nos âmbitos sociais e pessoais devido sua cronicidade e comorbidade. Caracterizada por inibição social e uma intensa e desconfortável timidez, que leva a uma debilidade nas habilidades sociais e comportamentos evitativos frente a exposições à situações relacionais e de desempenho, que na maioria das vezes provoca imediatamente uma resposta de ansiedade, de pensamentos irrealis e exacerbados, percepção deturpada, e de uma excessiva autocrítica de suas atitudes, ativando diretamente sintomas cognitivos, físicos e comportamentais. Diante desse cenário incapacitante, percebe-se a importância indispensável de uma abordagem de tratamento que possa contribuir para que os indivíduos com esse transtorno examinem seus medos irracionais e reduza os comportamentos de evitação. A TCC é a modalidade não farmacológica mais estudada no tratamento da Fobia Social e sua eficácia foi demonstrada em um grande número de investigações. (D' EL REY; ABDALLAH, 2006). Possuindo duração limitada ao tempo, é uma técnica orientada para o presente e funciona por meio de uma aliança colaborativa entre terapeuta e paciente em direção à questão problema, a partir dela, o sujeito é conduzido a aprender competências necessárias para melhorar seu desempenho interpessoal e alterar pensamentos distorcidos. Por se tratar de uma abordagem em que sua base está na identificação e modificação de pensamentos ou sentimentos, priorizando, porém não se restringindo, a técnicas utilizadas em sessão e em casa como tarefas, em que o terapeuta possui um papel colaborativo nesse processo. As principais técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental para a fobia social foram descritas a partir de um levantamento bibliográfico, são estas: a de exposição, o treino de habilidades sociais, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, psicoeducação e terapia de grupo. Tais técnicas visam trabalhar com o pressuposto para se investigar com precisão como cada pessoa responde de forma distinta a cada técnica aplicada, passando pela mudança de pensamentos e sentimentos, por conseguinte, que contribuem para manutenção da ansiedade social.

Conclusão: O Transtorno de Ansiedade Social – TAS é uma das mais prevalentes desordens psicológicas na população; seu diagnóstico, muitas vezes associado com a timidez ou situações ansiogênicas, ainda se mostra um tanto negligenciado. Todavia, a correta orientação para tratamento minimiza, se não todos, pelo menos os principais efeitos negativos que esta grave condição impõe a seus portadores. O cunho de pesquisa, no qual este trabalho é pautado, buscou avaliar os meios de intervenção para o TAS, tendo como referencial estudos recentes em psicoterapias alternativas e técnicas eficazes além das medicamentosas (nessa perspectiva, evidenciam-se procedimentos não farmacológicos). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), segundo a literatura científica, constitui-se hoje como a principal influência terapêutica para o quadro descrito.

Palavras-chave: Tratamentos não farmacológicos; Terapia cognitivo-comportamental; Transtorno de Ansiedade Social.

Referências:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; ABDALLAH, Hassan Bayat. Intervenções cognitivas e comportamentais na fobia social. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos. São Paulo. 2006. Disponível em** <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0284.pdf> >. Acesso em: 15 Mar. 2019.
- D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. Cognitive-behavioral therapy of social phobia: models and techniques. *Terapia cognitivo-comportamental de la fobia social: modelos y técnicas. Psicol. estud., Maringá*, v. 11, n. 2, p. 269-275, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mar. 2019.
- MULULO, Sara Costa Cabral et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Rev Psiq Clín.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p.221-228, jan. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/17235/19246>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

O USO DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA HEMODIÁLISE

NUNES, Valéria

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

rayara_valeria@hotmail.com

BACCHINI, Alessandro

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente

alessandromelobacchini@gmail.com

LOBATO, Samantha

Nefrocentro, preceptora de campo

samlobato@hotmail.com

Introdução: Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN (2014) a Insuficiência Renal Crônica (IRC) pode ser compreendida por uma lesão nos rins, assim originando a perda gradativa e irreversível da atividade desse órgão. Em algumas situações, os rins podem não mais conseguir manter a homeostase do organismo, acarretando sérios prejuízos à saúde do indivíduo. De acordo com Barros (2004) no momento em que a função renal atinge menos que 10%, os rins se encontram em estágio terminal em sua função e serão necessários tratamentos dialítico e/ou transplante. Segundo Guimarães (2004) a hemodiálise é um tratamento invasivo, exaustivo e desgastante, e além disso ocorre grandes mudanças no cotidiano do paciente, devido comprometer a sua saúde, sua vida social e econômica, além da mudança da sua imagem corporal e a modificação na independência e autonomia. Cavalcante *et al* (2011) afirmam que as modificações no cotidiano, ocasionando um desgaste físico e emocional e a falta de esperança acaba abalando visceralmente a qualidade de vida do paciente. Desta forma, podemos observar profunda insatisfação (Cavalcante *et al*, 2011) e perda de expectativas sobre o futuro (ARRUDA, 2004). Neste ínterim, Fortes *et al* (2010) considera que devido esses acontecimentos, as intervenções lúdicas podem se tornar aliadas ao tratamento também com adultos. De acordo com Santos (2000) o uso das atividades lúdicas facilitaria a melhora da autoimagem, auto estima e seu autocuidado, além de ajudar no interesse e concentração, na autoconfiança e na redução do sentimento de culpa e inutilidade. Brasil e Schwartz (2005) comentam que as atividades lúdicas são pertencentes aos seres humanos, já que permitem a compreensão de experiências dolorosas e facilitam relações interpessoais. Para além de atitudes de enfrentamento, a proposta lúdica também pode ter como efeito, um distanciamento momentâneo da dura realidade vivida, cedendo espaço a subjetividade para exercício de sua autonomia, relaxando as tensões e estimulando tanto a livre expressão verbal, quanto a não verbal (RABELO & PADILHA, 1998). Se, de acordo com Paula *et al* (2016), os serviços de saúde ainda insistem em relegar a segundo plano o que não é de ordem biológica, no tratamento hemodialítico isto não se mostra diferente. Neste cenário, é fundamental exercitar a construção de práticas de cuidado voltadas para as necessidades singulares dos sujeitos, que atentem também para os aspectos psicológicos ligados ao adoecimento, pois tratamos de indivíduos

biopsicossociais. Com isso, acredita-se que a utilização de recursos lúdicos é uma via eficaz no desenvolvimento do protagonismo e da autonomia, de forma a oportunizar uma melhoria da qualidade de vida diante das angústias e tensões que as doenças crônicas trazem para o cotidiano daquelas pessoas. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico em relação a importância das atividades lúdicas para pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos em relação à importância do lúdico para pacientes em hemodiálise, para isso foi utilizado artigos anexados na base de dados do Google Acadêmico, SciELO e PePSIC. **Resultados e discussões:** Foram levantados três artigos durante os últimos nove anos sobre a Insuficiência Renal Crônica e a influência do lúdico no momento da hemodiálise. Foram realizadas pesquisas em relação aos últimos nove (nove) anos aonde foram identificados alguns artigos sobre a análise temática assim trazendo as contribuições das atividades lúdicas no momento do tratamento dos pacientes renais crônicos. **Conclusão:** Diante do exposto, concluímos que as modificações limitantes que a Insuficiência Renal Crônica (IRC) traz sobre a vida do paciente dizem respeito não somente em seu estado físico e biológico, mas a um todo referente ao devir humano – inseparável de sua condição subjetiva também. Neste ponto, salientamos como o lúdico, ao ser realizado durante a hemodiálise dos pacientes, pode romper a rotina do tratamento e promover uma melhor qualidade de vida diante das angústias que a patologia traz para o paciente.

Palavras-Chaves: Insuficiência Renal Crônica, Hemodiálise, Atividade Lúdica.

Referências:

MATURANA, Ana Paula Pacheco Moraes; CALLEGARI, Bianca e SCHIAVON, Vanessa. Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. *Psicol. hosp.*(São Paulo). 2016, vol.14, n.1, pp. 94-116. ISSN 1677-7409.
FORTES, Vera Lucia Fortunato; ASSONI, Sheila; MENEZES, Monica Durante; POMATTI, Dalva Maria. Atividades lúdicas durante a sessão de diálise. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.2, n.2, p. 398-408, 2010.
PAULA, Tailah Barros de et al . Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 37, n. 1, p. 146-158, jan. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100146&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 mar. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682014>.

O LUTO NAS DIFERENTES ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

SILVEIRA, Jessica

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

jpsilveirahsm@gmail.com

RAMOS, Clarisse

Faculdade Norte Capixaba de São Mateus (MULTIVIX), discente.

RODRIGUES, Ingrid

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

OLIVEIRA, Ianca

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ROCHA, Rayssa

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

NASCIMENTO, Gabriela

Universidade de Amazônia (UNAMA), docente

gsouzanascimento@gmail.com

Introdução: Para melhor compreender a definição de luto, deve-se pensar na ideia de perda. Este processo não está relacionado somente ao falecimento de uma pessoa, mas ao desligamento de algo ou alguém que tenha valor afetivo ao sujeito. Para Freud (1917), o luto é definido como uma reação à perda de um ente querido, entendido como objeto no qual houve investimento libidinal. Assim, é possível falar que um indivíduo está enlutado pela perda de uma pessoa, um emprego ou uma mudança de casa ou cidade. Além disso, vale considerar que existe uma funcionalidade na vivência do luto. Essa é uma superação que ocorre de modo pessoal e individual, até o ponto em que é produzida uma reacomodação da vida, isto é, uma readaptação à perda (JARAMILLO, 2006). Kübler-Ross (1969) definiu cinco estágios durante o processo de reconciliação com a morte, são eles: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Para a autora, nem todas as pessoas passam por estes estágios ou na mesma sequência. **Objetivo:** Investigar o impacto do luto, nas diferentes faixas etárias do desenvolvimento humano, infância, adultez e velhice, de acordo com dados da literatura. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico através de artigos acadêmicos encontrados nas bases de dados PePSIC e SciELO, com os seguintes palavras-chave: "luto e criança", "luto adolescente/luto adolescência", "luto adulto/luto mães" e "luto idoso", abrangendo o período de 2006 a 2017. Ao todo foram encontradas 50 publicações, das quais apenas 8 foram selecionadas por corresponderem aos critérios propostos. Foram incluídos artigos com textos disponíveis em português, cujo assunto abordado fosse pertinente ao tema, de modo que uma das fases específicas do desenvolvimento estivesse diretamente relacionada à vivência do luto. Foram recusados outros tipos de trabalhos tais como teses, resenhas, livros e capítulos de livros e publicações distantes do tema proposto, bem como as obras cuja abordagem principal estivesse relacionada ao luto entre profissionais da área da saúde ou familiares, sem priorizar uma das fases do desenvolvimento humano. Posterior ao levantamento dos artigos, os resumos foram analisados segundo os critérios

de inclusão e exclusão estabelecidos. Os textos dos trabalhos selecionados foram recuperados na íntegra e submetidos a uma leitura analítica. **Resultados e discussões:** Diante dos trabalhos analisados, chegou-se a conclusão de que a infância é um período do desenvolvimento humano em que muitas vezes é negada a explicação acerca da morte, o que pode acarretar em grandes danos para a elaboração do luto pela criança. Esta, independentemente da idade em que se encontra, necessita do cuidado das pessoas mais próximas, para que se sinta protegida e, assim, possa construir uma relação terapêutica que vise o melhor enfrentamento do luto. Segundo Torres (1999), no período da infância é importante o apoio dos adultos, pois na fase pré-operacional essa criança não tem esclarecido para si a concepção dos atributos do luto, tornando mais difícil a elaboração desse processo. Já na fase de operações concretas, a criança ainda não consegue simbolizar a morte, apesar de saber que isso ocorre no mundo animado. Ela faz uso, então, de fantasias que se relacionam ao luto, e as referidas contribuem neste enfrentamento, pois viabilizam a compreensão de seus sentimentos e o entendimento da perda ocorrida, auxiliando nesta passagem dolorosa. A respeito da segunda fase do desenvolvimento humano, a adolescência, observou-se que, por ser um período de transição e muitas mudanças, devido a contextos biopsicossociais, os adolescentes acabam por relacionar o luto a processos identificatórios. Notou-se também que alguns adolescentes buscam as redes sociais como estratégia de enfrentamento do luto, pois através das mesmas encontram meios de desabafo e despedida do objeto/pessoa perdida. Acerca da fase da vida adulta, observou-se a relação entre a aproximação afetiva com o objeto/pessoa perdida e a intensidade do luto, ou seja, quanto maior o grau de importância, maior a dor da perda. Ressaltou-se a importância de expressar os sentimentos envolvidos na vivência do luto, para que haja a abertura à novas possibilidades de vida. Abordando especificamente a experiências de mães que perderam filhos, identificou-se que a má elaboração do processo do luto resulta numa dificuldade de maternagem com o outro filho. Em experiências de interrupção gestacional por má formação fetal letal, as mães usaram questões religiosas e de autoculpabilização para explicar a morte do filho. Na velhice, última etapa do desenvolvimento, a elaboração do luto pode não acontecer de maneira adequada, pois, apesar desta ser vista como uma fase de sabedoria, o que indicaria uma vivência mais adaptada ao envelhecimento, a pessoa idosa, por já sofrer de exclusão social e estigmas, muitas vezes não tem seu sentimento validado e é negado de passar pelo tempo natural do luto, acarretando num sofrimento que, em diversos casos, se manifesta de maneira somática. Conclui-se, a partir dos estudos acima expostos, que os impactos do luto ocorrem em todas as etapas do desenvolvimento humano. Cada fase possui suas singularidades, mas todas mantêm o mesmo padrão de necessidade voltada à importância de uma rede de apoio pela qual a pessoa possa expor os sentimentos oriundos do luto, como negação, raiva e tristeza. Observou-se que a intensidade do processo de luto não está associada a alguma etapa específica do desenvolvimento humano, mas sim ao grau de intimidade e importância do objeto perdido. Vale ressaltar a necessidade de produção científica a respeito do tema, bem como uma variação

das abordagens da psicologia mostrando outras possibilidades de olhares. **Conclusão:** Neste trabalho foi abordada a vivência do luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano, e conclui-se que não há uma etapa onde o impacto do luto seja mais intenso que em outras, pois cada uma possui singularidades e especificidades que as diferenciam entre si. A vivência do luto tem como funcionalidade a readaptação da vida frente as perdas e, sendo estas inerentes à existência de qualquer sujeito, cada pessoa lida com esse processo de maneira muito individual, de acordo com sua história de vida e como foram elaboradas as perdas desde o seu nascimento.

Palavras-chaves: Luto na infância, luto na adolescência, luto na adultez, luto na velhice.

Referências:

- BOWLBY, J. Apego, perda e separação. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a04v26n1.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2017.
- DOMINGOS, B.; MALUF, M. R. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 577-589, 2003.
- JARAMILLO, Isa Fonnegra de. Morrer bem. 1. ed. São Paulo: Editora Planeta, 2006.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: POSTURA HUMANIZADA PAUTADA NAS ATITUDES FACILITADORAS ENQUANTO DISPOSITIVO DE CUIDADO

ALMEIDA, MARIANA LOPES DE
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
marianalopes25@hotmail.com

LEBREGO, Arina
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
MOTA, Camile Pantoja
Universidade da Amazônia (UNAMA), preceptor

Introdução: A comunicação de uma má notícia ao paciente e seus familiares, implica direta ou indiretamente em alguma alteração negativa na vida destes. Partindo deste pressuposto, entende-se que do ponto de vista do paciente, o recebimento desta é concebido como desagradável em seu contexto, não necessariamente estando vinculado a notícias mais ou menos graves ou dramáticas, mas sim a aspectos que possam ser traumáticos para sua rotina e atividades de vida diária (LINO, et.al, 2011). A postura profissional do ato de comunicar está diretamente relacionada a uma postura humanizada frente ao cuidado com o paciente. Segovia (2017) refere que uma pessoa esta mais humanizada à medida em que suas faculdades intelectuais, sua sensibilidade afetiva e sua capacidade estimular, escolher e apreciar os valores intelectuais estão mais desenvolvidas, classifica ainda que comunicar notícias difíceis é uma ato extremamente humano, sendo ao mesmo tempo um momento de maior grandeza para quem comunica e um dos mais difíceis, sendo portanto reconhecida pelos profissionais da saúde como uma das situações que mais geram tensão na prática diária. Sendo assim, a comunicação eficaz se dá quando há quando a intenção do emissor (profissional) é idêntica a interpretação do receptor (paciente e seus familiares), em situação de crise emocional o objetivo desta comunicação é facilitar a expressão de sentimentos e emoções que devem estar enquadrados em um contexto de ajuda e apoio emocional, esse contexto é propiciado ao passo em que se fornece segurança e confiança através do respeito, da empatia e da autenticidade, cuidando para que se utilize termos simples e em locais e momentos adequados (SEGOVIA, 2017).

Objetivo: Refletir acerca do processo de comunicação de más notícias nos hospitais, através de uma postura mais humanizada de quem comunica, estando esta pautada nas atitudes facilitadoras, enquanto dispositivo de cuidado.

Metodologia: Estudo de caráter qualitativo e bibliográfico, tendo como base a literaturas atualizadas, acerca das temáticas abordadas. **Resultados e**

Discussão: Diante da comunicação eficaz de más notícias ressaltarei três pontos, aos quais estão intimamente ligados a este processo, tanto no que diz respeito à postura e a prática do profissional, quanto nos mecanismos reacionais do paciente e seus familiares, são estes: o protocolo SPIKES; a relação de ajuda e a escuta ativa; e o processo reacional advindo de uma má notícia. De acordo com Lino et.al (2011), a literatura oferece algumas orientações gerais sobre a sistematização e a transmissão de uma má notícia, com o intuito de torna-la

menos traumática para quem comunica e ao mesmo tempo focalizando a atenção no paciente, neste sentido, o protocolo SPIKES é um dos protocolos mais utilizados pelos profissionais da saúde, por apresentar de maneira didática seis passos para se comunicar más notícias: 1) *setting up*, preparação do médico e do espaço físico; 2) *perception*, perceber se o paciente tem consciência e conhecimento de seu estado; 3) *invitation*, momento em que se convida o paciente ao diálogo e procura entender o quanto ele deseja saber sobre sua doença; 4) *knowledge*, transmissão das informações pertinentes, recomenda-se que esta transmissão contenha frases introdutórias que sinalizem que más notícias virão e checar a compreensão do paciente; 5) *emotions*, responder empaticamente à reação do paciente, expressando emoções e, 6) *strategy and summary*, busca a diminuição a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico, as estratégias e o que pode vir a acontecer. Segundo Segovia (2017), o processo de comunicação eficaz pautado em uma situação de crise emocional só é possível ao falarmos do estabelecimento de uma relação de ajuda, esta é vinculada nas relações interpessoais, que podem gerar grande satisfação ou grandes conflitos, quando nos relacionamos com alguém que esta doente, o ambiente emocional em torno dela fica afetado pela dor e possíveis limitações, assim em muitas circunstâncias a única ajuda que os profissionais de saúde podem dar é o apoio emocional, pois após a ciência e a tecnologia atingirem seus limites em relação a cura e ao tratamento, o que resta e é muito importante é o cuidado e o conforto, dado através do hospital, da relação pessoa-pessoa, na busca de humanizar a relação profissional-paciente, ou seja, a humanização do relacionamento no ambiente hospitalar, perpassa pelo estabelecimento de uma relação de ajuda. Para Carl Rogers (1956, apud SEGOVIA, 2017), a relação de ajuda é definida como toda relação na qual uma das partes tenta promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, o amadurecimento e a capacidade de funcionar melhor e enfrentar a vida de maneira mais adequada. Para que seja uma relação eficaz, esta deve estar sustentada na tríade rogeriana: consideração positiva incondicional, voltada para o respeito ao outro, mesmo estando em completo desacordo; empatia, capacidade de captar a experiência do outro e entender seus sentimentos, atitudes e comportamentos; congruência ou autenticidade, proporcionando autoridade, confiança e carisma, na ausência de qualquer um dos aspectos dessa tríade o insucesso desta relação é mais provável. Aliada a relação de ajuda, temos a escuta ativa, a qual é um ato involuntário acompanhado por um esforço maior da parte do ouvinte, neste caso os profissionais que constituem a equipe de saúde, proporcionando atenção e cuidado, permitindo que o paciente comunique o que realmente lhe preocupa, oportunizando compartilhar seus medos e proporcionando apoio emocional, a paciência e o respeito, são elementos que ajudam nesta escuta, e devem estar acompanhados de uma atitude tranquila, uma postura adequada e uma expressão facial que demonstre interesse (SEGOVIA, 2017). Ao se concretizar a comunicação, o paciente poderá reagir de maneiras diferentes frente ao adoecimento. Simonetti (2018) parte do princípio de que a doença é um evento central na vida do paciente e diante dela, ele pode assumir quatro principais posições, são elas negação,

revolta, depressão e enfrentamento. Na posição de negação, o paciente pode agir como se a doença não existisse ou sua gravidade é minimizada, provocando o adiamento de providências e cuidados necessários, não se dá por falta de informação e sim por falta de condições psicológicas. Já na posição de revolta, o paciente enxerga a doença e enche-se de uma revolta que é pode ser direcionada para qualquer lado, contra própria doença, contra o médico que comunica e a equipe de saúde, contra si mesmo, contra a família ou contra quem aparecer por perto, essa posição caracteriza-se por uma intensa atividade que nem sempre é produtiva, podendo ser mera agitação. A posição depressão é o oposto da anterior, o paciente se entrega passivamente a sua doença, é como se ele desistisse por estar sem perspectiva para o futuro, podendo negar qualquer esforço frente ao tratamento, é uma fase de desesperança onde acredita-se que a cura ou o tratamento são impossíveis. Por fim, a posição enfrentamento, é um momento em que o paciente encara a doença de forma mais realista, dando adeus a fantasias e ilusões, propicia uma maior fluidez emocional, onde todas as emoções se fazem presentes, bem como a alternância do comportamento de luta e luto. **Conclusão:** pode-se perceber o quanto o ato de comunicar-se na instituição hospitalar gera repercussões, tanto em quem comunica, quanto em recebe a mensagem da comunicação. A comunicação de más notícias é algo rotineiramente presente em tal ambiente e na prática de uma equipe de saúde, questão esta que pode gerar adoecimento também a este profissional, o qual não estar preparado emocionalmente para lidar com suas perdas, nem tampouco com as de seu paciente. O processo de comunicação eficaz, pautado em uma postura humanizada e sustentado pelas atitudes facilitadoras pode auxiliar o profissional em sua postura, além de ser concebido como dispositivo de cuidado eficiente para o paciente, podendo auxiliá-lo no entendimento do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: comunicação de más notícias; postura humanizada; cuidado; atitudes facilitadoras.

Referências

LINO, Carolina Arcanjo; AUGUSTO, Karine Lustosa; OLIVEIRA, Rafael Andrade Santiago de; FEITOSA, Leonardo Bezerra; CAPRARA, Andrea. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (1) : 52-57; 2011
SEGOVIA, Carmen. Comunicação em Situações Críticas. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2017.
SIMONETTI, Alfredo. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. 8 ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2018.

CULTURA DO ESTUPRO E O FUNK

BARBOSA, Gleice
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
camilgaiab1@gmail.com
SILVEIRA, Jessica
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
SORDI, Bárbara
Universidade de Amazônia (UNAMA), docente
barbarasordi@gmail.com

Introdução: De acordo com Marilena Chaui (1986, p.14), “a cultura no sentido amplo é o campo simbólico e material das atividades humanas”, ou seja, por meio desta constroem-se códigos e representações culturais normativas, que cumprem função de organização e legitimação da ordem social. Desse modo, pode-se depreender através dos postulados de Foucault (1978, p.248), que a cultura funciona como uma tecnologia de poder, ou melhor, dispositivo de poder, o qual configura como “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles”. Para o autor, existem modos de subjetivação realizados por meio de práticas discursivas que advém das diversas instituições de linguagem – escola, jurídica, midiática, familiar, etc – e que materializam corpos, passando uma ideia de naturalidade da essência humana. Em consonância com esta formulação, Joan Scott (1988), afirma que o gênero é a forma primária de dar significado às relações de poder, no qual a partir desta fomenta-se uma hierarquia: dois binômios, atrelados ao sexo, o feminino e masculino, que em virtude de modos de legitimações de poder, apregoa a mulher uma condição de subordinação e inferioridade e ao homem status de potência, em virtude de um jogo de poder e normativas falocêntricas. Assim, através da lógica foucaultiana, o dispositivo de poder institui modos e serviços para sua função e manutenção, por meio do saber-poder, sendo este um conjunto de “efeitos produzidos no corpo, nos comportamentos, nas relações sociais” (p. 120). Infere-se a violência como um dos serviços/modos de fortalecimento desta práxis, através de atos e ações perpetuadas em nosso cotidiano fruto de uma historicidade patriarcal e impositiva, como a discriminação gênero/sexo, educação sexista formal e informal, obstrução da liberdade sexual, além de assédio, abuso, intimidação, estupro e morte (SANTOS, 2018, p.23), fatores estes que dão forma a chamada cultura do estupro. Segundo dados estatísticos globais levantados pela OMS (2017) uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida e 38% dos assassinatos é por seus parceiros. De acordo com Ministério dos Direitos Humanos (2018), baseado em atendimentos da Central de Atendimento à Mulher, somente no período de janeiro a julho registrou o total 79.661 relatos de violência. Em 2017, o Brasil registrou cerca de 164 casos de estupro por dia, chegando ao total de 60 mil, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o qual estima uma percentagem ainda maior de 500 mil por ano. Somente na primeira semana de 2019, foram registrados 21 casos de

feminicídio, segundo levantamento do doutor e pesquisador em Direito Internacional Jefferson Nascimento. Sousa (2017) define a cultura do estupro como o conjunto de violências simbólicas que viabilizam a legitimação, a tolerância e o estímulo à violação sexual. Cultura do estupro se dá quando se escuta frases do tipo: “Você vai com essa roupa?”, “Mas também você deu confiança”, “Não foi nada de mais, é apenas um *fiu fiu*” dentre tantas outras, reflexo direto de *modus operandi* social a qual reverbera padrões machistas e misóginos, no qual há uma autorização implícita sobre o corpo da mulher, uma legitimação da violência, bem como uma culpabilização destes atos a conduta moral feminina. É uma cultura sutil que aparece nas letras de música, nos filmes, nas piadas, nas organizações espaciais, nas normativas e, até mesmo, nos julgamentos sociais. Muitas vezes, quase imperceptíveis quanto ao seu conteúdo, devido o pouco questionamento e a própria naturalização. Esta também aparece quando uma mulher é violentada ou abusada e questionam o tipo de roupa que estava usando, onde estava ou quando, muitas vezes, perguntas realizadas pelos próprios agentes estatais, o que demonstra que a cultura do estupro também é institucionalizada. Ou quando, em uma festa, a mulher precisa falar, mais de uma vez, um “*não*” e, mesmo assim, não ser respeitada, além de tantos outros exemplos que poderiam ser citados e que ocorrem cotidianamente. Logo, esta cultura é viabilizada pelas mais diversas tecnologias sociais, originando-se na linguagem, dentre estas a expressão musical adquire destaque, pois contém caráter formativo e socializador. Além disso, para Wisnik (2007) a música em sua ontologia faz-se metafórica, pois simboliza o retrato ideológico da sociedade. Diogo Silva Manoel complementa ao dizer “[...] que a canção é uma interlocutora de acontecimentos culturais e sociais no mundo contemporâneo” (2014, p.4), assim, essa prática atua na construção das subjetividades. No contexto nacional, o gênero musical funk, que tem sua origem no final dos anos 70, atuando como estratégia de denúncia e de catarse diante das relações neocoloniais, assim, um ato cultural emancipatório (GUIMARÃES et al., 2018), é atualmente um fenômeno, que diferente de seus primórdios alcança todas as camadas sociais. Contudo, muitas das suas vertentes atuais propagam a coisificação e subjugação da mulher, com letras sexistas, misóginas e opressoras. Dentre este universo, elegeu-se a música “Só surubinha de leve”, de autoria de Mc Diguinho lançada em 2018, devido seu impacto social, pois viralizou nas plataformas digitais e de streaming, sendo removida após discussões e debates em torno das temáticas suscitadas pela mesma. **Objetivo:** Analisar a naturalização da cultura do estupro, seus impactos e propor uma reflexão através da letra “Surubinha de leve” do gênero musical funk. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que contenham informações sobre cultura do estupro e violência contra a mulher. Como critério de inclusão artigos que estivessem disponíveis na plataforma digital Scielo e Revista da Esmesc entre os anos de 2017 e 2019. Foram encontradas 10 publicações na plataforma Scielo, destas utilizamos “cultura do estupro” como palavra-chave na busca, das quais apenas dois artigos foram selecionados cujo assunto abordado era pertinente ao tema proposto. Foram recusados outros tipos de trabalhos tais como publicações que

não contemplassem o objetivo desta pesquisa. **Resultados e discussões:** Faz-se necessário explicitar a não tipificação do funk como promotor de violências e discriminações e sim problematizar conteúdos contidos neste que o fazem, a exemplo desta já mencionada. Contudo, elegeu-se esta música, devido seu impacto em relação as mulheres e as manifestações de feministas a fim de sua proibição. Assim, destacamos para análise a seguinte estrofe: “Pode vim sem dinheiro; mas traz uma piranha; Brota e convoca as put**; Mais tarde tem fervo; Hoje vai rolar suruba; Só surubinha de leve; Surubinha de leve com essas filha da put**; Taca bebida depois taca p**; E abandona na rua”. Verifica-se nestas estrofes que o protagonista da música diminui o ato de violência sexual por considerá-lo “de leve”. Também parece elencar uma categoria de mulheres, as putas, aquelas que não necessariamente seriam profissionais do sexo, mas moças consideradas aptas para objetificação, mulheres as quais não merecem respeito e que podem ser objetificadas para o sexo. Outro ponto destacado, é que a estrofe aborda o ato de utilizar o álcool para deixar mulheres vulneráveis à violência, o incentivo ao estupro coletivo e ao abandono destes corpos em rua pública, numa tentativa de humilhação e exposição do corpo feminino. Neste sentido, entra-se no debate do estupro naturalizado, em que, na cultura, muitos casos ocorrem com mulheres sem discernimento para consentir o ato sexual devido o abuso de bebidas alcoólicas, muitas vezes, não reconhecido pelos agressores, pelas instituições e pelas próprias mulheres como estupro, pois há culpabilização das mesmas pela condição alcoólica, demonstrando que a moralidade sobre a conduta e o espaço ocupado pelas mulheres se sobrepõe a própria violência física. Verifica-se que o sucesso da música, muitas vezes cantado por homens e mulheres, das diversas idades, naturaliza a violência, sem reflexões e debates sobre a mesma. Muitos reclamam da política do “politicamente correto”, afirmando que brincadeiras, piadas e músicas não tem intuito de disseminar a violência, contudo, os dados estatísticos de violência, contra as mulheres e de raça, demonstram que a realidade é outra. A luta do movimento feminista para sua retirada demonstra uma tentativa da sociedade em denunciar como socializamos práticas de violência e o incentivo as mesmas. Ouvi-las, sem questionar, sem refletir nas suas implicações, produz apenas repetições, que, cantadas e embalando jovens em festas, incentivam o sexo e os papéis sociais de forma equivocadas. Afinal, seria correto transar com mulheres alcoolizadas sem condições de decidir sobre o ato sexual? Seria certo violentar mulheres consideradas “putas”? Que tipos de mulheres são as ditas putas? E por que pensamos sobre estas, mas sequer questionam os homens que as violentam? “Só surubinha de leve” é a expressão de uma sociedade machista, a qual dá viabilidade e visibilidade para permutações e propagações sexistas e misóginas, a qual possui extrema expressão através do feminicídio. Este recorte musical incentiva a objetificação, violabilidade de direitos fundamentais, supremacia de gênero, desprezo ao sexo feminino, incentivando e reforçando a violência contra a mulher. Somente de janeiro a julho de 2018, o Ligue 180 registrou 27 feminicídios, 51 homicídios, 547 tentativas de feminicídios e 118 tentativas de homicídios. Neste mesmo período, os relatos de violência alcançaram o alarmante número 79.661, sendo os maiores referentes à violência

física (37.396) e violência psicológica (26.527) segundo relatório do MDH (2018), além disso, a taxa de feminicídios no Brasil é a quinta maior do mundo (OMS, 2016). Logo, é importante questionar de que modo às expressões culturais de massa propagam, baseados em sua realidade vivencial, modelos discriminatórios, predatórios e oprimentes refletidos em dados estatísticos. **Conclusão:** O intuito dessa análise foi propor subsídios germinativos para reflexão acerca de sexualidade, machismo, relações de gênero, direitos sexuais, relações de poder e dentre outros assuntos ligados a esse contexto. “Surubinha de leve” é um alerta para que possamos ficar atentos a qualquer conteúdo que viole direitos humanos básicos. Dessa forma, a cultura do estupro é a cultura da violência contra a mulher. E, sendo um problema de saúde pública no Brasil, e uma realidade alarmante, faz-se importante a promoção de políticas públicas que clamem para o combate e erradicação da mesma, desde estratégias que debatam as relações de gênero e seus efeitos até uma rede de assistência eficiente para casos já instalados.

Palavras-chaves: Cultura do estupro; relações de poder; “Surubinha de leve”.

Referências

- SOUSA, Renata Floriano de. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2017, vol.25, n.1, pp.9-29. ISSN0104-026X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2017000100009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 de março de 2019.
- BRILHANTE, Aline Veras Moraes; GIAXA, Renata Rocha Barreto; BRANCO, July Grassiely de Oliveira e VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Cultura do estupro e violência ostentação: uma análise a partir da artefactualidade do funk. *Interface (Botucatu)* [online]. 2019, vol.23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141432832019000100204&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de março de 2019.
- SOMMACAL, Clariana L; TAGLIARI, Priscila de A. A Cultura de Estupro: o arcabouço da desigualdade, da tolerância à violência, da objetificação da mulher e da culpabilização da vítima. *Revista da Esmesc*, v.24, n.30, p. 245-268, 2017. Disponível em: <<https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/169>>. Acesso em: 13 de março de 2019.

PSICOPATIA SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA EVOLUCIONISTA: APLICAÇÃO DA TEORIA DOS QUATRO PORQUÊS

FRANÇA, ANA CRISTINA COSTA.

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
ana.franca@unama.br

GONÇALVES, CAMILA BORGES.

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

Introdução: A psicopatia enquanto fenômeno humano precisa também ser analisado sob o olhar da Psicologia Evolucionista, em específico, conforme a aplicação da teoria dos quatro “porquês”. **Objetivo:** investigar o fenômeno da psicopatia a partir de suas causas próximas e causas últimas utilizando como **Metodologia:** investigativo a aplicação da *Teoria dos Quatro Porquês* e o embasamento teórico da psicologia evolucionista. A psicologia Evolucionista é considerada uma área emergente na Psicologia, acrescentando uma visão filogenética (da espécie) à tradicional abordagem da psicologia, que leva em consideração fatores ontogenéticos (do indivíduo) e sociogenéticos (da cultura). Para tal, foi necessária uma contextualização histórica do surgimento das ciências que compõe a psicologia evolucionista, elucidando o que se trata a área, quais suas bases teóricas, seus principais conceitos, suas linhas de investigação, sua relação com as outras áreas do conhecimento e a importância da sua utilização. Assim, foram realizados levantamentos bibliográficos na literatura nacional e internacional, tais como livros, artigos científicos, teses e dissertações, revistas científicas, monografias com pesquisas qualitativas e quantitativas nos sites de busca Google Acadêmico, Scielo, Pepsic, sobre os temas relacionados à psicologia evolucionista, psicopatia, altruísmo social e comportamentos antissocial, sendo utilizadas as palavras chaves: Psicologia Evolucionista, Psicopatia e Psicopatologia Evolucionista. Os trabalhos utilizados como fontes da pesquisa têm como período de publicação no Brasil o ano de 1981 a 2018. Foram excluídos trabalhos que não tinham relação com os temas anteriormente citados, ou que estavam fora do período delimitado. **Resultados e discussões:** Para viver em sociedade nossos ancestrais precisaram aprender a conter seus impulsos agressivos, sexuais e egoístas em prol de um bem maior, o bem coletivo. E isso fixou-se, no decorrer de milhões de anos, na maneira como pensamos e agimos. É aqui que o altruísmo social e a empatia entram e se relacionando com o surgimento ou o desvio dos padrões comportamentais. Os *quatro porquês* (TINBERGEN, 1963) são divididos entre perguntas relacionadas às causas próximas (ou imediatas) e às causas últimas (finais). Causas próximas são os mecanismos adaptativos fisiológicos do comportamento, aspectos genéticos e neuroquímicos do desenvolvimento cognitivo e motor, que sofrem influência dos estímulos ambientais. Causas últimas são as razões para as quais os comportamentos existem, ou seja, os ganhos individuais e sociais, a função, a influência que ele exerce na sobrevivência e no sucesso reprodutivo da espécie; perguntas como “qual a função deste comportamento?” ou “quais ganhos/vantagens este

comportamento traz para o animal/espécie?” são utilizadas. Além da aplicação da teoria evolucionista, também foi feita uma revisão bibliográfica sobre o que é a psicopatia (Transtorno de Personalidade Antissocial segundo o DSM-V ou Transtorno de Personalidade Dissocial segundo o CID-10), o surgimento do conceito, suas características e a diferenciação entre os tipos de psicopatia existentes a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10 (OMS, 1997). É importante ressaltar que o desenvolvimento da psicopatia é multicausal, sendo resultado da interação entre predisposição genética, desenvolvimento psicológico, alterações biológicas e os ambientes que compõem os meios sociais, principalmente o ambiente familiar. A psicopatia é uma patologia multicausal, que a identificação de pessoas com este diagnóstico é difícil e que sua principal disfuncionalidade está nas emoções/sentimentos. Se olharmos para esses padrões de comportamento a partir da ótica evolucionista teremos a seguinte pergunta: Qual o tipo de vantagem que o comportamento antissocial pode trazer para fazer com que estes padrões de comportamento não tenham sido substituídos no decorrer da evolução humana/social? Estas vantagens existem? Se sim, quais são e como produz a manutenção do comportamento em questão? **Conclusão:** O fenômeno da psicopatia pode (e deve) ser estudado a partir de uma visão multidisciplinar que utiliza conhecimentos específicos de cada ciência para, a partir da união entre estes conhecimentos, formar uma linha de investigação ampliada com a possibilidade de novos conceitos e entendimentos sobre assuntos que até então não eram interpretados de maneira conjunta. Utilizar a técnica investigativa da *Teoria dos Quatro Porquês* possibilitou o desenvolvimento de uma lógica onde o saber da psicopatia ultrapassada o momento cronológico presente, trazendo para a investigação aspectos históricos da espécie humana relacionados com a estrutura social e cultural, a complexidade comportamental dos indivíduos e dos grupos e a influência que as características biológicas, fisiológicas e psicológicas têm na modulação do comportamento humano. Além de envolver aspectos do passado e do presente, estes conhecimentos também permitem um norteamento para os futuros estudos sobre este e outros assuntos, criando um campo fértil para novas perspectivas científicas não mais isoladas, mas sim atuantes de um conhecimento que se relaciona, contextualiza e perpassa.

Palavras-Chave: Psicopatia, Psicologia Evolucionista, Psicopatologia Evolucionista.

Referências:

- APA (American Psychiatric Association). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- COSMIDES, L; TOOBY, J. *The Adapted Mind: evolutionary psychology and the generation of culture*. New York. Oxford University Press, Inc. 1992.

OMS. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo;. Vol.1. 5, 1997.

TINBERGEN, N. On aims and methods of ethology. Zeitschrift für Tierpsychologie 1963, 20(4):410-433.

PSICOSSOMÁTICA E PEDIATRIA: UM ESTUDO WINNICOTTIANO SOBRE O PAPEL DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

ESTEVES, Danielle Beckman Leal
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente –
daniellebeckman@hotmail.com
SOUZA, Anne Karolynne Vasques de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
ALMEIDA, Carlos Vitor Oliveira de
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
SILVA, Cássia Sílvia Bastos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
PINTO, Laura Juliane de Oliveira
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
MONTEIRO, Vivian Fragoso Rei
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: A Psicossomática é uma filosofia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas feitas em saúde. O termo referido a psicossomática está mais restrito à visão filosófica do movimento, as pesquisas realizadas na relação entre as dimensões psíquicas e somáticas, sobre os mecanismos de produção de enfermidades e sobre os fenômenos do estresse. A psicossomática passa por uma evolução de três fases, a primeira denominada inicial ou psicanalítica, estudos de cunho sobre regressão e os benefícios secundários de adoecer. A segunda etapa, intermediária ou behaviorista, caracterizada pelo estímulo à pesquisa em homens e animais, e centrada nos estudos sobre estresse. E a atual ou multidisciplinar, em que vem emergindo a importância do social e da visão da psicossomática como um elo de interconexão entre vários profissionais da saúde. Ao pensar na relação entre a saúde e o adoecer, associamos a sintomas com características aos quais os prejuízos são visíveis. “As dificuldades encontradas na díade mãe-filho podem se manifestar na criança de diferentes maneiras, sendo uma delas o sintoma psicossomático. Dessa forma, as doenças psicossomáticas podem ser entendidas como consequências de uma maternagem frágil e instável” (SOUZA, et al, 2010). Nesse aspecto, a psicossomática e a pediatria formam uma conexão imprescindível, ao possibilitar um olhar amplo sobre o adoecimento da criança, que não é capaz de descrever por si só seus sintomas, em alguns casos, quem relata os sintomas são os responsáveis. “No início da vida da criança, a mãe (ou cuidador representante) tem um papel de extrema importância junto a este, já que ela é uma das responsáveis por apresentar o mundo ao seu filho. Pesquisas que evidenciam a relevância desse vínculo mãe-filho são importantes, pois as primeiras referências de envolvimento com o mundo externo ficam impressas no corpo e no psiquismo do sujeito” (SOUZA, et al, 2010). Neste contexto, a relação mãe-bebê é de grande importância no desenvolvimento da criança durante o processo de constituição. **Objetivo:** Analisar a importância da psicossomática na infância e o papel da relação mãe-bebê no processo de adoecimento. **Metodologia:**

Através de uma revisão bibliográfica e documental em livros e artigos científicos sobre a temática da relação mãe-bebê com um olhar Winnicottiano, foi feita uma reflexão a respeito de como essa relação acontece. **Resultados e discussões:** O recém-nascido passa por diversas adaptações na transição para vida extrauterina e vai se desenvolvendo devido à estimulação e sua própria fonte de recursos. Contudo, nesses processos, há diversas dificuldades, uma vez que sua condição inicial é marcada por um estado de dependência absoluta do adulto responsável por seus cuidados. Em muitas situações, as manifestações são desencadeadas a partir da dificuldade de adaptação e pelo surgimento de uma possível maternagem precária ou inconsistente na relação mãe-bebê. Essa relação é o alicerce que constrói a subjetividade do bebê. O(s) adulto(s) responsável(eis) pelos cuidados do bebê é (são) de profunda importância no início da vida do *infans*, pois, além de lhe apresentar o mundo, irá protegê-lo de complicações, que o mesmo não tem entendimento, sendo facilitador para um desenvolvimento saudável, ao passo que fornece um ambiente adequado e atento às suas necessidades. Para que a constituição psíquica aconteça, destaca-se o papel das condições do ambiente e ao lugar da mãe suficientemente boa neste processo. Winnicott (1975) “a ‘mãe’ suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração”. Desta forma, para descrever a ‘mãe suficientemente boa’ é essencial compreender que esse papel é desempenhado pela pessoa que irá realizar a função materna, alguém que ocupa esse lugar na relação, que não necessariamente será por regra, a mãe biológica, mas alguém que desempenha esse papel. A mãe suficientemente boa é a que oferece o suficiente ao bebê, que não ultrapassa a presença ou ausência em excesso, que irá constituir com o bebê uma linguagem própria, que não se utiliza de palavras, mas de uma linguagem pré-verbal ou por características, por exemplo, do choro que a criança manifesta, se é de fome ou sono, algo que demanda um período de tempo para essa mãe identificar os manifestos do bebê. A maternagem precária ou inconsistente na relação mãe-bebê pode, também, acontecer nos primeiros dias de contato, que podem ser extremamente dolorosos se a mãe já vem de um processo de adoecimento emocional. Podendo culminar em um período de adoecimento mais profundo, onde pode-se pensar em uma depressão pós-parto, ou, desencadear uma crença de incapacidade de desempenhar essa função. “A mãe suficientemente boa, como afirmei, começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, e, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela Winnicott (1975)”. Deste modo, o fracasso da mãe proporciona ao bebê um processo adaptativo e, em decorrência disso, a criança vai conquistando sua independência gradativamente. Contudo, a mãe não suficientemente boa é aquela que priva o indivíduo de liberdade, espontaneidade e criatividade. A mãe que não consegue ser suficientemente boa não proporciona ao bebê que ele se constitua como sujeito independente. Os mecanismos que o bebê tem para lidar

com o fracasso materno incluem, por exemplo, experiências repetidas com limite temporal para a frustração, primórdios da capacidade de solucionar problemas e satisfações auto-eróticas. A relação mãe-bebê perpetua por um envolvimento simbiótico entre as partes, onde o filho é uma extensão da mãe, portanto, seus estados emocionais e físicos se fazem presentes nela e interferem em sua extensão (o bebê). A partir disto, para que o bebê se constitua como sujeito independente, se faz necessário que a mãe suficientemente boa introduza ao ele, de maneira gradual, uma cisão entre uma dependência absoluta para uma dependência relativa e com isso surge o sentimento de angústia, portanto, o objeto transicional auxilia nessa transição para que ele encontre formas de desenvolver sua autonomia. O sintoma psicossomático, como resultado de uma maternagem precária ou inconsistente na relação mãe-bebê pode se manifestar de diversas formas, uma delas, é através da pele, que por sua vez é o limite entre os mundos interno e externo. Ainda sobre manifestos psicossomáticos ocorridos na pele, um exemplo é a psoríase. [...] No início, o bebê ainda não estabeleceu uma divisão entre aquilo que constitui o não-EU e o EU, de tal forma que, [...] o comportamento do meio ambiente faz parte do bebê da mesma forma que o comportamento de seus impulsos hereditários para a integração, para a autonomia e a relação com objetos, e para uma integração psicossomática satisfatória. (WINNICOTT, 2006, p. 79). Quando o bebê começa a ter conhecimento do não-eu, podendo recorrer ao objeto transicional para suportar a ausência materna. Neste contexto, o objeto transicional é portador de afetos ambivalentes, podendo ser, ao mesmo tempo, amado e odiado. Por isso, a escolha deste não pode ser direcionada ou mudada por um adulto, pois depende dos investimentos e das ligações estabelecidas pelo bebê. Winnicott diz, que o destino do objeto transicional é permitir que seja gradativamente descatequizado, de maneira que, com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isso quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não 'vai para dentro'; tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a 'realidade psíquica interna' e 'o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum', isto é, por todo o campo cultural. O simbolismo só pode ser corretamente estudado no processo do crescimento de um indivíduo, e que possui, na melhor das hipóteses, um significado variável. Neste sentido, pode-se entender as doenças psicossomáticas como um possível produto final de uma maternagem precária ou inconsistente, onde a relação mãe-bebê fica prejudicada quando não efetuada de modo "suficientemente bom". Neste sentido, a observação do grupo familiar e das dinâmicas estabelecidas na família é necessária, especialmente no caso de crianças adoecidas. **Conclusão:** Enfatizamos a importância deste vínculo mãe-bebê para a saúde desta criança e para que diante uma assistência multidisciplinar, focando tanto em suas questões físicas e psíquicas, auxiliando na formação de um sujeito independente. Sendo assim, coloca-se em enfoque a relação intrafamiliar com a psicossomática para futuras produções acadêmicas,

para que o tema se torne mais visado e aprofundado, contribuindo com a evolução dos estudos na área.

Palavras-chave: Pediatria; psicossomática; relação mãe-bebê.

Referências:

- FONSECA, Maria T. A. O PAPEL DO PSICÓLOGO PEDIÁTRICO (1998). *Psicológica* v.16 n.1 Lisboa (1998), p. 177-181.
- MELLO-FILHO, J. e Burd, M. . *PSICOSSOMÁTICA HOJE (2a. ed.)*. 2nd ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
- WINNICOTT, D.W. *O BRINCAR E A REALIDADE*. Rio de Janeiro: IMAGO EDITORA LTDA.
- CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. **Psicossomática um estudo histórico e epistemológico**. 2000. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932000000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de março, 2019.

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA A PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

CARRÉRA, Lucas.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
lucascarrerapsi@icloud.com
MESQUITA, Glaucia.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.
OISHI, Marcela.
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
ARAUJO, Ana Tereza
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.
LIMA, Fernanda Monteiro.
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: O diagnóstico da doença renal crônica é realizado quando a função dos rins se encontra desregular, causando diversos tipos de manifestações orgânicas como, por exemplo, a diminuição da massa corporal, náuseas, irritação gástrica, entre outras. Dentre as possibilidades de tratamento existem: hemodiálise, diálise peritoneal e, quando necessário, transplante do rim (GIOTTI, 2013, p.1). Compreende-se que é fundamental, para o paciente em hemodiálise, executar diversas mudanças em sua rotina, principalmente no hábito alimentar, pois ele terá algumas restrições de alimentos e líquidos. No instante em que o paciente inicia o processo de filtragem do sangue com auxílio de máquinas, procedimento realizado em hospitais ou clínicas especializadas em nefrologia, é possível ser realizada uma intervenção psicológica. Em consequência de grandes mudanças das práticas habituais, e apesar da melhora clínica, a pessoa, no decorrer do tratamento, pode desencadear inúmeros sintomas psicológicos como, estresse, pensamento recorrente da morte, depressão, ansiedade, impotência, tristeza, entre outros aspectos, que por fim, podem se tornar adoecedores e podem culminar na dificuldade de permanência no processo de hemodiálise, no surgimento de conflitos familiares e pode desenvolver uma baixa autoestima do paciente. **Objetivo:** Refletir sobre a práxis do psicólogo em relação a pacientes no processo de hemodiálise. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica que está assentada no seguinte percurso: procura inicial e exploratória por materiais via sites de busca nos bancos de dados, a partir das palavras chave Psicologia, Doença Renal Crônica e Hemodiálise. Após essa fase preliminar, foi investigado os aspectos psicológicos experienciados pelo paciente no processo de filtragem do sangue. Logo em seguida, foi abordado acerca da atuação do psicólogo, finalizando com ênfase em sua inserção na equipe multidisciplinar. Em relação aos critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos artigos referentes a práxis do psicólogo que abordam sobre o desenvolvimento do paciente em hemodiálise e excluídos da pesquisa artigos que estão relacionados ao fazer do psicólogo dentro das demais áreas hospitalares e artigos anteriores ao ano 2000. **Resultados e discussões:** Como resultado, foram elaboradas três categorias desenvolvidas a partir da análise

realizada, sendo elas: (A) Aspectos do adoecimento psíquico no paciente em hemodiálise; (B) Atuação do psicólogo frente ao adoecimento renal crônico e (C) A importância do psicólogo na equipe multidisciplinar. Na categoria de análise (A) que aborda os aspectos psicológicos do paciente acometido pela doença renal, enfatizamos a respeito do sofrimento psíquico, o qual se origina na mudança de rotina, na qual o paciente passa a ficar de três a cinco horas em um hospital e/ou clínica especializada, três vezes na semana, sendo impossibilitado de fazer o que antes estava habituado. Isto pode ter como consequência, estresse, desânimo, angústia, autoestima diminuída, sentimento de incapacidade, afetando não somente ele, mas a todos que estão ao seu redor. Para Cosmo e Freitas (2010, p. 24), a pessoa com esta patologia tem um percurso marcado por perdas, que estão para além da perda funcional do rim; é perceptível a falta do seu vigor cotidiano, que o impulsionava para realização de suas atividades e também a ausência da capacidade física, o que fica notório a cada nova cicatriz das fístulas, dos cateteres e dos exames de rotina. É possível também observar nos pacientes um discurso voltado para o medo de uma morte abrupta, principalmente quando são noticiados que outro paciente faleceu, a angústia de ser “o próximo” pode levar a um sentimento depressivo e autodepreciativo. Na categoria (B) que contém acerca das práticas do psicólogo, destacamos a importância de: 1) avaliar o estado de saúde psicológica do paciente, para que possa ser realizado um plano de intervenção a ser seguido semanalmente; atendê-lo individualmente, podendo ser breve e focal ou fazendo atendimento grupal, como nos grupos operativos, contando com todos os paciente que se encontram no tratamento de hemodiálise no mesmo horário; 2) assistência ao familiar, o qual também traz uma série de questionamentos a respeito da condição clínica do paciente, angústias a respeito da evolução desta pessoa da família que está adoecida, sendo importante também facilitar a relação entre família-paciente; 3) estabelecer uma boa comunicação com a equipe multidisciplinar, discutindo sobre a evolução clínica do paciente, as intervenções feitas pela equipe e o manejo realizado; 4) registrar no prontuário a respeito do desenvolvimento do sujeito adoecido, obedecendo sempre o sigilo ético do psicólogo, expondo somente aquilo que julga ser mais importante para a equipe; 5) escutar a equipe, sabendo que devido as diversas perdas e desistência do tratamento, a equipe de saúde também acaba sofrendo junto ao paciente, e como forma de defesa, acabam por fazer um atendimento mais mecânico e impessoal. Na categoria de análise (C) que trata a respeito da importância de inserção do psicólogo na formação de equipe multiprofissional, trazemos uma discussão a respeito do profissional de psicologia e suas contribuições para os servidores de saúde e pacientes, sendo ele um dos auxiliares pela redução do impacto da doença na vida desse paciente, facilitando a aceitação do tratamento de hemodiálise, diminuindo a incidência de pacientes que desistem ou se desestimulam a lutar pela qualidade de vida (RESENDE et al., 2007, p. 96). Logo, é perceptível que quando o trabalho em equipe funciona de forma ordenada, o paciente tende a ter uma melhora considerável, o que pode resultar, não só numa boa relação paciente-equipe, mas também em um bom desenvolvimento do profissional de saúde. É

importante salientar que as fantasias que os pacientes criam, não estão somente ligadas ao médico, mas a todos os outros profissionais da saúde, e eles devem se comprometer no auxílio desse paciente frente ao seu adoecimento. **Conclusão:** compreende-se que é de extrema importância a atuação do psicólogo frente ao adoecimento do paciente renal crônico, auxiliando-o nesse novo processo que agora irá fazer parte da sua vida. Sendo necessário ao profissional de psicologia estar sempre buscando conhecimento sobre os aspectos psicológicos e também a respeito da doença do paciente, para que se tenha facilidade de comunicação com outros membros da equipe e para que possa responder alguns questionamentos do paciente sobre sua patologia. A busca pelo aprimoramento técnico e teórico é de fundamental relevância, considerando que o sujeito está em constante transformação e também investindo na sua análise pessoal, o que constitui o triplé da formação do psicólogo.

Palavras-chave: psicologia; doença crônica renal; intervenção.

Referências:

- FREITAS, P. P. W.; COSMO, Mayla. Atuação do psicólogo em hemodiálise. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 19-32, jun. 2010.
- GIOTTI, Cheila Cristina. A **Introdução:** do psicólogo no processo hemodialítico. Psicologia.pt O portal dos psicólogos. 22 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0346.pdf>>. Acesso em: 4 de março de 2019.
- RESENDE, M. C.; SANTOS, F.A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T.P. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 87-99, 2007.

BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS PARA O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

ALVES, Maria de Nazaré Pereira
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
nazarealves73@hotmail.com

CAMPOS, Sandra Gardene de Souza
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente,

JUNIOR, Aloisio Brito Chaves
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente,

MUFARREJ, Ingrid Cássia
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente,

SILVA, Crislane L. C
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

LUZ, Diandra Araujo
Universidade da Amazônia (UNAMA) Docente

Introdução: O presente trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre as consequências sociais do uso prolongado dos benzodiazepínicos para o Sistema Nervoso Central (SNC), os benzodiazepínicos são substâncias ansiolíticas e hipnóticas, também são denominadas como calmante, tranquilizantes e sedativos, que começaram a ser desenvolvidos pela população na década de 1960 (BERNI; SOARES; SOARES, 1990; ORLANDI; NOTO, 2005). Sendo assim, eles passaram a ter importância para as formas de tratamento terapêutico, uma vez que seu mecanismo demonstrou exercer forte ação no SNC, provocando modificações na cognição e integração das funções psíquicas e motoras. **Objetivo:** Refletir sobre os efeitos que os benzodiazepínicos causam ao SNC e suas consequências sociais e psíquicas. **Metodologia:** Utilizado foi uma revisão de literatura sobre os benzodiazepínicos em relação seu padrão de consumo e suas consequências sociais para o SNC, a partir de teses, dissertações e artigo científico relacionados ao tema. **Resultados e discussões:** De acordo com Medeiros (2004), é crescente o consumo de benzodiazepínicos em todo mundo, mais decorrente seu uso em mulheres, como tratamento de ansiedade e em idoso como condutor de sono. Para muitas mulheres, o uso de neurofármacos por tempo indeterminado justifica-se por eles representarem o meio mais fácil que encontraram para o aliviar a tensão dos problemas sociais, econômicos e familiares que enfrentam no dia a dia. Indivíduos que fazem uso indevido de benzodiazepínicos não sabem lidar com situações estressantes, geralmente acreditam que o medicamento irá resolver seus problemas cotidianos. Para Xavier (2010) é possível verificar a existência de efeitos adversos relacionados em sua grande maioria com seu efeito principal: a depressão no sistema nervoso central. Alguns dos principais efeitos são as perdas de memórias, piora de desempenho motor, dependência fisiológica, comportamental e psicológica. Os benzodiazepínicos só podem ser usados com prescrição médica, pois causam uma rápida dependência. É contraindicado

durante a gravidez e o aleitamento, em pacientes hepáticos e com glaucoma. Os benzodiazepínicos por provocarem dependência física e psíquica, sua retirada deve ser feita de forma gradual, os sintomas da abstinência causam confusão mental, ansiedade, insônia, inquietação e tensão. **Conclusão:** A ocorrência do uso desorientado de benzodiazepínicos, fármacos de fácil acesso aos consumidores, concebem inúmeros efeitos aos pacientes que passam a ser dependente deles. Portanto, diante das informações coletadas, foi possível visualizar os críticos resultados que se obtêm com ingestão desse fármaco sem prescrição médica e o quanto o uso exagerado desse medicamento provoca dependência física e psíquica. Apesar de seu atributo tranquilizante e demais benefícios que foram citados, o abuso do consumo benzodiazepínicos deve ser combatido e fiscalizado, pois os efeitos ao consumo prolongados e triviais desse fármaco dever evitado e vale resultar que existem medicamentos e procedimentos metodológicos tão eficaz quanto os benzodiazepínicos, como psicoterapia ou fármacos com menos efeitos colaterais.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos; consequências dos benzodiazepínicos; benzo.

Referências:

- AZEVEDO, Ângelo José Pimentel; ARAÚJO, Aurigena Antunes; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 fev. 2019.
- GUIMARÃES, Ana Cláudia Oliveira. Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica. 2013. 37f. Monografia (Especialização) – Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- GUEVARA, Guilherme Perez. O elevado do consumo de benzodiazepínicos. Disponível em:
<<file:///C:/Users/Micro08/Downloads/Guillermo%20P%C3%A8rez%20Guevara.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2019.
- MARCO, Bianca Aparecida de; NAVARRO, Fernanda Flores; NAVARRO, Contieri Natália Bertini; CONTIERI. Estudo sobre o uso irracional de benzodiazepínicos realizado em uma drogaria em uma drogaria particular localizada na cidade de Ibaté-SP. Disponível em:
<<http://www.uniararas.br/revistacientifica/documentos/art.053-2015.pdf>> Acesso em:

GRUPOS VIVENCIAIS: EFEITOS DE INTERVENÇÕES SOBRE CRIANÇAS NA PERSPECTIVA DOS PAIS

DARWICH, Rosângela Araújo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
rosangeladarwich@yahoo.com.br
SANTOS, Yonne Nunes dos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
BRAGA, Ana Flávia Pinheiro
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
SANTOS, Márcia Gaia Ferreira dos
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

Introdução: O ambiente familiar constitui o núcleo inicial para a aprendizagem de comportamentos por parte das crianças. O estilo parental adotado reflete a qualidade das habilidades sociais já desenvolvidas, estando diretamente relacionado às experiências de vida que são compartilhadas e repassadas entre as gerações. As práticas educativas parentais positivas envolvem disciplina consistente e supervisão, favorecendo a aquisição de comportamentos socialmente adequados. As negativas, por outro lado, envolvem autoritarismo, abuso físico e psicológico, negligência, e falta de atenção e de afeto, associados ao desenvolvimento de problemas de comportamento nas crianças (SILVEIRA, 2011). Considera-se, portanto, que observar, ouvir e valorizar as crianças são comportamentos dos pais que implicam a ocorrência de respeito familiar mútuo, importante para a prevenção e a solução de problemas. **Objetivo:** Investigar perspectivas adotadas por pais acerca de possíveis mudanças comportamentais positivas ocorridas em seus filhos após participação da família em grupos vivenciais. Neste sentido, voltou-se à identificação, nos relatos dos pais, de assertividade e empatia em situação de avaliação dessas mesmas posturas em seus filhos, considerando a vivência de diferentes estilos parentais aí implícitos. **Metodologia:** Este estudo de campo, de caráter qualiquantitativo, corresponde a um desdobramento da pesquisa-ação “Grupos Vivenciais e Vida em Sociedade: uma Intervenção Interdisciplinar” (DARWICH; GARCIA, 2017), implementada na Universidade da Amazônia (UNAMA) entre 2016 e 2018. No contexto da pesquisa-ação, dois grupos vivenciais inter-relacionados, Grupo de Pais e Grupo de Crianças, foram formados na clínica-escola de psicologia da UNAMA (CLIPSI) em 2018, com encontros semanais. Para este estudo, cinco adultos que participaram de pelo menos cinco dos oito encontros realizados no primeiro semestre foram selecionados. Destaca-se que uma mãe respondeu por seus dois filhos e que duas participantes eram avós da criança que representaram. As participantes foram selecionadas para compor o grupo vivencial no contexto de realização da pesquisa-ação após inscrição da criança na CLIPSI, em busca de acompanhamento psicoterápico. A coleta de dados foi realizada em salas de atendimento da CLIPSI, por meio da utilização de dois instrumentos: o Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças / SSRS (DEL

PRETTE et al., 2016), e uma entrevista semiestruturada, com perguntas referentes ao comportamento da criança, anterior e posteriormente à participação no grupo vivencial, relação familiar e contribuição do grupo vivencial para possíveis mudanças de comportamento da criança. Além disso, foram utilizados registros dos encontros dos grupos vivenciais com descrições dos comportamentos das crianças. **Resultados e discussões:** Verificou-se que, no inventário, os adultos foram mais orientados a aspectos negativos das crianças, pouco atentando a qualidades e pontos fortes, ao contrário do que ocorreu na entrevista. Exceção ocorreu apenas no caso de duas crianças, que obtiveram bons resultados nos dois instrumentos. As observações realizadas no Grupo de Crianças confirmaram a ocorrência de mudanças positivas em todos os casos e mesmo no comportamento das mães e avós. Percebem-se, assim, indícios de que o Grupo de Pais e o Grupo de Crianças possibilitaram o contato dos participantes com um ambiente facilitador para a ocorrência de mudanças, as quais são melhor descritas pelos adultos em situação de fala livre. **Conclusão:** Habilidades sociais infantis podem ser favorecidas em curto espaço de tempo, por meio da participação em um grupo vivencial, com a ressalva de que tais habilidades também precisam estar presentes em seus responsáveis, tanto para que as relações familiares melhorem em qualidade, quanto para que a ocorrência de mudanças possa ser percebida e, assim, valorizada. As participantes desta pesquisa ingressaram inicialmente nos grupos vivenciais após terem procurado a CLIPSI para que seus filhos ou netos fossem submetidos à psicoterapia, mas, mediante convite, se prontificaram a participar, com eles, de encontros semanais de grupos vivenciais. Neste sentido, demonstraram abertura para troca de ideias e de experiências, o que é indicativo de que se reconheciam como parte da solução dos problemas que enfrentavam com as crianças, ainda que não se percebessem claramente como parte de tais problemas. Os resultados apontam, complementarmente, para uma direção inesperada, em relação às respostas dadas pelas participantes em situação de inventário, indicando a necessidade de utilização cautelosa de dados que são coletados por meio de instrumentos que se distanciam das experiências cotidianas de participantes de pesquisa.

Palavras-Chave: Grupos Vivenciais; habilidades sociais; estilos parentais; infância.

Referências:

DARWICH, Rosângela; GARCIA, Maria Lúcia. Adolescentes em contexto escolar: uma ponte entre relações de gênero e relações sociais. Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13 Women's World Congress, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
SILVEIRA, Fabiane Ferraz. Intervenções com pais: da alteração das práticas educativas parentais à inclusão de variáveis de contexto. Estudos de Psicologia, Natal, v. 16, n. 3, p. 279-284, Dez. 2011.

DEL PRETTE; Z. A. P, FREITAS; L. C., BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, A.
Inventário de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência
acadêmica para crianças (SSRS). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SAÚDE E DOENÇA EM GESTALT-TERAPIA

BORGES, Victória Mayse

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

victoriamayse_b@hotmail.com

BURNETT, Hellen

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ROCHA, Aldeny

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente.

ARAÚJO, Ana Tereza

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Na definição da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) dispõe-se que "A saúde não é a ausência de doença ou de enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social". À vista disso, numa perspectiva holística, a Gestalt-Terapia visa à manutenção e o desenvolvimento desse bem-estar harmonioso, e não a "reparação" de qualquer distúrbio, diretamente ligado a um estado de "normalidade", posição oposta ao próprio espírito da Gestalt, posto que esta valoriza o direito à diferença e a originalidade irredutível de cada ser. Tal abordagem conflagra a visão de que a doença chega apenas para incomodar, e sim que ela vem para nos dizer algo, e surge a partir da incapacidade adquirida pela pessoa de lidar com o sofrimento. A Gestalt-Terapia difere-se explicitamente das visões normalizadoras, centradas na adaptação social, ao dar enfoque à noção de desenvolvimento pessoal, de formação e a de plenitude do potencial humano. O normal não deve ser definido pela adaptação, mas ao contrário, pela capacidade de inventar novas normas (GOLDSTEIN, 1934). Segundo Heidegger (1927), o ser humano é um ser-no-mundo, e, portanto, sua existência está diretamente ligada a este mundo, atribuindo significados a realidade num fluxo ininterrupto de relações. Neste sentido, o adoecer é considerado uma desarmonia não individual, mas relacional, seja com o mundo em geral ou consigo mesmo. **Objetivo:** Descrever os conceitos de saúde e doença partindo de uma epistemologia da abordagem em Gestalt-Terapia, definindo-se normalidade, de maneira que se possa compreender os fundamentos da psicopatologia gestáltica e como se dá sua prática terapêutica. **Metodologia:** Para a realização da presente pesquisa, necessitou-se fazer um levantamento bibliográfico sobre o tema, através da coleta de informações. Para isso utilizou-se como critérios de seleção, obras literárias de referência e artigos indexados nas bases de dados SciELO, bem como revistas científicas, nos idiomas português e inglês. **Resultados e discussões:** Esta abordagem propõe uma concepção de saúde e doença que rompe com o paradigma limitado, o qual se entende a saúde como ausência de doenças, pois concebe-se que saúde e doença são partes do mesmo todo, pois embora sejam diferentes e, aparentemente, opostas uma a outra, são momentos ou estados do mesmo processo. Para entender o fundamento da psicopatologia gestáltica, se faz imprescindível considerar que toda relação humana é essencialmente intersubjetiva, ou seja, o indivíduo tem a sua relação com a realidade a partir da

relação com a experiência do outro, num todo indissociável. A essência da abordagem fenomenológica da psicopatologia está na compreensão do ser humano na sua totalidade ligada à sua rede de relações. O homem sadio caracteriza-se pelo seu poder de dispor livremente das possibilidades de relações (BOSS, 1976). A patologia implica não somente em evitação do contato, mas a qualidade e a funcionalidade desta evitação, visto que um mecanismo de defesa por si só não é bom nem ruim. O uso que o indivíduo faz dele é o que caracteriza sua "patologia". Assim, atrelando à Gestalt-Terapia, pode-se considerar a psicopatologia como diretamente associada com uma relação inadequada com o Outro. A consciência é um evento focalizado no aqui-e-agora, isto significa que para perceber melhor um fenômeno dentro ou fora de si, deve-se estar concentrado em suas funções de contato. Este fluxo de consciência é conceituado em Gestalt-terapia como "awareness". Quando tal fluxo é interrompido significa que a consciência deixou de focalizar sua percepção sensorial para focalizar também uma fantasia. Tais fantasias são a base dos mecanismos de evitação, que podem ter um funcionamento patológico. As psicopatologias, ou mecanismo de defesa, como por exemplo, a psicose, estaria relacionada com o estreitamento da interação, ou seja, com as limitadas vivências intersubjetivas. É resultado de um precoce diálogo abortado. Isto significa que, no mais profundo modo de encontrar os outros, essa pessoa não é ouvida e sua voz torna-se monológica e tragicamente um movimento interno (HYCNER, 1989). **Conclusão:** Pode-se dizer então que a psicopatologia surge relacionada à falta do diálogo, do encontro, reafirmando que o homem deve ser entendido como um ser-de-relações, histórico, portanto um ser total. O papel da Gestalt-Terapia diante disso propõe uma mudança de enfoque que se diferencia do que preconiza psiquiatria tradicional, pois busca promover um despertar no indivíduo à sua responsabilidade de escolha e tomada de sua própria vida, retomando a chamada "ética do vivido", em que o ser-existente é aquele que se abre em frente ao outro e se coloca disponível ao contato. A ação do gestalt-terapeuta não deve objetivar atacar, vencer ou superar as resistências quando o cliente está evitando o contato, mas, principalmente, torná-las mais conscientes ou figurais, favorecendo seu uso adaptado à situação do momento.

Palavras-chaves: gestalt, saúde e doença, normalidade.

Referências:

- GOLDSTEIN, K. The Organism. Nova York, Editora Zone Books, 1934.
HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 3ª edição, Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2002.
BOSS, M. As descobertas daseisanalíticas. Revista Daseinsanalyse, s/n, 14 - 22, 1976.
HYCNER, R. The 1-Thou Relationship and Gestalt-Therapy, 13ª edição, Santa Barbara, The Gestalt-Journal, 42-54, 1989.

UMA FLORESTA EM SILÊNCIO: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O DESAMPARO DE RIBEIRINHOS REFUGIADOS.

PRÊMIO DE MELHOR APRESENTAÇÃO CIENTÍFICA (3º LUGAR)



BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja
Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
acadprof.junior@gmail.com
BACCHINI, Alessandro Melo
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.
LEBREGO, Arina Marques
Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Dentre os acontecimentos que mais marcaram o estado do Pará e região amazônica em geral, sem dúvida, a construção da usina de Belo Monte foi um dos mais polêmicos. Regado por um discurso de progresso, esse movimento exerceu (e exerce) um impacto gigantesco no que diz respeito à vida não só da fauna e flora desta região, mas também, das pessoas que ali se constituíam diariamente. Visando não só compreender sobre, mas intervir nesta situação, um grupo de 12 profissionais (psicólogos, psiquiatras e jornalistas), uniram-se, com o apoio de uma comunidade que os financiava virtualmente, e partiram de vários lugares do Brasil para a cidade de Altamira, localizada no Oeste do estado do Pará. O resultado desse movimento foi a criação de um documentário chamado "Eu + 1: Uma jornada de Saúde Mental na Amazônia", onde os profissionais relatam suas experiências e mostram relatos dos refugiados vítimas de um crime psicossocial, segundo Christian Dunker, psicólogo presente no documentário. **Objetivo:** Analisar o documentário mencionado anteriormente para, a partir dos achados, investigar o estado de desamparo vivenciado pelos refugiados de Belo Monte, assim como as estratégias frente a esse desamparo. **Metodologia:** será realizada uma pesquisa em Psicanálise, que se segundo Ceccarelli (2012), baseia-se de em dar ênfase às manifestações do inconsciente e à noção de realidade psíquica durante a construção do estudo. **Resultados e discussões:** um entrave à realização do presente estudo foi o dilema que existe entre os psicanalistas sobre o desamparo (*Hilflosigkeit*), visto que não se trata de um conceito estruturado, além disso, Freud, em sua vasta obra, não construiu textos que tratassem do conceito exclusivamente, tal como o fez com o conceito de pulsão, por exemplo. Contudo, embora existam estes debates, se utilizaram apontamentos já existentes na teoria psicanalítica para compreender a vivência dos refugiados de Belo Monte, como são chamados no documentário. A partir desses apontamentos pós freudianos, identificou-se que o estado de desamparo, como é postulado no dicionário de Psicanálise, está presente, mesmo que de maneira ainda simples, em textos pré psicanalíticos, como o Projeto para uma Psicologia Científica (1985). Neste caso, a concepção exposta é mais voltada à incapacidade, do bebê, em satisfazer suas necessidades,

necessitando, assim, dos cuidados do outro. Embora tal concepção pareça simples, Freud retoma à ela em textos posteriores, para refletir sobre questões sociais, como em o *Mal-estar na Civilização* (1930). Ou seja, mesmo que a “Hilflosigkeit” não seja apresentada como um conceito, sua concepção sofreu evolução ao decorrer da obra psicanalítica freudiana, partindo da necessidade de cuidados primários, até as condições existenciais. A “Hilflosigkeit”, portanto, mostra-se com a abertura do sujeito ao outro, sendo também, o basilar na fundação da sociedade, tal como mostra Freud (1930), o sujeito funda a civilização para ser protegido contra as investidas da natureza, portanto, para receber amparo, mesmo que esse amparo exija do sujeito, uma renúncia de satisfação pulsional, o que gera o mal-estar que é central no texto do mencionado. Freud (1930) também escreve sobre três causas de sofrimento para o sujeito, tais como a natureza, o tempo e o outro. Sobre o último, o que é central para este estudo, é a incapacidade de controle do outro que gera sofrimento ao sujeito. O que sustenta o presente estudo é a concepção de que, este controle impossibilitado, como já mencionado, o possa ser tanto no sentido de obtenção do prazer, quanto em evitação do desprazer. Neste caso, relacionando à comunidade mostrada no documentário, não era do controle das pessoas que ali residiam, a construção da barragem que lhe acarretou em um sofrimento coletivo avassalador. Embora, segundo o documentário, esta população que fora arrancada de seu território tenha sido, mesmo que apenas no que diz respeito a dinheiro, reembolsada, a tentativa de elaboração desse luto coletivo foi muito sofrida. Relatos sobre as novas condições de vida mostraram isso (é casa, mas será que é um lar?). Além disso, a forma como os ribeirinhos apresentavam a natureza (já com a barragem erguida) disse muito da forma como eles estavam se percebendo naquele momento: sujeitos presos em casas com grades e muros (barrados), visto que antes, isto não fizera parte de seu cotidiano (o rio corria, eles se criavam andando). Depois do acontecido, a floresta estava em silêncio, assim como eles que, brutalmente foram colocados como objetos (não-sujeitos), lançados à angústia de estar desamparado, e não poder falar sobre suas angústias. Passos, Neves e Menezes (2018), em um estudo perpassam pela concepção de gestão do desamparo, ou seja, sobre os destinos que se pode dar a esse estado. As autoras mencionam que, a sensação de desamparo gera angústia, o que pode paralisar o sujeito. Porém, se o sujeito atribuir outros sentidos à sua vivência, esse desamparo pode ser remanejado para outro destino, um destino de potência, e não mais de ausência. Isto corrobora com a fala de Christian Dunker ao enfatizar que as pessoas precisam aprender contar suas histórias. Portanto, se enfrentamos o desamparo através da fala e sua ressignificação, o sujeito aprender a contar sua história é aprender a enfrentar seu desamparo. **Conclusão:** uma indagação feita por uma das profissionais envolvidas no projeto era se o dispositivo da psicanálise funcionasse fora da cultura que a tivesse criado, uma cultura completamente diferente da cultura ribeirinha, com seus costumes totalmente atrelados à natureza. Embora a resposta à esta indagação tenha sido um sim, realizar uma intervenção em um contexto de urgência se mostrou algo arriscado, visto que os sujeitos estavam totalmente fragilizados por um acontecimento que escancarou

o que há de mais fundamental e angustiante: o desamparo, este que traz ao sujeito a sensação de impotência para com a vida, para com o outro. Contudo, a escuta acolhedora e a oportunidade de fala, este desamparo foi gerido para um destino que potencializa uma ressignificação, mesmo que este processo tenha levado tempo. Este cuidado que fora tomado pelos profissionais serve de apontamento para intervir, a partir da escuta psicanalítica, em contextos de urgência: permitir que o sujeito fale, independente das condições insalubres que o rodeiam.

Palavras-chaves: Belo Monte; Desamparo; Ribeirinhos; Psicanálise.

Referências:

- CECCARELLI, Paulo Roberto. Considerações sobre pesquisa em psicanálise. 2012. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/texts/consideracoes-sobre-pesquisa-em-psicanalise.pdf>. Acesso: 01 MAR 19.
- CLÍNICA DE CUIDADO. Eu + 1: uma jornada de Saúde Mental na Amazônia. Direção Eliane Brum. Brasil, 2016. (100 min.). Disponível em: http://www.youtuber.com/watch?v=IG_DdW4znCE. Acesso 01 MAR 19.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos. Companhia das Letras. 2010.
- PASSOS, Carina Freitas; NEVES, Anamaria Silva; MENEZES, Lucianne Sant'Anna de. Prolegômenos do desamparo na psicanálise. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 21, n. 3, p. 525-544, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-47142018000300525&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 04 MAR 2019.

A (IN)VISIBILIDADE DA SEXUALIDADE DO IDOSO E OS IMPACTOS EM SUA SAÚDE

SILVA, Leticia

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente

leticiaponteslima18@gmail.com

LEBREGO, Arina

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente.

Introdução: Estima-se que nos próximos vinte anos a população de idosos triplicará no Brasil, uma vez que a expectativa de vida aumentou, devido a isso é válido ter uma atenção maior ao envelhecer, no tocante de aspectos relacionados a saúde, em especial a sexualidade da pessoa idosa, sendo uma variável fundamental para uma melhor qualidade de vida dessa população (UCHÔA *et al.*, 2015). É valoroso compreender o envelhecimento como um processo natural, sendo parte integrante da saúde e tendo em vista que ao envelhecer não torna o ser assexuado, ou seja, o idoso tem o direito de continuar sua vida sexualmente ativa se assim desejar, porém existem muitos mitos e tabus socioculturais sobre a sexualidade na terceira idade que contribuem para a pessoa idosa não exercer de forma integral sua vida sexual, alguns fatores como alterações fisiológicas do envelhecimento, preceitos religiosos, opressões familiares e aspectos individuais que de alguma forma inibem o idoso, trazendo esse estigma social (UCHÔA *et al.*, 2015). Um agravante que chama a atenção em relação a invisibilidade da sexualidade do idoso é a questão da disseminação do HIV e aids nessa população, uma vez que os idosos não são incluídos ao acesso a informação sobre a contaminação na maioria das vezes, pois a sociedade não considera que esses idosos estejam dentro de um público vulneráveis a esse tipo de contágio, desta forma é possível associar a sexualidade reprimida e/ou negada ao idoso, sendo um fator de vulnerabilidade a esta população, podendo vir a ser acometido por doenças sexualmente transmissíveis, como HIV e aids, afetando diretamente sua saúde. (PEDROSA, & LEBREGO, 2016). **Objetivo:** discutir acerca da (in)visibilidade da sexualidade do idoso e os impactos em sua saúde. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico da literatura disponível sobre saúde do idoso e sexualidade na terceira idade, utilizamos como base para pesquisas artigos do site SciELO. **Resultados e discussões:** Foram levantados 4 artigos sobre sexualidade na terceira idade e pessoa idosa, onde a partir desse estudo, foi verificado que a sexualidade na terceira idade ainda é um tabu na sociedade, rodeada por preconceitos quando se trata desta temática, não permitindo que o idoso viva de forma integral a sua sexualidade. Constatou-se que existem de fato características do envelhecimento que podem ocasionar mudanças físicas, trazendo disfunções sexuais, os fatores biológicos limitam o desenvolvimento sexual, podendo a ser afetado o desejo, consequentemente apresentando modificações hormonais e contudo, a falta de acesso a informação e a invisibilidade da sexualidade do idoso, reflete a vulnerabilidade da pessoa idosa ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis como HIV e aids, sendo um

dado relevante para a importância da sexualidade desses indivíduos nessa faixa-etária. Em 2016 foi realizada uma pesquisa no instituto especializado na assistência a terceira idade de Belém/PA, onde foi identificado que 62% dos idosos relatou que na juventude não estavam preparados para a vida sexual, 41% possuíam pouco conhecimento a respeito de doenças sexualmente transmissíveis e formas de prevenção, 84% não sabem a diferença entre sexo e sexualidade e 16,5% tem a família e 15,5% a religião como fatores inibitórios da sexualidade. **Conclusão:** Com os dados levantados nessa pesquisa, foi possível concluir que a sexualidade pode ser exercida na terceira idade, sendo um ponto positivo para a qualidade de vida desse indivíduo, apesar da pessoa idosa ainda identificar na família, sociedade e na religião fatores que contribuem diretamente para intimidar o exercício da sexualidade.

Palavras-chaves: Sexualidade; Idoso, Invisibilidade.

Referências:

ELEUTÉRIO, G. S; MIRANDA, J. F; BARROS, J. D. C. Sexualidade na terceira idade: Respeitando as diferenças. Disponível em:
<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemaincricoes/arquivstrabalhos/I10350.E3.T1713.D3AP.pdf>
UCHOA, Y.S *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v19, n.6, p. 939-949, Rio de Janeiro, 2016.
PEDROSA, A., & LEBREGO, A. M. (2016). Vulnerabilidade do idoso que vive com HIV/AIDS. Revista Kairós Gerontologia, 19 (4), pp. 319-342. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

PROJETO PSICOLOGIA, SAÚDE MENTAL E PROTAGONISMO SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE RELAÇÕES FAMILIARES A PARTIR DE DESENHOS DE MORADORES DA COMUNIDADE DO AURÁ

BARBOSA, Diogo

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
diogopb123@hotmail.com

ROCHA, Aldeny

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
FORTES, Maria

Universidade da Amazônia (UNAMA), discente
VALENTE, Márcio Barra Valente

Universidade da Amazônia (UNAMA), docente
barra_valente@yahoo.com.br

Introdução: O Projeto Psicologia, Saúde Mental e Protagonismo Social foi elaborado pelo interesse do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), em construir um espaço de intervenções psicossociais para a comunidade discente nos territórios da cidade de Belém. Posto que a missão do curso de formar bacharéis, profissionais e cidadãos imbuídos de responsabilidade social e compromissados com a preservação da cultura nacional, bem como com o desenvolvimento sociocultural da população. O projeto é possível a partir do contrato interinstitucional entre o Comitê de Ação Solidária e Cidadania do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Portaria nº 4178/2017 (PARÁ, 2017) e a UNAMA. Este está sendo desenvolvido desde o segundo semestre de 2017, portanto, há um ano e meio, atendendo adultos e crianças, de diferentes idades, através de intervenções tais como: roda de diálogo, processos circulares, bem como atendimento de Plantão Psicológico. Nas quais são utilizadas diferentes ferramentas como imagens, desenho a mão, jogos lúdicos, dentre outros. O projeto tem como fundamento central: promover o desenvolvimento da capacidade para o diálogo de seus participantes a fim de possibilitar o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, interpessoais e intrapessoais, bem como a desagregação familiar e comunitária. Por fim, o Aurá é um bairro de Belém, localizado no Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), entre os bairros de Aguas Lindas e Curió-Utinga, no limite de Belém e Ananindeua, também é onde ficava localizado o extinto aterro sanitário metropolitano. Em 2010 possui uma população de 1827 moradores (IBGE, 2016), dentro os quais, especialmente os atendidos, possuem uma renda média abaixo da linha da pobreza. Isto é, famílias que não possuem condições de obter todos os recursos necessários para viver, tendo uma renda mensal de aproximadamente R\$ 387,07 (IBGE, 2016). **Objetivo:** Conhecer a história dos participantes para gerar empatia e promover reflexão sobre o outro, para fortalecer vínculos e incentivar a boa convivência na comunidade. **Metodologia:** A intervenção psicossocial aconteceu por meio da roda de conversa roda “construção de relacionamento”. Dela participaram 10 mulheres da comunidade e 13 discentes, três homens e 11 mulheres. Os quais foram distribuídos em três

subgrupos compostos: dois com três participantes e quatro discentes e outro com quatro participantes e três discentes. As demais alunas ficaram distribuídas nas funções de acolhimento e observação. A formação dos subgrupos foi procedida da leitura do texto Todos os seres humanos tem um profundo desejo de estarem em bons relacionamentos (BOYES-WATSON & PRANIS, 2011), tendo como proposta: familiarizar os participantes com a ideia proposta. Em seguida os facilitadores lembraram as participantes as diretrizes (sigilo, respeito pela fala do outro, não julgamento, dentre outros). Por fim, cada qual se apresentou e a atividade propriamente dita começou. Esta foi composta de cinco etapas, sendo cada uma delas mobilizada por uma pergunta específica. 1ª Etapa: convido você a desenhar ou escrever algo sobre você; 2ª Etapa: fale sobre o que você fez; 3ª Etapa: o que você valoriza em você? Por quê?; 4ª Etapa “você já viveu algo parecido com o dito por algum participante”? Como isso lhe afetou?; 5ª Etapa: como você está saindo agora? **Resultados e discussões:** Os desenhos a mão livre, elaborados pelas participantes de um dos subgrupos, bem como suas falas acerca do que fizeram, como se sentiram e como se afetaram intersubjetivamente, proporcionar momentos significativos de compreensão sobre as relações interpessoais em suas famílias. Em linhas gerais, aparentemente, pudemos perceber possíveis situações de vulnerabilidade familiar, assim como a presença de modelos fixos, estigmatizados e adoecedores em torno de performances parentais e conjugais que foram sendo trabalhadas à medida que o círculo compartilhava suas experiências e que os facilitadores manejavam, como em determinado momento em que um dos desenhos a figura da mãe ocupava toda a folha de papel e a figura das crianças e do pai eram pequenas e estavam no centro da folha. Quando foi perguntado ao círculo se eles tinham percebido o mesmo e como se sentiam diante daquela representação a autora do desenho reconheceu que aquela figura poderia expressar o cuidado por igual que ela tinha para com seus filhos e marido onde muitas vezes ela sente que trata o marido como sendo mais um de seus filhos no que se refere aos cuidados, em outro desenho a autora retrata sua casa, desenha também seus filhos junto a casa, e discorre sobre o desenho que o que mas gosta de fazer nesse momento é de cuidar do seu lar e dos seus filhos, não deixa de citar um episódio triste de sua vida, que é quando é abandonada por sua mãe e vai se abrigar junto a sua avó, relata os maus tratos sofridos pela mãe e que esse comportamento ela trouxe para sua casa, pois quando o filho nasceu afirma que não conseguia ter uma “intimidade” com o filho, relata um distanciamento dessa criança e que também maltratava esse filho, e atribuía isso aos maus tratos que havia sofrido, porém que após as participações dela nesse projeto conseguiu entender, conhecer-se e mudar de atitudes quebrar suas barreiras internas, e que agora se aproximou do seu filho e que não batia mas nele. Porém o filho desta participante também fez um desenho e sem saber o que a mãe havia relatado antes de sua presença, apesar de ser uma criança de aproximadamente cinco ou seis anos ele também quis fazer o seu desenho e apresentar ao grupo naquele momento. A criança desenhava duas casas, ao lado de uma das casas desenhava três figuras humanas, duas figuras estavam de mãos dadas, e explicou: a casa que estava mais próximo às figuras

humanas era a de sua avó, e quem estava de mãos dadas eram ele e sua avó, o outro humano era a sua mãe, a casa, mas afastada era a de sua mãe, e relatou que gostava muito de sua avó. O uso de desenho nesse trabalho em grupo permitiu aos interventores uma análise do conteúdo de forma completa, aspectos como, afetividade, identidade coletiva, bem como formas de participação e mobilização comunitária e principalmente familiar, todos estes conteúdos denotavam necessidades pessoais como auto avaliação, reflexão e experenciação que assim foi alcançando o objetivo: do tema, Os desenhos foram relativos à primeira e segunda etapa da roda de conversas, porém não podemos deixar de fora as outras etapas do círculo, visto que nas respostas elas sempre voltavam ao desenho e reafirmavam o que já haviam dito com a fala: *“como já falei antes quando mostrei meu desenho...”*; Quando foi perguntado o que valorizavam nelas as respostas foram as seguintes, *“Valorizo minha família, como já havia falado quando apresentei meu desenho, minha família é tudo para mim”* e também *“valorizo minha casa, minha força de vontade de cuidar da minha casa e de minha família, como mostrei em meu desenho”* outra resposta já sobre a outra etapa da roda de conversa, elas relataram que se identificavam e se sensibilizavam com as respostas uma das outras visto que, as histórias delas são bem próximas, o conteúdo dos discursos geralmente apresentavam questões como abandono, uma preocupação com o desempenho dos papéis na família; frustração para com familiares; o luto; e por fim, no fechamento disseram em uma palavra como estavam saindo dali naquele dia e expressavam: *“Feliz, alegre, esperançosa”*. Outros apontamentos levantaram também questões como o papel do psicólogo em assumir uma postura orientadora no âmbito dos processos grupais em contrapartida a um manejo descentrado do psicólogo.

Conclusão: O trabalho na comunidade de Santana do Aurá precisa primar pela sua capacidade de construir espaços onde os participantes se sintam acolhidos, seguros e confirmados em suas diferenças, a fim de que possam se confrontar com suas histórias pessoais e comunitárias tanto naquilo que desperta sentimentos positivos quanto negativos. Assim como com modelos rígidos, estereotipados e adoecedores acerca de suas performances parentais e conjugais, os quais podem exigir mudanças delas. Obviamente, caso elas assim desejem, tenham condições ou acreditem. Portanto, a diversidade e pluralidade das pessoas são o centro do trabalho do Projeto. A questão problema central da Psicologia Social e comunitária não é a relação saúde e doença, prevenção e tratamento, mas a construção do indivíduo como sujeito de direitos, fortemente envolvido com a sua realidade social, que está ligada ao contexto onde reside (GÓIS, 2005). Cabe, então, aos profissionais da Psicologia, bem como os discentes que estão se preparando para assumir o legado desta ciência e profissão, ouvir tanto os elementos que impedem quanto os que favorecem a pessoa a se tornar sujeito apropriado de si mesmo, seja quanto existência no mundo com os outros, seja quanto sujeito de direitos em uma comunidade. Ademais, o uso do desenho como procedimento metodológico de intervenção, bem como as técnicas circulares e as rodas de conversa, permitiram a concretização de muitos dos propostos almejadas. Portanto deve-se fomentar que as possibilidades de refletir os desenhos nas rodas de conversa na

perspectiva desse projeto trazem elementos para uma experiência mais intuitiva, de um manejo menos diretivo, que caminha para extrair da experiência circular destas pessoas e para estas pessoas uma consciência da experiência diante da vida, isto é, das relações que estabelecem consigo mesmas, com outras pessoas e com mundo ao redor. Assim, talvez, por meio dos encontros que o projeto proporciona, juntos, desenvolver no humano alguma humanidade, ou seja, o próprio protagonismo pessoal e coletivo.

Palavras-Chaves: Psicologia Social; Processo Circular; Vulnerabilidade Social

Referências:

BOYES-WATSON, Carolyn & PRANIS, Kay. No coração da esperança: guia de práticas circulares: o uso de círculos de construção da paz para desenvolver a inteligência emocional, promover a cura e construir relacionamentos saudáveis. Tradução de Fátima De Bastiani. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas, 2011.

GÓIS, C. W. L. Psicologia comunitária: atividade e consciência. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

PARÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Portaria Nº 4178/2017-GT, de 01 de setembro de 2017. Projeto Acreditar no amanhã. Tribunal de Justiça do Estado do Pará, 2017.