Faculdade
BOAS NOVAS

ITINERÂNCIAS

ISBN:978-65-00-94559-1

Cadernos de Publicação do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas

ANO 1 | N°01 | 2024

APRESENTAÇÃO

A redação que ora é exposta emerge do diálogo entre a formação em psicologia e o tríplice pilar composto pelo ensino, pesquisa e extensão. Nesse contexto, como uma expressão concreta de práticas pedagógicas bem-sucedidas e de abordagem interdisciplinar, materializa-se a primorosa criação da primeira edição do Caderno Intinerancias.

A itinerância[1], segundo esse projeto, transcende os limites convencionais ao incorporar uma abordagem dinâmica e multifacetada, indo além de uma simples narrativa acadêmica. Este primeiro Caderno de muitos outros, destaca-se como um testemunho vivo do entrelaçamento eficaz entre o conhecimento teórico adquirido na formação de psicólogo e a aplicação prática desses saberes nos domínios do ensino, pesquisa e extensão.

Ao adotar uma postura interdisciplinar, o projeto Itinerâncias propõe-se a ultrapassar as barreiras tradicionais do conhecimento fragmentado, promovendo uma síntese criativa e integradora. Essa abordagem transversal emerge como um catalisador para a produção de resultados significativos e exitosos, consolidando-se como um modelo exemplar de como a interconexão entre os diferentes pilares acadêmicos pode resultar em iniciativas inovadoras e socialmente relevantes.

Dentro desse panorama, o primeiro Caderno Itinerâncias não apenas se configura como um produto final, mas também como um meio de compartilhar experiências, promover reflexões e fomentar o diálogo contínuo entre a teoria e a prática. Ele representa, assim, um veículo que transcende as fronteiras da sala de aula, estendendo-se ao âmbito da comunidade acadêmica e, por conseguinte, à sociedade em geral.

Em suma, a presente obra não apenas reflete a confluência entre a formação em psicologia e o tripé acadêmico, mas também se destaca como um farol que ilumina o caminho para a construção de pontes sólidas entre teoria e aplicação, enriquecendo o panorama educacional e contribuindo para o avanço do conhecimento de maneira abrangente e inovadora.

Itinerância segundo o dicionario online priberam de portugues, representa um conceito enriquecedor que transcende a mera noção de deslocamento físico. Em sua essência, a itinerância implica não apenas na movimentação geográfica, mas também na exploração de diversas trajetórias que a vida oferece. O ato de contemplar a possibilidade de caminhar revela-se como uma metáfora poderosa para a necessidade intrínseca de se distanciar do lugar conhecido, adentrando um universo de múltiplos caminhos que se desdobram ao longo da existência. Embora, muitas vezes, esse lugar possa ser algo subjetivo.

Incentivando a adaptação contínua diante das vicissitudes da vida, ao considerar a itinerância como uma metáfora para a jornada psicológica, somos

---

[1] Itinerante é um termo com origem no latim cujo significado está relacionado com o ato de se deslocar constantemente, de percorrer itinerários, de viajar ou explorar.

instigados a abandonar zonas de conforto, abraçar a complexidade das experiências e aceitar as mudanças inevitáveis. Essa atitude, por sua vez, alimenta uma psicologia que não se contenta com respostas simplistas, mas que se engaja de forma ativa na compreensão e na transformação do ser.

Cadernos Itinerâncias é uma uma colaboração harmoniosa entre docentes e alunos do curso de graduação em Psicologia da renomada Faculdade Boas Novas. Este projeto coletivo visa não apenas à transmissão de informações, mas à construção ativa e compartilhada do conhecimento. O comprometimento desses professores e estudantes reflete não apenas a missão educacional da instituição, mas também a busca incessante por uma abordagem inovadora e dinâmica no processo de aprendizagem.

Nesse contexto, a parceria entre educadores e alunos transcende as barreiras tradicionais da sala de aula, promovendo uma sinergia que valoriza a participação ativa, a troca de ideias e a construção coletiva do saber. Essa abordagem colaborativa não apenas enriquece o ambiente acadêmico, mas também fortalece os laços entre os membros da comunidade educacional, proporcionando uma experiência mais enriquecedora e integrada.

Dentro desse esforço conjunto, o curso de Psicologia na Faculdade Boas Novas se destaca não apenas pela transmissão de conteúdo, mas pela promoção de um ambiente propício ao pensamento crítico, à reflexão e à aplicação prática dos conceitos adquiridos. Assim, a construção do conhecimento vai além das fronteiras da sala de aula, estendendo-se a atividades extracurriculares, pesquisas colaborativas e projetos que contribuem significativamente para o desenvolvimento integral dos alunos e para a excelência acadêmica da instituição.

Esses textos, provenientes dos alunos de graduação, destacam-se por sua simplicidade linguística, embora possuema fundamentação. Nesse contexto, é importante ressaltar que tais produções são permeadas por um profundo agradecimento aos professores, cujo papel é essencial no processo acadêmico. O cerne desses escritos reside no propósito primordial de fomentar a produ científica entre os acadêmicos, alimentando um ambiente de aprendiz enriquecedor e promovendo uma cultura de pesquisa.

As redações, embora simples em sua abordagem, são construídas sobre alicerces sólidos, evidenciando a dedicação dos alunos em compreender e aplicar conceitos fundamentais. Assim, a busca pela produção científica é o fio condutor desses textos, revelando a aspiração dos acadêmicos em contribuir para o avanço do conhecimento em suas respectivas áreas de estudo. Tal objetivo não apenas impulsiona o desenvolvimento individual, mas também fortalece a comunidade acadêmica como um todo, gerando um ciclo virtuoso de pesquisa, aprendizado e inovação.

Os Organizadores.

Manaus 02 de Fevereiro de 2024.

SUMÁRIO

Um Estudo sobre Jonh Nash: As Várias Faces da Esquizofrenia.....05

Processos Psicológicos Básicos: Linguagem e Memória.....14

Crianças no Amazonas: Suas Vozes, Saberes e Experiências.....20

Psicomotricidade e Atenção.....29

O Labirinto do Fauno: uma análise de Ofélia.....35

Por uma Psicologia da Esperança: os Líderes Eclesiásticos e sua Atuação na Violência Intrafamiliar Infantil.....43

Estudo de Caso do Paciente G.S.R.....56

Saúde Mental e Qualidade de vida de Pessoas Idosas.....67

Afetividade e Pensamento.....72

Trabalho Sobre Psicodiagnóstico.....76

Atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica.....90

O Problema da Saúde Mental Gerado nas Escolas Públicas.....93

UM ESTUDO SOBRE JONH NASH: AS VÁRIAS FACES DA ESQUIZOFRENIA

Alice Gabriella Correa Aquino[2]
Luciana Sena Campos Ribeiro[3]
Kelly Christiane S De Souza[4]
Rosana Portela Maciel[5]
Solano Pinto Cordeiro[6]
Taina Rodrigues De Oliveira Silva[7]

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia, um dos transtornos mentais mais complexos, desafia continuamente nossa compreensão e abordagem clínica. Para expandir nossa compreensão dessa condição e seu impacto na vida de um indivíduo, este artigo se propõe a realizar um estudo de caso sobre a vida e a luta contra a esquizofrenia de John Nash, um eminente matemático e laureado com o Prêmio Nobel de Economia. O filme "Mentes Brilhantes" retrata a história de Nash, oferecendo uma perspectiva única para aprofundar nossa compreensão sobre a esquizofrenia e seus desafios.

Este artigo tem como objetivo geral Investigar os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia que emergiram na vida de John Nash, com foco na desorganização do pensamento e alucinações e como objetivos específicos entender como a esquizofrenia de Nash progrediu ao longo do tempo, afetando suas funções mentais e sua capacidade de interagir com o mundo ao seu redor; e investigar o processo de tratamento, incluindo a internação em uma instituição psiquiátrica, o impacto da medicação e terapias em seu quadro clínico, e sua luta constante contra a esquizofrenia. Este estudo de caso se justifica pela relevância da história de John Nash na compreensão da esquizofrenia, uma doença que impacta significativamente a vida de inúmeros indivíduos. Ao analisar o caso de Nash, podemos aprofundar nossa compreensão das manifestações iniciais da esquizofrenia e sua evolução, bem como da importância do tratamento e do apoio contínuo para aqueles que enfrentam esse transtorno. A resiliência de Nash diante da esquizofrenia também pode oferecer insights valiosos sobre as estratégias de

[2] Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[3] Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[4] Pegadagoga – Doutora em Educação – Faculdade Boas Novas
[5] Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[6] Psicólogo – Professor da Faculdade Boas Novas
[7] Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas

enfrentamento e adaptação a essa condiçãodesafiadora.

Este estudo contribui para uma maior compreensão da esquizofrenia e suas complexidades, além de fornecer informações valiosas para aprimorar o diagnóstico, tratamento e apoio a indivíduos afetados por essa condição. A investigação das alterações nas funções mentais de Nash ao longo de sua jornada com a esquizofrenia tem o potencial de enriquecer nossa compreensão dos desafios enfrentados por pessoas com transtornos mentais graves, oferecendo uma base sólida para abordagens clínicas mais eficazes.

2. MANIFESTAÇÕES INICIAIS DA ESQUIZOFRENIA E A JORNADA DE JOHN NASH

No contexto do estudo de caso de John Nash, é fundamental examinar as manifestações iniciais da esquizofrenia e sua evolução ao longo do tempo.

Inicialmente nessa análise é preciso considerar os cursos crônicos dos transtornos mentais, elencados pela concepção psicopatológica, fundamentada na patologia geral e na escola jasperiana que essa evolução do adoecimento, de acordo Dalgalarrondo (2008:296) pode ser denominado de processo:

Processo refere-se a uma transformação lenta e insidiosa da personalidade, decorrente de alterações psicologicamente incompreensíveis, de natureza endógena. O processo irreversível, supostamente de natureza corporal (neurobiológica), rompe a continuidade do sentido normal do desenvolvimento biográfico de uma pessoa.

No filme “Mentes Brilhantes”, base deste estudo de caso, é possível acompanhar o processo de transformação e insidiosa da personalidade do protagonista, que vai ser caracterizado desde diálogos como: “eu não gosto de pessoas e elas não gostam de mim”, como mecanismo para justificar seu afastamento social, até os momentos de total afastamento da realidade, marcado por delírios de perseguição.

Segundo o DSM-V os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognômonico do Transtorno. O diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou

social prejudicado. Indivíduos com o transtorno apresentarão variações substanciais na maior parte das características, uma vez que a esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea.

Segundo a avaliação e diagnósticos baseado no CID 11 distinguir casos de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos é um grande desafio clínico, pois tem um conjunto de sintomas divergentes com intensidade, duração e impacto na funcionalidade dos pacientes diferentes, por isso finda por se tornar complexo visto que os sintomas tidos como específicos da psicose são também encontrados em diferentes quadros psiquiátricos e neurológicos.

A desorganização do pensamento, uma manifestação clássica da esquizofrenia, pode ser observada no discurso de Nash, que frequentemente se tornou incoerente e desconexo à medida que a doença progredia. Esse sintoma é indicativo da dificuldade em manter uma lógica sequencial no pensamento e é uma característica comum da esquizofrenia desorganizada.

As alucinações auditivas experimentadas por Nash, nas quais ele ouvia vozes que não eram reais, também são um sintoma típico da esquizofrenia. A compreensão desses sintomas à luz do DSM-5 nos ajuda a categorizar o quadro clínico de Nash dentro do espectro da esquizofrenia.

A este respeito podemos tomar como referência a sistematização feita pelos autores Oliveira, Silva; Trentini (2023) a partir dos quadros 1 e 2.

Quadro 1:Comparação dos critérios diagnósticos da esquizofrenia entre, DSM-V e CID-11

SISTEMA CLASSIFICATÓRIO	DSM-V	CID-11
Diretrizes/ Critérios diagnósticos	• Delírios • Alucinações • Discurso desorganizado • Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico • Sintomas Negativos	• Delírios • Alucinações • Distorções da auto experiência • Alterações cognitivas • Sintomas negativos • Comportamento desorganizado
Tempo fase ativa (em meses)	1 + 5 (pródromo/ residual)	1

Episódio	• 1º episódio: agudo, remissão parcial/ completa • Múltiplo: agudo/ remissão parcial/ completa • Continuo • Não especificado	• 1º Episódio • Múltiplo • Continuo • Remissão (sintomática, parcialou completa)
Subtipo	• Gravidade atual	• De gravidade (leve, moderadaou grave)

Fonte: American Psychiatric Association (2014); World Health Organization (1992,2021).

Quadro 2: Comparação dos critérios diagnósticos da esquizofrenia entre DSM-V e CID-11

SISTEMA CLASSIFICATÓRIO	DSM-V	CID-11
Exclusão	• Outra condição médica • Efeito de substância • Transtorno esquizofetivo • Transtorno depressivo/bipolar • Com sintomas psicóticos	• Outra condição médica • Efeito de substância ou medicamento • Transtorno esquizotípico • Reação esquizofrênica • Transtorno psicótico agudo e transitório

Fonte: American Psychiatric Association (2014); World Health Organization (1992,2021).

John Nash apresentava um conjunto de sinais e sintomas que evidenciavam a esquizofrenia, e que prejudicaram a sua vida de forma significativa.

3 EVOLUÇÃO DA ESQUIZOFRENIA E ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES MENTAIS

A esquizofrenia é uma das condições psicopatológicas mais complexas e intrigantes, e sua evolução ao longo do tempo é uma área de estudo fundamental para a compreensão abrangente da doença. Ao aprofundar a análise da evolução da esquizofrenia, como exemplificado pelo estudo de caso de John Nash, é importante considerar a ampla gama de alterações nas funções mentais que acompanham essa progressão. Esta seção visa expandir o entendimento da evolução da esquizofrenia e suas implicações nas funções cognitivas e emocionais dos indivíduos afetados.

A esquizofrenia, de acordo com o DSM-5, é uma condição marcada por sintomas positivos, como alucinações e delírios, bem como sintomas negativos, como afeto embotado e anedonia. Em seu estágio inicial, Nash apresentou

alucinações auditivas e delírios, manifestações que são amplamente reconhecidas como marcadores-chave da esquizofrenia (Dalgalarrondo, 2008).

Os delírios de controle, nos quais Nash acreditava que estava sendo alvo de perseguição e conspiração, são consistentes com o conceito de delírios paranoides frequentemente associados à esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 2007). A presença desses sintomas iniciais, quando não identificados e tratados adequadamente, pode levar a um declínio progressivo no funcionamento psicossocial e nas funções mentais do indivíduo (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Uma das alterações mais notáveis nas funções mentais que se desenvolvem ao longo da esquizofrenia é a desorganização do pensamento, um sintoma central da esquizofrenia desorganizada (Dalgalarrondo, 2008). A capacidade de raciocínio lógico e pensamento abstrato, que são habilidades cognitivas essenciais, é frequentemente afetada (Mueser & Jeste, 2008). À medida que a doença progride, a conexão entre as ideias pode se tornar cada vez mais caótica, o que resulta em discursos desconexos e em ideias muitas vezes incoerentes (Kaplan & Sadock, 2007).

Além das alterações cognitivas, a esquizofrenia também impacta as funções emocionais. Indivíduos afetados pela esquizofrenia podem experimentar um achatamento do afeto, dificuldade em expressar emoções e um isolamento emocional notável (Dalgalarrondo, 2008). Nash, em vários momentos, demonstrou afetividade comprometida, o que é característico dos sintomas negativos da esquizofrenia. Essas alterações emocionais frequentemente contribuem para o isolamento social e a perda de qualidade de vida. (Rector et. al., 2005)

À medida que a esquizofrenia evolui, as funções mentais são afetadas de maneira heterogênea, variando de um indivíduo para outro. A complexidade dessas alterações exige uma abordagem multidimensional, considerando a natureza individualizada da esquizofrenia. A compreensão dessas mudanças nas funções mentais é fundamental não apenas para o diagnóstico e tratamento precoces, mas também para a promoção de intervenções terapêuticas personalizadas que abordem as necessidades específicas de cada paciente.

4 TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO: A LUTA DE NASH CONTRA A ESQUIZOFRENIA

A gestão da esquizofrenia, como ilustrado no estudo de caso de John Nash, é um processo complexo que requer uma abordagem multidisciplinar e personalizada para alcançar resultados eficazes. Nash, um eminente matemático, enfrentou os desafios do tratamento e da recuperação com determinação notável. Esta seção busca ampliar a discussão sobre o tratamento e a recuperação na esquizofrenia.

O tratamento da esquizofrenia é composto por várias modalidades terapêuticas, incluindo a administração de medicação antipsicótica, terapias psicossociais e, em alguns casos, a hospitalização. A escolha do tratamento deve ser baseada na avaliação clínica detalhada de cada paciente e em suas necessidades individuais (Dalgalarrondo, 2008).

John Nash foi internado em uma instituição psiquiátrica, um passo importante no tratamento da esquizofrenia grave. A hospitalização é muitas vezes necessária para garantir a segurança do paciente e para proporcionar um ambiente controlado no qual a medicação e as terapias podem ser iniciadas ou ajustadas (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

A medicação antipsicótica é uma intervenção fundamental no tratamento da esquizofrenia, visando a redução dos sintomas positivos, como delírios e alucinações. Essa terapia farmacológica, embora eficaz, pode acarretar efeitos colaterais significativos, incluindo distúrbios motores e ganho de peso (Kaplan & Sadock, 2007). A adesão à medicação é um desafio constante para muitos pacientes, e a escolha do medicamento e seu monitoramento requerem atenção cuidadosa.

As terapias psicossociais desempenham um papel crucial na recuperação da esquizofrenia, visando aprimorar o funcionamento psicossocial, a adesão à medicação e a qualidade de vida. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias de reabilitação e suporte familiar são algumas das abordagens comuns (Mueser & Jeste, 2008).

No caso de Nash, sua recuperação e estabilidade foram marcadas por uma notável determinação e pelo apoio de sua esposa, Alicia Nash. O papel do apoio social e familiar na recuperação da esquizofrenia é fundamental, destacando a

importância de uma rede de apoio sólida para indivíduos que enfrentam essa condição.

No entanto, é importante reconhecer que a recuperação da esquizofrenia é frequentemente um processo longo e desafiador. Embora muitos indivíduos, como Nash, possam alcançar uma melhora significativa em seu funcionamento, a esquizofrenia é muitas vezes uma condição crônica. A resiliência demonstrada por Nash em sua luta contra a esquizofrenia é um exemplo inspirador, mas também destaca a importância de um suporte contínuo ao longo do tempo.

Essa análise do tratamento e da recuperação na esquizofrenia destaca a complexidade do gerenciamento dessa condição psicopatológica. O estudo de caso de John Nash demonstra que, embora o tratamento possa ser eficaz, a luta contra a esquizofrenia muitas vezes é contínua e requer apoio multifacetado. A família, os profissionais de saúde mental e a rede de suporte social desempenham papéis de destaque na jornada de recuperação. Além disso, essa discussão enfatiza a necessidade contínua de pesquisa e avanços na compreensão da esquizofrenia, a fim de desenvolver intervenções cada vez mais eficazes para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados por essa doença desafiadora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso sobre John Nash, sua trajetória e luta contra a esquizofrenia proporciona uma rica compreensão das complexidades dessa doença mental. Os objetivos traçados no início deste artigo foram alcançados, permitindo-nos aprofundar nossa apreciação pela esquizofrenia, seus sintomas iniciais, a evolução do quadro clínico e a luta do indivíduo contra essa condição.

Nash, como ilustrado em seu estudo de caso, apresentou manifestações iniciais da esquizofrenia alinhadas com os critérios diagnósticos do DSM-5, incluindo desorganização do pensamento e alucinações auditivas. Sua jornada revela as complexas alterações nas funções mentais associadas a essa doença, com o declínio de habilidades cognitivas, como o pensamento lógico e abstrato, bem como a afetividade comprometida. Essas observações são consistentes com a compreensão teórica da esquizofrenia apresentada por Dalgalarrondo (2008).

O tratamento e a recuperação são aspectos cruciais da gestão da esquizofrenia, e Nash enfrentou esses desafios com coragem. Sua internação em

uma instituição psiquiátrica, a medicação antipsicótica e o apoio contínuo exemplificam abordagens terapêuticas que, embora desafiadoras, são fundamentais para auxiliar indivíduos que enfrentam essa doença.

No entanto, as considerações finais deste estudo de caso devem enfatizar que a esquizofrenia é uma condição complexa e heterogênea, e cada indivíduo a vivência de maneira única. Portanto, a generalização das experiências de Nash para todos os casos de esquizofrenia não deve ser feita. Este estudo de caso não é apenas um testemunho das lutas e resiliência de Nash, mas também um lembrete da importância de abordagens personalizadas e tratamentos adaptados a cada indivíduo com esquizofrenia.

Além disso, destaca a necessidade contínua de pesquisa e avanços na compreensão da esquizofrenia e no desenvolvimento de intervenções mais eficazes. A esquizofrenia, como demonstrado por Nash, é uma condição desafiadora, mas a esperança e a recuperação são possíveis com o apoio adequado. Isso nos lembra da importância de continuarmos a explorar novas abordagens terapêuticas, a promover a conscientização e a reduzir o estigma em torno da saúde mental.

Este estudo de caso sobre John Nash, dentro do âmbito da psicologia, contribui para a ampliação de nossa compreensão da esquizofrenia e ressalta a importância de um enfoque multidisciplinar para compreender e tratar doenças mentais.

6 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5-TR) ™. Porto Alegre;Artmed; 2023.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.

2ªedição.Porto Alegre:Artmed;2008

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. (Eds). Compêndio de Psiquiatria Clínica – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª edição. Porto Alegre:Artmed,2007.

MUESER, Kim, T e JESTE, Dilip. Manual Clínico da Esquizofrenia. Nova

York: Guilford,2008

OLIVEIRA, Sérgio Eduardo Silva; TRENTINI, Clarissa Marceli. Avanços em Psicopatologia- Avaliação e diagnóstico baseados na Cid-11. Porto Alegre: Artmed 2023. ISBN 978-65-5882-101-4

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ICD-11 Reference Guide. Genebra: OMS, 2019b. Disponível em inglês em: https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html.

RECTOR, N.A.; BECK, A.T.; STOLAR, N. The Negative Symptoms of Schizophrenia: a Cognitive Review. Canadian Journal of Psychiatry, v. 50, n. 5, pp. 247-257, 2005.

PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS: LINGUAGEM E MEMÓRIA

Cleuter Silva De Souza[8]
Solano Pinto Cordeiro[9]

1 INTRODUÇÃO

Os processos psicológicos básicos são essenciais para o funcionamento cognitivo e comportamental dos indivíduos. A linguagem e a memória são dois processos-chave nessa categoria. A linguagem é um sistema complexo de comunicação que permite expressar pensamentos, ideias e sentimentos. Ela tem papel crucial na interação social, desenvolvimento cognitivo e identidade cultural. A linguagem envolve fonologia, sintaxe, léxico e semântica, podendo ser verbal ou não verbal. A aquisição da linguagem começa desde o nascimento, com fases importantes de desenvolvimento, e está ligada ao funcionamento do córtex frontal e temporal do cérebro.

A memória é um processo psicológico essencial que nos permite armazenar, codificar, reter e recuperar informações do passado. Ela é crucial para a aprendizagem, tomada de decisões e construção da identidade pessoal. A memória possui três fases: codificação (transformar informações em uma forma armazenável), retenção (manter as informações ao longo do tempo) e recuperação (trazer as informações armazenadas à consciência quando necessário). Existem três tipos principais de memória: sensorial, de curto prazo e de longo prazo.

Mediante a isto, esta pesquisa abordará conceitos e psicopatologias de embasadas no conceito de três livros.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Linguagem

Linda Davidoff, no livro "Introdução à Psicologia", explora o conceito de linguagem como um dos principais processos psicológicos humanos. A linguagem é uma habilidade única dos seres humanos que possibilita a comunicação, expressão de pensamentos, sentimentos e ideias, além de desempenhar um papel crucial na construção do conhecimento e da identidade cultural. Este livro aborda a linguagem

[8] Acadêmico do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[9] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas

como um sistema complexo que envolve quatro componentes essenciais: fonologia, sintaxe, léxico e semântica.

A fonologia é a parte da linguagem que estuda os sons da fala, ou seja, os fonemas. Cada idioma tem um conjunto específico de sons que são usados para formar palavras e comunicar significados. Já a sintaxe refere-se às regras gramaticais que governam a estrutura das frases e orações em um idioma. A sintaxe determina a ordem das palavras, como elas são organizadas em uma sentença e como as palavras são combinadas para expressar ideias claras e coerentes. O léxico é o vocabulário de um idioma, ou seja, o conjunto de palavras e seus significados específicos. O léxico é essencial para a compreensão e produção de mensagens verbais. A semântica estuda o significado das palavras e como as palavras se relacionam entre si para formar sentidos em uma determinada cultura ou contexto, a semântica permite que as palavras transmitam conceitos e ideias específicas.

Além disso, o livro aborda a aquisição da linguagem desde o nascimento. As crianças passam por fases importantes de desenvolvimento, desde o balbucio e o uso de palavras isoladas até a aquisição completa da linguagem falada e escrita. Esse processo de aquisição da linguagem é influenciado por fatores genéticos e ambientais, como a interação com cuidadores e a exposição a estímulos linguísticos.

Davidoff também destaca a importância da linguagem na construção do pensamento. A capacidade de usar a linguagem para representar conceitos abstratos e comunicar ideias complexas é fundamental para o desenvolvimento cognitivo dos indivíduos. Em resumo, o livro "Introdução à Psicologia" enfatiza a importância da linguagem como um processo psicológico essencial para a comunicação, o desenvolvimento cognitivo e a construção da identidade cultural. A linguagem é um componente distintivo da experiência humana e desempenha um papel crucial na forma como entendemos o mundo e nos relacionamos com os outros.

2.2.3 Principais alterações patológicas da linguagem

No livro "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais", de Paulo Dalgalarrondo, são abordadas diversas alterações patológicas relacionadas à linguagem, conhecidas como transtornos da comunicação ou transtornos da

linguagem. Essas alterações podem se manifestar de diferentes formas e podem ser sintomas de condições psiquiátricas específicas. Sendo as principais alterações: a afasia, sendo um transtorno da linguagem que ocorre geralmente após lesões cerebrais, como acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou traumatismos cranianos. Ela afeta a capacidade de compreender e produzir linguagem de forma adequada, levando a dificuldades em expressar pensamentose compreender a fala ou a escrita. A disartria é uma alteração da fala que resulta de danos no sistema motor envolvido na produção da fala, como os músculos da boca, língua e laringe. Isso pode causar problemas de articulação, fala arrastada evoz abafada. A disfasia é uma dificuldade específica no desenvolvimento da linguagem em crianças. Ela pode afetar a compreensão e a produção de palavras, frases e conceitos. Crianças com disfasia podem ter dificuldades em se comunicare em aprender a falar de maneira adequada para a idade. A ecolalia é um fenômeno em que o indivíduo repete as palavras ou frases ditas por outros, sem compreender o significado do que está sendo dito. É comum em alguns transtornos do espectro autista, por exemplo. A logorreia é caracterizada por um discurso excessivamente rápido e ininterrupto. A pessoa fala de forma acelerada epode ter dificuldade em organizar seus pensamentos, tornando a comunicação difícil de ser seguida. O mutismo seletivo é uma condição em que uma pessoa é capaz de falar normalmente em alguns contextos, mas permanece em silêncio em outros, geralmente em situações sociais ou em ambientes desconhecidos. É mais comum em crianças. A palilalia é uma repetição involuntária e repetitiva das palavras ou frases que a pessoa acabou de dizer. Esse fenômeno está associado a alguns transtornos neurológicos e psiquiátricos. Essas são apenas algumas das alterações patológicas de linguagem mencionadas no livro de Dalgalarrondo.

2.2 Memória

De acordo com Linda Davidoff, no livro "Introdução à Psicologia", a mesma explora o conceito de memória como um processo psicológico fundamental. A memória é a capacidade de adquirir, armazenar, reter e recuperar informações ao longo do tempo. É uma função cognitiva essencial que nos permite aprender com experiências passadas, formar conceitos, tomar decisões e construir uma identidade pessoal contínua. A autora destaca que a memória pode ser dividida em três fases

distintas: memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo.
Memória Sensorial, nesta fase, informações sensoriais, como imagens visuais ou sons auditivos, são retidas por um breve período de tempo. É uma memória de curta duração e serve como um filtro inicial para selecionar as informações mais relevantes.

Memória de Curto Prazo, também conhecida como memória de trabalho, é responsável por reter informações por um período mais curto, geralmente alguns segundos a minutos. Essa memória é utilizada para processar informaçõesimediatas e realizar tarefas cognitivas, como cálculos mentais.
Memória de Longo Prazo, uma forma mais duradoura de memória e pode armazenar informações por períodos muito mais extensos, possivelmente por toda a vida. Ela pode ser subdividida em memória explícita (consciente) e memória implícita (não consciente). A memória explícita refere-se à recordação consciente de fatos e eventos específicos, enquanto a memória implícita abrange habilidades aprendidas e condicionamento, que ocorrem sem necessidade de consciência.

2.2.1 Funções mentais da memória

Na memória, pode-se avaliar a memória passada (retrógrada) que faz-se com perguntas sobre o passado do paciente, data de acontecimentos importantes, ressaltando que contradições nas informações podem indicar dificuldades. Averigua-se também a memória recente (anterógrada), podem ser feitasperguntas rápidas e objetivas, como “O que você fez hoje?” ou dizer um número de 4 ou 5 algarismos ou uma série de objetos e pedir para que o paciente repita após alguns minutos, se houver necessidade. E, por último, a memória de retenção (retroanterógrada), neste caso pode-se pedir ao paciente que repita algarismos na ordem direta e depois inversa (capacidade de fixar, reconhecer e evocar).

2.2.3 Principais alterações patológicas da memória

No livro "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais", de Paulo Dalgalarrondo, são abordadas diversas alterações patológicas relacionadas à memória, conhecidas como transtornos da memória ou transtornos mnemônicos.

Essas alterações podem afetar diferentes aspectos da memória, como aquisição, retenção e evocação de informações. Tais como: a amnésia, que é uma

alteração que envolve a incapacidade de recordar eventos passados ou aprender novas informações, pode ser dividida em dois tipos principais: amnésia retrógrada, e amnésia anterógrada. A confabulação é uma distorção da memória em que o indivíduo preenche lacunas de memória com informações falsas ou inventadas de forma inconsciente, isso pode ocorrer em algumas condições neurológicas, como a síndrome de Korsakoff, relacionado ao consumo excessivo de álcool. As falsas memórias são recordações que são erroneamente consideradas como verdadeiras, mas que na realidade não aconteceram, essas memórias podem ser sugeridas por outras pessoas ou decorrer de processos mentais internos, como a imaginação. O esquecimento é uma falha na evocação ou recuperação de informações armazenadas na memória, pode ser temporário ou permanente. Déficits de Aprendizado, alguns transtornos podem afetar a capacidade de aprender novas informações ou habilidades, isso pode ser observado em condições como o transtorno do desenvolvimento da coordenação, em que há dificuldades no aprendizado e execução de tarefas motoras. Déficits de Memória de Trabalho, a memória de trabalho é responsável por reter informações temporariamente enquanto realizamos uma tarefa. Alterações na memória de trabalho podem ocorrer em condições como o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e podem afetar o desempenho em atividades cotidianas. Déficits de Memória Episódica, a memória episódica refere-se à capacidade de recordar eventos pessoais específicos, essa memória pode ser afetada em algumas condições neurológicas, como na doença de Alzheimer. Essas são apenas algumas das alterações patológicas de memória mencionadas no livro de Dalgalarrondo.

3 CONCLUSÃO

No campo da psicologia, a linguagem e a memória são dois processos psicológicos fundamentais que desempenham papéis essenciais no funcionamento cognitivo e comportamental dos seres humanos.

A linguagem é uma habilidade única e distintiva dos seres humanos, permitindo a comunicação, a expressão de pensamentos, emoções e ideias, e a transmissão de conhecimento e cultura. Por meio da linguagem, os indivíduos podem se conectar com os outros, formar laços sociais e compartilhar experiências. Além disso, a linguagem é uma ferramenta essencial no desenvolvimento cognitivo

das crianças, na construção do pensamento e na construção de uma identidade individual e coletiva.

A memória, por sua vez, é o processo que permite a aquisição, codificação, retenção e evocação de informações do passado. Através da memória, os indivíduos são capazes de aprender com experiências passadas, armazenar conhecimentos e experiências para uso futuro, e construir uma narrativa contínua de suas vidas. A memória é crucial para a aprendizagem, tomada de decisões e adaptação ao ambiente, pois nos permite utilizar informações do passado para lidar com situações presentes e futuras.

Assim, a compreensão da linguagem e da memória no campo da psicologia é essencial para entender a forma como os seres humanos se comunicam, aprendem, pensam e constroem suas experiências pessoais. O estudo desses processos pode fornecer informações valiosas para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, além de contribuir para uma melhor compreensão da cognição e do comportamento humanos. A psicologia busca entender a complexidade e a interação entre esses dois processos para melhorar a qualidade de vida das pessoas e promover o desenvolvimento saudável e pleno dos indivíduos ao longo da vida.

4 REFERÊNCIAS

DAVIDOFF, Linda. **Introdução à Psicologia.** São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

Manual de psicopatologia / Elie Cheniaux. - 5. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. il.

Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgalarrondo. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

CRIANÇAS NO AMAZONAS: SUAS VOZES, SABERES E EXPERIÊNCIAS

Kelly Christiane S de Souza[10]

1 INTRODUÇÃO

A compreensão das vozes, saberes e experiências das crianças em contextos socioculturais diversos é de fundamental importância nas pesquisas em educação, considerando a necessidade de ampliarmos os estudos com crianças e não apenas sobre elas, assegurando-lhes assim o direito a voz e vez, e assim sua participação efetiva. O estado do Amazonas, com sua rica tapeçaria de culturas, geografias e tradições, oferece um cenário propício para investigar como a diversidade cultural e social das crianças influencia sua participação ativa na sociedade em seus diferentes espaços.

Este artigo tem como objetivo contribuir com estudos voltados para infância, ao examinar em profundidade as realidades cotidianas das crianças amazonenses em suas múltiplas dimensões, considerando que o Amazonas abriga uma riqueza cultural única, com comunidades indígenas, ribeirinhas e urbanas coexistindo em um mosaico cultural. Neste sentido, investigar como as crianças se movem e negociam entre esses diferentes territórios proporciona insights valiosos para educadores-pesquisadores, criarem ambientes educacionais mais inclusivos e culturalmente sensíveis.

Ao enquadrar o estudo dentro da sociologia da infância, este artigo se alinha a uma abordagem que reconhece a importância das crianças como atores sociais. Pois, através do olhar das crianças, teremos a oportunidade de desvelar as complexas redes de interações, práticas culturais e relações de poder que moldam suas realidades.

A discussão proposta traz implicações práticas para a educação na região. Ao compreender as vozes, saberes e experiências das crianças, poderemos desenvolver práticas pedagógicas mais alinhadas com suas necessidades, interesses e identidades. Isso contribuirá com uma educação mais significativa e eficaz, que ressoe com a diversidade local.

---

[10] Pegadagoga – Doutora em Educação – Faculdade Boas Novas

Nessa perspectiva, é imprescindível dizer dos diferentes lugares de fala das crianças na sociedade amazonense, que terminam por ser emudecidas, quando na busca de compreendê-las, os estudos são fundamentados em perspectivas tradicionalmente adultocêntricas, apontando para a necessidade de um fortalecimento nos estudos da infância, ancorados na perspectiva da criança como ator social da infância.

As crianças no Amazonas, nem sempre são do Amazonas, ou seja, estão aqui, mas não necessariamente nasceram no estado ou no município em que estão, trazem consigo uma diversidade que vai desde a questão linguística até suas crenças e saberes, socialmente e culturalmente construídos em seus núcleos familiares. Essas crianças ao mesmo tempo em que estão no contexto da escola, estão nos abrigos, na aldeia, nas ruas, nos hospitais, nas feiras e em suas casas, nas mais diferentes áreas desse extenso estado do Amazonas, e, a partir do lugar em que constroem suas experiências e saberes, vão se apropriando de modos próprios de compreender e de intervir no mundo. “[...] estudar as crianças como actores sociais de pleno direito, a partir do seu próprio campo, e analisar a infância como categoria social do tipo geracional é o objetivo a que se tem proposto a sociologia da infância” (SARMENTO, 2011, p. 27).

A diversidade cultural e social das crianças, que ocupam diferentes territórios, como a escola, as ruas, os abrigos, as feiras, os mercados e as áreas ribeirinhas, representa um cenário complexo e multifacetado. Nesse contexto, emerge a seguinte indagação: Como as distintas vivências e identidades das crianças nos diversos espaços do Amazonas influenciam suas vozes, saberes e experiências, à luz dos princípios da sociologia da infância?

Esta problemática direciona nosso olhar para a intersecção entre as realidades culturais e sociais das crianças e as maneiras pelas quais elas negociam, constroem e expressam suas perspectivas no âmbito desses espaços heterogêneos. A ênfase recai sobre a compreensão das dinâmicas culturais e relações de poder que permeiam esses diferentes ambientes e a forma como tais contextos influenciam as vivências, as formas de expressão e os saberes das crianças.

À medida que buscamos aprofundar nossa compreensão sobre essa interação entre a diversidade cultural e social das crianças e as características específicas de cada território no Amazonas, almejamos analisar as formas pelas

quais essas crianças exercem sua agência, constroem identidades e participam nas práticas cotidianas.

Destarte, discutir a questão das crianças no amazonas: suas vozes, saberes e experiências a partir da perspectiva da sociologia da infância, se faz fundamental para ampliar os indicadores de pesquisas na região norte e especificamente no estado do Amazonas nesta área de estudo, aportando assim pesquisas que revelem o lugar da fala da criança, com elas e não sobre elas, potencializando assim o seu pertencimento sobre essas multiterritorialidades espalhadas pela Amazônia em suas florestas, terras e rios.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Crianças, suas Vozes, Saberes e Experiências

No contexto da pesquisa voltada para a compreensão da diversidade cultural e social das crianças no Amazonas, é fundamental explorar as vozes, saberes e experiências que emergem das próprias crianças. A centralidade das crianças como sujeitos ativos e agentes de suas próprias vidas é um princípio fundamental da sociologia da infância, que direciona nosso olhar para além das perspectivas adultocêntricas e nos convida a considerar suas narrativas e entendimentos (CORSARO, 2011).

As vozes das crianças são frequentemente subestimadas ou silenciadas em contextos sociais e institucionais, o que pode resultar em uma compreensão incompleta de suas realidades. Nesse sentido, os estudos de Sarmento (2003) destacam a importância de considerar as crianças como agentes sociais ativos que participam na construção e reprodução da cultura, contribuindo para a formação de identidades individuais e coletivas.

Os saberes das crianças, por sua vez, não são apenas produtos de aprendizado, mas também resultam de suas interações cotidianas com os seus pares e com o ambiente. Fernandes (2017) ressalta que as crianças trazem consigo uma riqueza de conhecimentos baseados em suas experiências culturais e vivências especificas, que muitas vezes podem contrastar com os saberes convencionais transmitidos por instituições educacionais e sociais.

As experiências das crianças, mediadas pela interação entre suas identidades culturais e sociais e os contextos em que vivem, são cruciais para entender como

elas constroem significados e desenvolvem suas agências. Tomás (2007) destaca a importância de considerar as experiências cotidianas das crianças, suas interações sociais e práticas culturais como elementos essenciais na análise das realidades infantis.

Portanto, explorar as vozes, saberes e experiências das crianças no Amazonas, enfatizando sua agência e participação ativa na construção de suas identidades e compreensões de mundo. Pela lente da sociologia da infância com as contribuições de Corsaro, Sarmento, Fernandes, Tomás, entre outros, buscamos revelar a complexidade e a diversidade desses elementos nas vidas das crianças, ampliando nosso entendimento sobre suas interações com os territórios que ocupam e as culturas que permeiam suas existências.

2.2 As pesquisas com crianças, um diálogo com a sociologia da infância

A abordagem da sociologia da infância, em sua essência, desencadeia uma reformulação fundamental da pesquisa com crianças, que vai além de meramente considerá-las como objetos de estudo. Prout (2005) destaca que "a sociologia da infância promove uma reconceptualização da infância como uma construção social ativa, instigando uma mudança paradigmática na forma como entendemos as crianças em sociedade" (p. 5). Nesse sentido, a pesquisa com crianças adquire um caráter participativo, reconhecendo-as como participantes ativos na construção de conhecimento social.

A visão de que as crianças não são apenas receptáculos passivos de cultura, mas sim agentes sociais ativos, é central na sociologia da infância. Tomás (2007) enfatiza que "a pesquisa com crianças não é uma mera coleta de informações, mas um processo de diálogo e interação, onde as crianças são vistas como coautores na

construção do conhecimento" (p. 42). Isso exige uma postura que valorize suas perspectivas e vivências, reconhecendo que suas vozes são intrínsecas à compreensão de complexas redes sociais.

Fernandes (2017) contribui para essa discussão, ao ressaltar que "a pesquisa com crianças é uma prática sensível que visa revelar suas múltiplas camadas de agência e subjetividade, permitindo-nos transcender as fronteiras das interpretações

adultocêntricas" (p. 25). A abordagem da sociologia da infância nos instiga a mergulhar nas culturas infantis, a compreender suas negociações sociais e a apreciar a riqueza das narrativas que emergem quando as crianças são colocadas no centro do processo de pesquisa.

Sarmento (2003) fortalece essa perspectiva, ao salientar que "a pesquisa com crianças é uma jornada para dentro de seus mundos, um convite para explorar suas interações, brincadeiras e relações sociais sob uma nova luz, desafiando conceitos arraigados sobre a infância" (p. 15). A sociologia da infância, portanto, transcende as fronteiras disciplinares, convidando-nos a nos engajar em uma pesquisa que abraça a voz, a agência e as experiências das crianças.

Abramowicz (2012) sintetiza essa abordagem ao afirmar que "a pesquisa com crianças é uma forma de reconhecimento, um ato de dar voz a quem muitas vezes é silenciado, e uma oportunidade de coconstruir narrativas sociais mais inclusivas" (p. 41). A sociologia da infância nos empodera a repensar nossa posição como pesquisadores, a deslocar nossa visão adultocêntrica e a promover estudos comprometidos com a amplificação das vozes infantis, o que enriquece nosso entendimento da sociedade como um todo.

A sociologia da infância transforma a pesquisa com crianças em um diálogo genuíno, uma colaboração em que as crianças são atores sociais plenos. Ao adotar essa perspectiva, estamos comprometidos em compreender a infância em sua complexidade e diversidade, honrando a singularidade de suas vozes, culturas e experiências, e assim, avançando em direção a um conhecimento mais profundo e verdadeiramente inclusivo.

2.3 Olhando o mundo com os olhos da criança

A perspectiva proposta por James e Prout (1997) instiga uma profunda reflexão sobre como enxergamos a infância e como percebemos as crianças como participantes ativos na construção de suas próprias realidades. Eles defendem que a infância é uma categoria social autônoma e não uma fase preparatória para a vida adulta, como evidenciado por suas palavras: "As crianças não são apenas o 'futuro', mas são construtoras do 'presente'" (p. 7). Essa abordagem nos convida a romper com o paradigma que considera as crianças como um “vir- a –ser”, a ainda com a

visão da criança como receptáculo de conhecimento, fortalecendo a compreensão em torno das crianças como indivíduos que experienciam o mundo de maneira única.

Ao adotar essa perspectiva, é fundamental reconhecer que as crianças não absorvem passivamente informações, mas interpretam, constroem significados e participam ativamente em suas interações sociais e culturais. A visão da criança como um ser ativo na sociedade exige que sejamos sensíveis às maneiras pelas quais elas constroem identidades, relacionamentos e entendimentos. Isso ressoa com a afirmação de James e Prout (1997) de que "as crianças têm culturas infantis e agências que merecem ser valorizadas e reconhecidas" (p. 8).

Olhar o mundo com os olhos da criança exige uma mudança de perspectiva metodológica. Precisamos adotar abordagens que permitam que as crianças se expressem de maneira autêntica e que nos permitam capturar suas experiências a partir de suas próprias narrativas. Essa abordagem é ressaltada por Corsaro (2005) ao afirmar que "a pesquisa etnográfica nos dá acesso às práticas sociais das crianças e às maneiras como elas dão sentido às suas vidas" (p. 12). Por meio da imersão em seus contextos, observando e interagindo com elas, podemos capturar suas visões únicas do mundo e compreender como elas percebem, negociam e contribuem para suas realidades.

Olhar o mundo com os olhos da criança é uma abordagem que nos desafia a transcender as visões adultocêntricas e a considerar as crianças como participantes ativos, construtores de cultura e intérpretes de suas próprias experiências. Essa perspectiva nos incita a adotar metodologias sensíveis e envolventes, permitindo que suas vozes sejam ouvidas e suas experiências sejam compreendidas em profundidade. Ao fazê-lo, somos capazes de enriquecer nosso entendimento da infância, colaborando para práticas educacionais mais significativas e políticas públicas mais relevantes.

2.4 A pesquisa com crianças no Amazonas a partir da sociologia da infância

O estado do Amazonas, com sua vasta gama de contextos culturais e sociais, oferece um terreno fértil para a pesquisa com crianças sob o prisma da sociologia da infância. Este enfoque traz uma nova luz à compreensão das experiências infantis

no contexto da região, ultrapassando a visão tradicional que subestima a agência das crianças. A abordagem sociológica da infância reconhece as crianças como atores sociais, ativos e dotados de conhecimento cultural (CORSARO, 2011).

Ao explorar as culturas infantis presentes nas ruas, escolas, feiras, mercados, abrigos e zonas ribeirinhas do Amazonas, podemos desvelar como as crianças constroem significados, estabelecem relações e contribuem para a tessitura social única da região. Através de uma abordagem etnográfica, é possível revelar como as crianças, muitas vezes consideradas periféricas nas discussões sociais, desempenham papéis significativos em suas comunidades.

A diversidade étnica, linguística e cultural da região amazônica requer uma análise sensível das diferentes expressões culturais infantis. Nesse sentido, as pesquisas com crianças no Amazonas devem levar em consideração as nuances das práticas culturais, tradições e modos de pertencimento presentes em cada contexto específico. Faz-se eco das palavras de James e Prout (1997) quando afirmam que "as crianças têm culturas próprias que merecem ser valorizadas e compreendidas" (p. 8). A inclusão das vozes das crianças em pesquisas no Amazonas pode revelar os sistemas de significados que elas constroem a partir de suas interações e relações sociais. Através de entrevistas, observação participante e diálogo, podemos desenterrar perspectivas até então negligenciadas, permitindo que as crianças falem sobre suas experiências, desafios e aspirações. Isso amplia nossa compreensão da vida infantil em contextos urbanos e rurais, e fornece conhecimentos cruciais para

construir abordagens educacionais e políticas públicas mais autênticas e relevantes. Ao aplicar os princípios da sociologia da infância à pesquisa com crianças, abrimos uma janela para explorar a riqueza das culturas infantis presentes na região, reconhecendo as crianças como participantes ativos em suas comunidades, nas mais variadas esferas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto ressalta a necessidade de um novo paradigma na pesquisa com crianças, enfatizando a importância de reconhecê-las como participantes ativos na construção de conhecimento social. A sociologia da infância desafia a visão tradicional que considera as crianças como meros receptáculos de cultura e promove

uma abordagem participativa que valoriza suas perspectivas, vozes e experiências. No contexto do Amazonas, com sua diversidade étnica, linguística e cultural, a pesquisa com crianças se torna ainda mais crucial, à medida que busca revelar as culturas infantis presentes em diferentes territórios.

Ao adotar uma abordagem etnográfica, o estudo pode desvendar como as crianças contribuem para a tessitura social única da região, construindo significados, estabelecendo relações e enfrentando desafios. A inclusão das vozes das crianças nas pesquisas pode enriquecer a compreensão da vida infantil em ambientes urbanos e rurais, proporcionando insights fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas educacionais mais autênticas e relevantes.

Dessa maneira, a pesquisa com crianças no Amazonas, sob a ótica da sociologia da infância, promove uma compreensão mais profunda das culturas infantis na região, reconhecendo as crianças como participantes ativos em suas comunidades. Isso não apenas enriquece o entendimento da infância, mas também contribui para uma educação mais significativa e eficaz que respeite a diversidade cultural e social única da região.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ABRAMOWICZ, Anete. **Culturas Infantis, Conexões Necessárias e Desejáveis**. In: KRAMER, Sonia (Org.). Pesquisas em Educação: Múltiplos Olhares. São Paulo:Cortez, 2010. p. 19-34.

CORSARO, William A. **The Sociology of Childhood**. 3rd ed. Thousand Oaks, CA:Sage Publications, 2011.

FERNANDES, Natália. **Infância e Educação**: Estudos de Sociologia da Infância.Porto: Edições Asa, 2003.

JAMES, Allison; JAMES, Adrian L. **Constructing Childhood**: Theory, Policy andSocial Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.

KRAMER, Sonia. **O papel social das crianças e dos adolescentes na sociedade contemporânea**. In: KRAMER, Sonia (Org.). Infância e Educação Infantil: uma abordagem histórica. São Paulo: Cortez, 2005. p. 161-176.

KRAMER, Sonia. **Pesquisas da infância: percursos e desafios da produção**

científica no campo educacional. Revista Brasileira de Educação, v. 15, n. 43, p.69-80, 2010.

PROUT, Alan; JAMES, Allison. **A New Paradigm for the Sociology of Childhood?** Provenance, Promise and Problems. In: JAMES, Allison; PROUT, Alan (Eds.). Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the SociologicalStudy of Childhood. London: Falmer Press, 1997. p. 7-34.

PROUT, Alan. **The Future of Childhood**: Towards the Interdisciplinary Study ofChildren. Children & Society, v. 19, n. 5, p. 369-386, 2005.

SARMENTO, Manuel Jacinto. **Gerações e alteridade: contributo para a sociologia da infância**. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 64, p. 143-162, 2003.SOUZA, Kelly. **A voz da criança institucionalizada para adoção**. Tese de Doutorado. Universidade do Minho, 2020. Repositório da UMINHO.

TOMÁS, Catarina. **Crianças e Jovens na Investigação Social**: Manual de Reflexãoe Acção. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

PSICOMOTRICIDADE E ATENÇÃO

Priscila Soares Dos Santos[11]
Solano Pinto Cordeiro[12]

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho corresponde à avaliação de rendimento escolar, da disciplina Processos Psicológicos Básicos, e visa abordar os aspectos relacionados à psicomotricidade e à atenção, sinalizar a importância desses Processos Psicológicos Básicos para a harmonia do funcionamento orgânico.

Deste modo, nos debruçamos em literaturas que versam sobre os temas, em análise, a fim de compreender a importância desses mecanismos no cotidiano de um ser humano, verificando, assim, como se dá o desenvolvimento saudável da psicomotricidade e da atenção, bem como, veremos como o não desenvolvimento saudável interfere na vida do sujeito.

Explorar os Processos Psicológicos Básicos está relacionado ao estudo efetivo do Ser, o qual se realiza quando ele é trabalhado de forma integral, uma vez que a psicomotricidade investiga o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. E a atenção, por sua vez, se caracteriza pela qualidade da percepção, que opera como uma espécie de filtro dos estímulos ambientais, avaliando quais são os mais relevantes e dotando-os de prioridade para um processamento mais profundo.

Isto posto, o referido trabalho nos remete, também, a algumas reflexões acerca do fazer profissional do psicólogo, frente as demandas atinentes a questões de saúde, de forma holística, contemplando o ser humano em sua singularidade e na totalidade.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PSICOMOTRICIDADE

Para compreender o homem, é fundamental conhecer o seu processo histórico pessoal e coletivo, isto é, escrutinar a sua origem e a sua trajetória com o perpassar

[11] Acadecimca do Curso de Psicologia da Faculda Boas Novas
[12] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas

do tempo, pois, a vida se apresenta como um emaranhado de transformações constantes. Da mesma forma como se faz essencial conhecer como se estabelece os Processos Psicológicos Básicos desenvolvidos no homem.

Na busca por um conceito de psicomotricidade, o qual abrangesse a perspectiva holística do indivíduo, escolheu-se a definição proposta por Costa, 2002:

> A psicomotricidade baseia-se em uma concepção unificada da pessoa, que inclui as interações cognitivas, sensoriomotoras e psíquicas na compreensão das capacidades de ser e de expressar-se, a partir do movimento, em um contexto psicossocial. Ela se constitui por um conjunto de conhecimentos psicológicos, fisiológicos, antropológicos e relacionais que permitem, utilizando o corpo como mediador, abordar o ato motor humano com o intento de favorecer a integração deste sujeito consigo e com o mundodos objetos e outros sujeitos.

Ao analisar as influências de questão de saúde nos processos psicológicos básicos depara-se com múltiplas formas de prejuízo na saúde que podem afetar tais processos. Ressalta-se que a intensidade e qual área será atingida dependerá da doença em si. Expõe-se a seguir algumas alterações da psicomotricidade.

Segundo Dalgalarrondo (2019, p.339), “as alterações da psicomotricidade frequentemente são a expressão final de alterações da volição.” O autor, em destaque, ressalta que:

> (...) Entre todas as alterações da psicomotricidade, a agitação psicomotora é uma das mais comuns. Implica a aceleração e a exaltação de toda a atividade motora do indivíduo, em geral secundárias a taquipsiquismo (aceleração de todos os processos mentais) acentuado. Comumente se associa à hostilidade e à heteroagressividade. (...) Por sua vez, a lentificação psicomotora reflete a lentificação de toda a atividade psíquica (bradipsiquismo). Toda movimentação voluntária torna-se lenta, difícil, “pesada”, podendo haver período de latência entre uma solicitação ambiental e a resposta motora do paciente. O que se denomina classicamente em psicopatologia de inibição psicomotora é um estado acentuado e profundo de lentificação psicomotora, com ausência de respostas motoras adequadas, sem que haja paralisias ou déficit motor primário.

Pode-se apreender do exposto acima que as alterações da psicomotricidade estão diretamente atreladas a forma de como o sujeito perceberá o mundo ao seu redor, posto que, dentro dos índices de normalidade, “a percepção acontece quando a pessoa se torna consciente do estímulo no ambiente. O reconhecimento ocorre quando o cérebro dá sentido ao estímulo. A ação é resposta resultante da pessoa ao estímulo.” (Cherry, 2016).

> Cada estímulo tem a sua devida importância, cada detalhe é valioso, pois sem eles não perceberíamos os sentidos, os quais afetam nossas vidas de várias maneiras diferentes. Sem tais estímulos teríamos outra perspectiva da vida. Dito de outra forma, uma pessoa que não tenha a visão. Essa pessoa poderá viver sem ele, porque irá usar os outros órgãos do sentido.

> Sua vivência cotidiana não será igual a de uma pessoa que tem a visão, porém será adaptada às suas condições. De tal forma, não há perda de qualidade de vida das pessoas, mas só experiências sensoriais e de estímulos diferenciados. (Marangoni, 2021).

Em se tratando da relevância da psicomotricidade no desenvolvimento infantil, observa-se que ela fomenta atividades terapêuticas e educativas, além de possuir papel de elevado significado no desenvolvimento neuropsicológico das crianças.

> A idade "dourada" da psicomotricidade está situada desde o nascimento até os oito ou nove anos de idade, constituindo-se em uma necessidade no processo educativo desta fase da vida, já que busca a integração de interações cognitivas, emocionais, afetivas, simbólicas e físicas na capacidade do indivíduo de ser e atuar em um contexto psicossocial (Macri, 2014; Pieg, & Vayer, 1971. Apud, Benetti, 2018).

Outrossim, a psicomotricidade é uma ciência que muito pode corroborar no desenvolvimento humano, em todas as fases, seja do nascimento à velhice. Como também enriquece todo estudo sobre a complexidade que envolve a constituição do homem, dado que a cognição, o afeto e o movimento são indissociáveis da condição humana.

2.3 ATENÇÃO

Conforme Cheniaux (2015),

> A atenção é processo pelo qual a consciência é direcionada para determinado estímulo (de origem externa ou interna), que pode ser uma imagem perceptiva ou representativa, um afeto ou um pensamento. Há uma concentração da atividade mental sobre um objeto específico (ou poucos objetos) em detrimento dos demais. O que é selecionado pela atividade da atenção adquire maior clareza e nitidez.
> Sem a capacidade de clareza exercida pela atenção, a quantidade de informações externas e internas (distratores) que chegaria à nossa mente seria tão grande que inviabilizaria qualquer atividade psíquica. A atenção interfere na sensopercepção e é de vital importância para a memória, tanto para a fixação de novas informações como para a evocação de antigas. O interesse (vontade, afeto) influencia diretamente a atenção.

Na sociedade atual é crescente os vários estímulos, os quais competem pela atenção do sujeito. Todo esse excesso de estímulo tem prejudicado o exercício da atenção de forma plena, isto é, que se utilize a atenção no aqui e no agora, direcionando-a no foco a se atingir.

> Vive-se hoje numa sociedade onde, desde a infância, a exposição excessiva à informação no cotidiano dos indivíduos impede a manutenção do foco de atenção, devido à velocidade e à multiplicidade com que as informações invadem o curso das atividades desenvolvidas durante o dia. Por um lado, a função básica de filtro de informações importantes para o desenvolvimento das atividades cotidianas é prejudicada pelo grande número de informações irrelevantes que chegam aos nossos sentidos; por

> outro, a função de atenção flutuante, responsável pelo pensamento criativo e divergente, não é valorizada numa sociedade que demanda a focalização e a distribuição dos recursos de atenção numa única direção, a qual é determinada pelaprodução e pelo sucesso profissional.

De acordo com Dalgalarrondo (2008), em se tratando de natureza, da sua origem, a atenção possui divisão multifatorial, a saber: voluntária ou controlada e involuntária ou automática. Portanto, pode-se escolher em que a atenção será dirigida, não obstante, ela pode, em algumas situações, ser envolvida involuntariamente por estímulos aleatórios, como em uma música tocando, por exemplo.

Cheniaux (2015), ainda pontua que a ciência cognitiva identifica quatro principais funções atribuídas a atenção:

> **A atenção seletiva** se refere à capacidade de prestar atenção em alguns estímulos e ignorar os demais. É o que acontece quando, numa festa com muitas pessoas, decidimos focar numa única conversa e, assim, não percebemos o que estão falando as outras pessoas ao nosso redor. **A vigilância e a detecção de sinal** envolvem a espera passiva de um estímulo que pode surgir a qualquer momento. Nesse estado se encontra o salva-vidas, que tem de estar atento e agir caso veja alguém se afogando. **A sondagem**, por sua vez, consiste na procura ativa por um estímulo em particular. Um exemplo de sondagem é a busca intencional de um determinado termo técnico em meio a um grande número de palavras de um artigo que estamos lendo. Por fim, **a atenção dividida** representa a distribuição de nossos recursos de atenção entre duas ou mais tarefas que realizamos ao mesmo tempo. Isso se dá por exemplo, quando dirigimos um automóvel e, simultaneamente, ouvimos uma música pelo rádio.

Para mais, a atenção está diretamente vinculada à memória. No intuito de gravar uma informação, quanto mais concentração for dedicada, mais fidedignamente a informação será representada no cérebro, facilitando a recordação.

Sternberg (2000), comenta que psicólogos cognitivos constataram as três seguintes operações comuns da memória:

- Codificação: refere-se ao modo como você transforma um input físico e sensorialem uma espécie de representação que pode ser colocada na memória.

- Armazenamento: refere-se à maneira como você mantém a informação codificadana memória.

- Recuperação: refere-se ao modo como você obtém acesso à informação armazenada.

Preece (2005) acentua que quanto mais se presta a atenção a algo e quanto mais isso é processado em termos de pensamento e comparação com outro conhecimento, maior a viabilidade de ser lembrado.

Com isso, conclui-se que três fatores basilares sejam necessários para que a

atenção opere: fator fisiológico; fator motivacional; e concentração.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso de elaboração deste trabalho, muitos conceitos e desdobramentos a respeito de psicomotricidade e de atenção foram exploradas na pesquisa efetuada, demonstrando então, que a atuação do profissional psicólogo, junto às questões relacionadas a psicomotricidade e a atenção, deve primar pelo entendimento integral do sujeito, pois, os processos psicológicos básicos são influenciados de modo diferente, entre uma pessoa e outra, dependendo de vários fatores específicos, por exemplo, do tipo e grau de adoecimento, bem como da interpretação dada ao acontecimento. Cada ser experiencia determinado acontecimento de forma personalíssima e não devemos em hipótese alguma desconsiderar a história do sujeito.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTI, Idonézia Collodel, 2018, et al. Psicomotricidade e desenvolvimento: concepções e vivências de professores da educação infantil na amazônia setentrional. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php. Acessado em:31JUL2023;

CHENIAUX, Ellie. Manual de Psicopatologia – 5ª edição. Editora Guanabara Koogan Ltda, 2015;

CHERRY, Kendra, 2023. Processo perceptivo e as 8 etapas do processo de percepção. Disponível em: https://psicoativo.com/2016/09/processo-perceptivo-e-as-8-etapas-do-processo-de-percepcao. Acessado em: 31JUL2023;

COSTA, A. C. Psicopedagogia e psicomotricidade: Pontos de intersecção nas dificuldades de aprendizagem: Petrópolis: Vozes, 2002;

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais – 2ª edição. Artmed Editora Ltda, 2008;

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais – 3ª edição. Artmed Editora Ltda, 2019;

MARANGONI, Vinicius Xavier CintraL, 2021. Os processos de percepção dos indivíduos e a influência dos estímulos sensoriais: Um estudo teórico. et al.
Intr@ciência Revista Científica ISSN 2177-3645.
Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/pdf.Acessado em:12MAR2023;

PREECE, Jennifer; ROGERS, Yvonne; SHARP, Helen. Design de interação: além da interação humano-computador. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SIMÕES, Patrícia Maria Uchôa, 2014. Análise de Estudos sobre Atenção Publicados em Periódicos Brasileiros.
Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/xysCxQN73ypkc6kGv58dzwp. Acessado em: 31JUL2023; e

STERNBERG, Robert J. Representação do conhecimento: imagens e proposições. In: STERNBERG, Robert J. Psicologia cognitiva. Porto Alegre: Artmed, 2000.

O LABIRINTO DO FAUNO: UMA ANÁLISE DE OFÉLIA

Amanda G. Oliveira[13]
Jaina V. Souza Lima[14]
Joyci S. Mello[15]
Martha S. Araujo[16]
Solano Pinto Cordeiro[17]

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho retrata a análise do filme ´´O Labirinto do Fauno" para o desenvolvimento do estudo de caso, observando as psicopatologias e retratando as funções mentais e suas alterações. Levando em conta a perspectiva da loucura na Idade Clássica segundo Foucault: ´´Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixavam-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupos de mercadores e peregrinos`` (Foucault, 1972, p.8).

A exclusão não se dá pela simples indiferença à loucura, mas porque esta começa a se revelar como ameaça do desatino (bom senso), do perigo que se torna constante na ideia do mal, ´´anormal``, pois a loucura passa a representar o que há de trágico e defeituoso no homem. Desta forma a psicopatologia se torna a ciência que trata a essência da doença mental, tanto as mudanças da estrutura como as funções associadas e as formas as quais são manifestadas.

Considerando o estudo de caso realizado, concluímos as hipóteses diagnósticas que seriam a finalização da análise.

2 DESENVOLVIMENTO

2.2 Fantasias

Para a psicanálise a fantasia define-se como uma projeção psíquica do instinto, é nela que é expressa a realidade de sua origem (subjetiva de conteúdos internos), todavia é ligada à uma realidade mais objetiva.

O desenvolver do conhecimento humano é reconhecido como um processo espontâneo ligado ao corpo e seu progresso (UFRGS, 2009). O lúdico, para a

[13] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[14] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[15] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[16] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[17] Psicólogo – Professor do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas.

criança, se comunica da mesma forma que a realidade é vivenciada. É através do brincar que se observa como a criança externaliza e maneja seus conflitos.

Conforme Assis, Santos:

> Para alcançar o pensamento abstrato do adulto, ela precisa percorrer todas as etapas de seu desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional […]. A brincadeira é a vida da criança, pois permite que ele se desenvolva os seus sentidos, adquira habilidades, reconheça objetos, suas características, textura, forma, tamanho, cor e som. Para alcançar o pensamento abstrato do adulto, ela precisa percorrer todas as etapas de seu desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional […]. A brincadeira é a vida da criança, pois permite que ele se desenvolva os seus sentidos, adquira habilidades, reconheça objetos, suas características, textura, forma, tamanho, cor e som. (ASSIS, SANTOS.2019. p.19-20)

Ofélia, utiliza do recurso da fantasia para processar os eventos recentes acontecidos em sua vida tantos através dos livros tanto quanto a sua própria imaginação como busca de refúgio e conforto:

> A única lembrança de casa que Ofélia levou foram alguns dos seus livros. Ela segurou um deles com firmeza no colo e acariciou a capa. Ao abri-lo, as páginas brancas reluziram em contraste com as sombras da floresta, e as palavras que saltaram dele ofereceram conforto e refúgio [...] A mulher pegou o livro das mãos de Ofélia, e todas as palavras reconfortantes ficaram mudas. (TORO; FUNKE, 2019. p. 13-14)

Na teoria psicanalítica de Melanie Klein sobre a infância a fantasia tem a função de satisfação dos desejos, negação da dor, segurança em relação aos fatos aterrorizadores do mundo externo; e um controle onipotente – já que a criança, em fantasia, não apenas deseja um acontecimento como realmente acredita fazer com que ele aconteça –; a reparação, dentre outras. (PEREIRA, 2007).

A jovem menina parece ainda não ter dessexualizado suas experiências instintivas ligadas ao ego, parece “regredir”, não reprime suas fantasias, é como se pudesse ignorar por alguns instantes seu crescer.

Para um indivíduo saudável demora em média 2 anos para que elabore seu luto de forma completa; neste período ocorrerá algumas fases (negação, barganha, a depressão e a aceitação) de forma não linear.

Para Ofélia, tudo que a resta para o momento de elaboração de seu luto é fantasiar um lugar melhor, onde toda angústia sentida não existe. Estas se caracterizam pelo desejo de reconstruir o mundo interno que foi despedaçado, sem atravessar e elaborar a dor. (VIEIRA; CINTRA, 2016)

> É o recalque – mecanismo de defesa executor da cisão psíquica – que possibilita que tais desejos continuem resistindo na instância mental. Desse modo, a imaginação é originada de um mecanismo de defesa. Em sua atividade de criação de imagens que compõem um roteiro fictício a partir de fragmentos da realidade, possibilita momentos de fuga frente aos interditos

> reais. Tal fuga da realidade pode manter os desejos na consciência ou encobri-los por outros mecanismos de defesa. No primeiro caso, os desejos impulsionam as atividades criativas na produção intelectual, na arte, na brincadeira infantil ou mesmo no devaneio consciente (sonhar acordado), não danificando, por isso, a percepção da realidade. Quando envolta em outros mecanismos de defesa – poderia ser dito, os de um eu muito enfraquecido e, nisso, enrijecido pelo medo – as fantasias podem interferir nos esquemas de percepção da realidade, substituindo o existente pelas elucubrações criadas inconscientemente pelos mecanismos de defesa. (SALGADO; VAZ, 2020).

2.3 Luto na infância

Luto, definido como uma perda de um elo significativo entre objeto e a pessoa, é de natureza comum e constante no desenvolvimento humano (FRANCO; MAZORRA, 2007). Para Freud o inconsciente é inexistente quando há perda, o enlutado tem pleno conhecimento do que perdeu. (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013).

Falar sobre a morte pode causar desconforto, inseguranças que pode originar uma fuga sobre tal assunto, contudo ignorá-lo pode causar mais dano do que simplesmente esquivar-se. Não falar da dor, não significa não senti-la.

> O comunicador deve ter fortes laços de afetividade com a criança; ser bom ouvinte; promover uma comunicação aberta e adequada aos níveis de compreensão da criança; permanecer atento às comunicações verbais e não verbais da mesma; deixar a criança dar o tom e estabelecer o ritmo da conversa; servir-se de elementos facilitadores (literatura, desenhos etc.); promover a participação da criança nos rituais, com consentimento e informação; trabalhar as suas fantasias com relação à morte, principalmente as de culpa e as de um possível retorno da pessoa morta; possibilitar a expressão não só da tristeza, mas também de sentimentos como raiva, desamparo e medo; ajudar a formar e a manter uma imagem de seu ente querido, por meio da recordação de experiências vividas; buscar apoio de toda a rede de relacionamento social. (LIMA; KOVÁCS. 2011).

Muitos adultos processam que as crianças não estão emocionalmente prontas para abordar o tema, Ofélia relata que não há diálogo entre ela e a mãe sobre a perda recente de seu pai.

> Seu nome era Ofélia e conhecia bem a dor da perda, embora tivesse apenas 13 anos. Seu pai havia morrido havia um ano, e Ofélia sentia tanta saudade que às vezes seu coração parecia uma caixa vazia que ecoava sua dor. A menina sempre se perguntava se a mãe também sentia o mesmo, mas não encontrava a resposta no rosto pálido dela. (TORO; FUNKE, 2019. p.13).

A criança espera uma resposta do adulto, alguma explicação com a expectativa de que ele seja capaz de lhe esclarecer o que aconteceu. É

recomendado que após a morte de seu genitor, alguém com quem a criança tenha mais afeto disponha de apoio emocional, promovendo atenção, carinho e cuidado. A criança ainda não possui uma inteligência emocional completa, não sabe nomear e classificar seus sentimentos (LUZETTE; GATTI,2007).

2.4 Síntese do filme

O filme O Labirinto do Fauno foi lançado em 2006, sua trama se passa na Espanha em 1994. Sua história mescla o sonho e realidade de Ofélia, trazendo-a para um universo de fantasias sem dor e angústia.

O filme Labirinto do Fauno foi lançado em 2006 e se passa na Espanha em 1994. Sua história mescla sonho e realidade de Ofélia, trazendo-a para um universo de fantasias sem dor e angústia, diferente da cruel realidade que ela vivenciava na Espanha fascista de Franco.

A estória de Ofélia começa com sofrimento, pois seu pai acabará de morrer, não fazia nem um ano, e sua realidade está mudando drasticamente sem a “chance” de elaborar seu luto. Sua estória se passa em uma ilusão de imaginação/realizadas que é viciada no mundo dos livros, como forma de escape para sua nova vida, onde sua mãe a briga a se comportar como uma “mini dama”.

No filme, Ofélia ao chegar no acampamento é orientada a tratar o general Vidal como um pai, e até chamá-lo pelo título, mas isso não se torna possível pois Ofélia não gosta ele.

Ofélia avista um inseto meio diferente no acampamento, e decide segui-lo, se deparando como as ruínas de um labirinto, onde na verdade, esse labirinto é o labirinto do Fauno. Ao final do labirinto Ofélia encontra o Fauno, que aparentemente demostra ser uma criatura perversa, por causa de sua figura sombria, entretanto, o Fauno é um ser bondoso e gentil. Este traz as boas novas, afirma que ela é a princesa perdida, que tanto o rei aguardava a volta.

Todavia, para não haver algum engano, é lhe dito que precisaria cumprir três desafios. No último desafio Ofélia desiste do último desafio e acaba sendo morta por seu padrasto no labirinto.

A reflexão do filme e a sua moral tem o mesmo objetivo: sua forma de observa o mundo e sua vida, vai depender de como você escolhe enxergar as coisas.

2.5 Hipótese diagnóstica

A imaginação é algo natural do ser humano ainda mais nas fases iniciais do desenvolvimento: a infância; contudo no caso de OF, suas fantasias são usadas de intuito de fuga ao sentir seu luto e ela fica nessa dualidade entre a dor e o deleite.

OF ainda está elaborando seu luto, da melhor forma que pode, ao relatar sobre somos levados pela fantasia de OF, porém ao lançarmos um olhar lógico, mais clínico é possível encaixar algumas suas características e classificá-las de acordo com o DSM-V.

Diferentes das alucinações

> Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário (DSM-V, 2014. p. 87)

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes (DSM-V, 2014).

Para a classificação do diagnóstico de transtorno delirante há cinco critérios definidos pelo DSM-V, OF expressa quatro e se encaixa no subtipo grandioso contínuo, pois relata que é a princesa perdida do reino que o Fauno disse e ela se sente assim. Este subtipo tem o tema central a convicção de ter um grande talento (embora não reconhecido). Insight ou ter uma descoberta importante (DSM-V, 2014). Seus sintomas satisfazem os critérios para o diagnóstico do transtorno persistem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas abaixo do limiar muito breves comparados ao curso em geral Ofélia relata que desde que chegou na casa de campo do capitão Vidal vê algumas fadas e um fauno que lhe prometem levá-la de volta ao seu reino para reivindicando o título de princesa que ainda é seu por direito.

3 CONCLUSÃO

Mediante as informações colhidas através da análise do filme ´´ O labirinto do Fauno`` foi possível chegar há hipótese diagnostica. A parti da visão prática psicanalítica, crianças gravemente debilitadas, constroem internamente o que acontece no seu mundo externo, o que está vivendo no presente e assim a Fantasia

se torna uma solução que é utilizada enquanto defesa, funcionando tanto como características dos seus instintos, simbolizando em forma de funções defensivas.

As crianças também sofrem com a perca de pessoas próximas que falecem, como é visto no caso de Ofélia, as crianças em luto acabam expressando os sentimentos através de seus comportamentos mais do que em palavras, por estarem em desenvolvimento, aprendendo a se expressar e relatar o que estão sentindo, mas a necessidade de superação desse sentimento, sendo assim ela precisa reconhecer a realidade da morte, se permitir sentir a dor que é gerada por conta do luto, relembrar a pessoa que partiu, e assim desenvolver identidade própria, procurado ter significado, é essencial receber apoio continuo de seus cuidadores. Desta forma será possível que a criança externalize a sua dor e consiga superá-la.

O fato importante a ser observado que a criança que sofre com alucinações não tem necessariamente sintomas psicóticos, mas tem o prognóstico melhor do que aquelas que sofrem e apresentam tais sintomas. Foi analisado algumas características do caso apresentado no filme das alucinações de Ofélia. Notado que ela ouvia vozes, via imagens irreais, como pessoas, monstros e animais, sentia cheiros que não existia, era tocada por algo ou alguém, tendo sensações no corpo, como insetos caminhado sob a pele.

4 REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E**. O Conceito Psicanalítico Do luto:** Uma Perspectiva a Partir De Freud E Klein. Psicólogo informação, v. 17, n. 17, p. 87–105, 1 dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141588092013000200007. Acesso em: 04 de out 2022

DEL TORO, G.; FUNKE, C. **O labirinto do Fauno**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca Ltda., 2019.

American Psychiatric Association**. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LIMA, V. R. DE; KOVÁCS, M. J. **Morte Na família:** Um Estudo Exploratório Acerca Da Comunicação À Criança**.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/L3xKm8W96yYnCMB3JF6RDZq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2022.

LOUZETTE, Fernanda Lucena; GATTI, Ana Lúcia**. Luto Na Infância E As Suas**

Consequências No Desenvolvimento Psicológico. Academia Edu, p. 77–79, 2007. Disponível em: <https://www.academia.edu/36776986/Luto_na_Infancia_e_as_suas_consequencia_no_desenvolvimento_psicologico>. Acesso em: 2 out. 2022.

OLIVEIRA, Patrícia A. B. Alexandre de; SOUTO, Jailma B.; SILVA JÚNIOR, Edivan Gonçalves da. **Adoção e Psicanálise**: a Escuta do Desejo de Filiação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 909–922, 2017.

OLIVEIRA, Sinval. **A Vivência Da Morte E O Luto Na Infância**. Academia Edu, 2011. Disponível em: <https://www.academia.edu/41216854/A_VIV%C3%8ANCIA_DA_MORTE_NA_CRIAN%C3%87A_E_O_LUTO_NA_INF%C3%82NCIA_2010_Trabalho_realizado_na_cadeira_de_Psicologia_Cl%C3%ADnica_e_da_Sa%C3%BAde_do_3o_ano_de_Licenciatura_de_Psicologia_Mestre_Jo%C3%A3o_Taborda_Mestre_F%C3%A1tima_Gameiro?from=cover_page>. Acesso em: 4 out. 2022.

PEREIRA DE OLIVEIRA, Marcella. **Melanie Klein E as Fantasias Inconscientes**. Winnicott e-prints, v. 2, n. 2,p. 1–19, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200005>. Acesso em: 3 out. 2022.

SALGADO, Mara; VAZ, Alexandre Fernandez. **As Faculdades Da mimese, Imaginação E Memória Na Infância**: O Entrelaçar Do Amor E Pensamento. Educação Em Revista, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/tJLswzVgw4GsyydDWHHvG8k/?lang=pt#>. Acesso em: 30 set. 2022.

SOUZA, Andressa Mayara Silva; PONTES, Suely Aires. **As Diversas Faces Da Perda**: O Luto Para A Psicanálise. Analytica: Revista de Psicanálise, v. 5, n. 9, p. 69–85, 2016. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/2043>. Acesso em: 3 out. 2022.

VIEIRA, Marcus Rodrigues Jacobina; CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. **O Trabalho Criativo**: Perda, Luto e Metáfora**.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 9, n. 1, p. 50–66, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100005>. Acesso em: 3 out. 2022.

YAMAURA, Luciana; VERONEZ, Fulvia de Souza. **Comunicação Sobre A Morte Para Crianças:** Estratégias De Intervenção. Psicologia Hospitalar, v. 14, n. 1, p. 79–93, 2016. Disponível em: <https://www.academia.edu/36488794/COMUNICA%C3%87%C3%83O_SOBRE_A_MORTE_PARA_CRIAN%C3%87AS_ESTRAT%C3%89GIAS_DE_INTERVEN%C3%87%C3%83O>. Acesso em: 4 out. 2022.

ZAVARONI, Dione de Medeiros Lula; VIANA, Terezinha Camargo. **Trauma e Infância**: Considerações sobre a Vivência de Situações Potencialmente Traumáticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v. 31, n. 3, p. 331–338, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZSxxb85nzh4spnyZbQsGY7D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2022.

POR UMA PSICOLOGIA DA ESPERANÇA: OS LÍDERES ECLESIÁSTICOS E SUA ATUAÇÃO NA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL

José Fábio Bentes Valente[18]

1 INTRODUÇÃO

Hodiernamente atos e fatos de violência intrafamiliar infantil são noticiados pelas mídias, quer seja, radiofônicas, televisivas e na web espaço. Concernente a esse aspecto emerge cada vez mais, o interesse de pesquisadores dos vários campos do saber, seja da antropologia, sociologia, educação, e psicologia, a fim de encontrar os aspectos, que esse fenômeno social, está cada vez mais sendo corriqueiro de modo holístico nos status da sociedade. Nesse sentido essa pesquisa tem o intuito de fazer uma breve análise sobre como a violência causada no contexto familiar, pode ocasionar para as crianças que são afligidas por esse mal e certos maltratos que podem gerar sequelas que reverberam pelos restos de suas vidas, na qual e de suma importância que os líderes eclesiásticos possam saber como proceder nesses casos.

Segundo Santiago e Mattioli (2009), um dos fatores desse ato de violência doméstica, e causado pelos pais contra os filhos, podendo ser compreendido, como uma punição merecida por parte da criança e do adolescente, pois é um direito de uso dos pais que dela se utiliza durante o processo de educação de seus filhos. Neste sentido, a violência pode se instaurar na família como direito dos pais e, inclusive, pode ser justificada pelas vítimas como forma de discipliná-las e educá-las.

Neste sentido o fato de que pessoas submetidas a alguma forma de violência tendem a reproduzi-la no futuro, acabam desse modo se perpetuando o ciclo violência que pode até acarretar um processo de subjetivação na relação entre vítima e agressor, que acaba gerando padrões de tolerância e aceitação da violência de um modo normal e conciso, em uma sociedade cujos padrões normativos estão se relativizando a cada da que passa.

Assim sendo, esse trabalho acaba contribuindo para a compreensão da dinâmica da violência doméstica infantil, suas consequências, incidências e

[18] Graduado em Ciências da Religião – Professor da Faculdade Boas Novas

propostas de intervenção e de atendimento, principalmente pelo campo eclesiástico, pois segundo Braum (2002, p. 25-29), as vítimas quanto para cuidadores agressores, revelam que a exposição de crianças e adolescentes a situações de violência física, psicológica, sexual e sua negligência, pode desencadear uma variedade de efeitos negativos para o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social das vítimas.

Convém ressaltar quanto a aspectos metodológicos, essa pesquisa é de cunho bibliográfico, cujo objetivo está em apresentar os aspectos psicossociais das crianças vítimas de violência intrafamiliar, suscitando como esses líderes podem interagir, a fim de amenizar essas agressões que cada vez mais estão fazendo parte dos contextos familiares.

Nesse sentido essa pesquisa é composta por três secções, sendo que primeira aborda o conceito de violência familiar e infantil, apresentado suas similitudes e seus aspectos. A segunda secção apresenta o que essa violência intrafamiliar representa para as suas vítimas devido estar em um ambiente familiar hostil e desequilibrado, que acarreta não só a aprendizagem como também o desenvolvimento físico, mental e emocional de seus membros. A terceira e última secção apresenta como esses líderes eclesiásticos podem orientar e amenizar esses casos ocorridos no contexto intrafamiliar, para que essa mal não se propague.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 VIOLÊNCIA FAMILIAR: CONCEITOS E AFINS

Ao referir sobre família tem-se a devida compreensão que é o espaço íntimo, onde seus integrantes procuram refúgio, sempre que se sentem ameaçados. No entanto, é no núcleo familiar que também acontecem situações que modificam para sempre avida de um indivíduo, deixando marcas irreparáveis em sua existência, uma dessas situações é a violência doméstica contra a criança e ao adolescente. Sendo que segundo Azevedo e Guerra (2009), a violência doméstica vem ser “todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças, ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico à vítima” (AZEVEDO; GUERRA, 2009, p. 13).

Notasse que essa definição vem dar a devida compreensão que a criança e ao adolescente são pessoas que estão em fase de desenvolvimento e para que isso

aconteça de uma forma equilibrada é preciso que o ambiente familiar propicie condições saudáveis de desenvolvimento, o que inclui estímulos positivos, equilíbrio, boa relação familiar, vínculo afetivo, diálogo, entre outros. Pois, aspectos emocionais estariam ligados ao desenvolvimento afetivo e sua relação com a construção do conhecimento a expressão deste através da produção escolar, e consequentemente o não aprender pode, por exemplo, expressar uma dificuldade na relação da criança com sua família (WEISS, 2004, p. 23-25).

Prado diz que: “a família como toda instituição social, apesar dos conflitos é a única que engloba o indivíduo em toda a sua história de vida pessoal” (1981, p. 9). Ela tem um papel fundamental sobre a criança e suas primeiras experiências educativas, sociais e histórica. É onde aprende a se adaptar as diferentes circunstâncias, a flexibilizar e a negociar, independente das normas educacionais que são impostas aos familiares, através da escola, da ideologia vigente de cada sociedade, em que Azevedo afirma o seguinte:

> A violência interfamiliar que atinge criança e adolescente cometida pelos seu pais, membros da família extensa ou pelos responsáveis revela uma transgressão dos adultos, porque, além de cumprirem o dever de proteger e promover os direitos de suas crianças e adolescentes são eles próprios da violência (AZEVEDO, 1997, p. 14).

Por esse cenário, de sempre se estar aprendendo com relação a atendimentos familiares, e por se tratar de seres humanos, haja vista a sociedade estar em um *mutatis mutandis*, ou seja, em constantes mudanças, que se baseiam de acordo com o desempenho de sua história e situação sociocultural, sendo importante que os responsáveis da família sofram essa remodelação de conceitos quanto a violência infantil no seio familiar.

Sabe-se que a violência familiar estar inserida na violência interpessoal, podendo ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental e em relação de poder a outra. Não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também as relações em que se constrói e efetua. Pois segundo Lyra, Constantino e Ferreira, dizem que: “A convivência em um ambiente em que exista violência torna a criança e ao adolescente vulneráveis as piores formas de relacionamento interpessoal, fato que poderá a marcar fortemente o seu desenvolvimento global, pelo resto da vida” (2010, p. 85).

Cabe suscitar nesse aspecto a distinção entre violência doméstica e violência familiar, em que se entende por violência doméstica, como não necessariamente ligada as relações familiares, podendo ser cometida ou sofrida por pessoas que convivem dentro do ambiente familiar, como por exemplo por empregados. A violência familiar admite apenas a violência que ocorre nas relações familiar, ou seja, entre os membros da família. Ela pode ser praticada tanto no âmbito doméstico quanto público (AZEVEDO e GUERRA, 2001, p. 36-39).

Para se compreender melhor esse aspecto, torna-se necessário discutir e analisar o impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na aprendizagem e em outros aspectos da vida, uma vez que, é uma das situações mais degradantes e opressivas, pois, afeta profundamente a vida do indivíduo e a dinâmica familiar.

É necessário para maior pretensão de aprendizagem nesta pesquisa, fazer a diferenciação mesmo que de modo sintetizado alguns tipos de violência que há, baseando-se nos dados de Azevedo e Guerra (2001), que forma o seguinte quadro abaixo apresentando os quatro tipos de violência que esses autores apresentam, bem como suas respectivas características a saber:

Quadro 1: Tipos de Violência

TIPOS DE VIOLÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Física	Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não ou lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recente, o castigo repetido, não severo, também se se considera violência física.
Sexual	É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação.
Negligência	Privar acriança de algo de que ela necessita, quando isso é essencial ao

	seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra frio, calor. Percepção que mede os cuidados com saúde física, nutrição, vestuário, higiene pessoal e vigilância quando a proteção em qualquer ambiente.
Psicológica	É toda ação ou omissão que causa ou visa a causa danos à autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Fonte: Quadro produzido pelos pesquisadores baseados nos dados de: Azevedo; Guerra, (2001, p. 46.

Nesse aspecto é importante frisar que a violência significativa da violência familiar constitui de sérios problemas de saúde, grave obstáculos para o desenvolvimento social e psíquico. É uma fragrante violação dos direitos humanos, em estudos de 1997 o banco interamericano de desenvolvimento contabilizou que 25% dos dias trabalhados perdidos pelas mulheres, isso é, 1 (um) em cada 4 (quatro), tem como causa a violência e o que reduz seus ganhos financeiros entre 3 (três) e 20% a mesma fonte aponta filhos e filhas de mães que sofrem violência familiar tem três vezes mais chances de adoecer e 63% destas crianças repetem pelo menos 1 (um) ano na escola abandonando os estudos, em média, aos 9 (nove) anos de idade. (HABIGZANG; WILLIAMS, 2014, p. 45).

3 A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E SUA CONSEQUÊNCIA PARA COM AS VÍTIMAS

A violência intrafamiliar é um problema de muita complexidade, uma vez que os agressores não só pessoas desconhecidas, mas adultos pais, mães, membros da família ou responsáveis, que mantêm com as crianças e os adolescentes relações próximas e vínculos afetivos. Nesse aspecto os agressores costumam contar com um aliado poderoso que é o silêncio das vítimas, assegurado por medo, vergonha, sentimento de culpa, por parte do agressor.

É nesse silêncio que faz com que se torne difícil a intervenção. Portanto, o profissional que trabalha com crianças e adolescentes, principalmente em instituição escolar, precisa estar atendo aos sinais, pois as vítimas pedem socorro não só

através de suas vozes, mas através da linguagem corporal, de ações e de comportamento que indicam que alguma coisa não está bem, e que a criança precisa de ajuda.

Silva diz que “a história nos fornece vários exemplos de práticas agressivas de educação utilizadas contra crianças” (2012, p. 98). A criança não era vista ou consideradas um sujeito de direitos”. Na primeira década de vida possuem, na maioria das vezes desvio de conduta, principalmente transgressões das regras sociais. Assim sendo, “a prática da punição física esteve presente na história pelo menos no mundo ocidental, passando a ser combatido a partir das décadas de 1980 a 1990” (ANDRADE, 2010, p. 149).

O Art. 98, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), simboliza a aplicação da proteção integral. As medidas protetivas deverão ser aplicadas pelo judiciário ou conforme a previsão do Art. 136, do mesmo Estatuto pelo Conselho Tutelar. O Art. 129 do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê as medidas em espécie:

> Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável: I - encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família; II- inclusão em programa oficial ou comunitário de auxilio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; III - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; IV - encaminhamento a cursos ou programas de orientação; V - obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar; VI - obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado; VII advertência; VIII - perda da guarda; IX - destituição da tutela; X - suspensão ou destituição do poder familiar. Parágrafo único. Na aplicação das medidas previstas nos incisos IX e X deste artigo, observar-se-á o disposto nos Arts. 23 e 24 (DIGIÁCOMO, 2017, p. 241).

Notasse conforme o artigo suscitado e suas respectivas secções, que a proteção integral à criança e adolescente e de responsabilidades dos pais, ao qual devem promover um ambiente saudável e acolhedor aos seus filhos, com educação cuidado para o acréscimo pessoal e social.

Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra criança não se justifica, pois, as condições típicas do desenvolvimento desses citados os colocam em extrema carência de pais, familiares, cuidadores do poder público e da sociedade.

Em 2011, o sistema de informação (SINAN), registrou 39,281 atendimentos na faixa de 1 (um) a 19 (dezenove) anos de idade, que representam 40% do total de 98.1115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano, o extenso aumento

no número de casos de violência infantil, é necessário a demanda de ações de controle, por meio de condutas preventivas pelos setores sociais envolvidos na saúde, conselhos tutelares entre outros.

Cabe enfatizar que a violência, no meio infantil, se retrata em uma forma exaustão em relação ao processo normal de crescimento ao alongamento, devendo ser considerado em sua totalidade, para o seu pleno reconhecimento, a fim da colocação de medida eficazes para seu arranjo. Sendo assim o presente estudo tem como confirmação cientificas a violência infantil no cenário nacional. A negligência é uma violência de difícil definição pois envolve aparência culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social. Silva diz que: “as crianças e adolescentes se encontram em um processo de desenvolvimento físico e psíquico sofrer atos de violência afeta a saúde mental destes indivíduos, causando prejuízos no desenvolvimento orgânico” (2012, p. 104).

Outro ponto de partida importante referre-se a faixa etária das crianças agredidas, havendo domínio de agressão em menores de cinco anos. Segundo Habigzang e Williams (2014), qualquer membro da família pode se tornar em determinado circunstâncias vítimas ou autor de violência. Entanto, as crianças, por serem mais susceptíveis, indefesos e dependentes da família, acabam ficando mais propicia a várias formas de violência, dez de pequeno; sem entender de fato o porquê de tudo que ele presencial.

Assim compreende-se que quanto menor a idade, maior fragilidade e o risco de violência, pois o desempenho das funções básicas de sobrevivência depende inteiramente do cuidador, requerendo capacidade ligado ao cuidar o que pode se tornar um fator estressante para quem demanda o cuidado Com isso é possível aconselhar o grande choque social dos outros tipos de violência contra crianças, como por exemplo, a violência física e sexual, que reproduzis de maneira mais intensa na sociedade, obtendo grande visualidade, uma vez que há diversas políticas públicas adicionada a estes casos.

A violência física como forma de educação, sob a ótica do cuidador, agressor, apresenta explicações sobre o ato de bater ou espancar motivado por dificuldades sociais, no dia a dia nas relações familiar e com a criança, descontrole emocional e sentimento de culpa desta pelos problemas. Dossi, Saliba e Garbin afirmam que “o lar aparece como local privilegiado para episódios desse tipo de violência, pois tanto as vítimas quanto os agressores, muitas vezes, costumam permanecer a maior parte

do dia em seu domicílio” (2011, p. 668).

Segundo Junqueira e Deslandes, algumas crianças que passaram, ou passam por maus tratos podem não apresentar o quadro de consequências psicológicas, emocionais e comportamentais descrito pela literatura, “sendo possível encontrar caminhos de reconstrução de suas próprias vidas” (2003, p. 228). Não significando, entretanto, que essas crianças tenham superado de todo as vivências traumáticas, mesmo quando há o controle de outros fatores. Para essas autoras, a resiliência é uma “possibilidade de superação num sentido dialético, isto é, representando um novo olhar, uma ressignificação do problema, mas que não o elimina, pois constitui parte da história do sujeito” (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003, p. 234).

Destarte as consequências dessas violências sinalizadas nesta secção, verificou-se que a violência doméstica, nas suas diversas modalidades, compromete a saúde física e mental das crianças e adolescentes. Fundamental, neste sentido, o trabalho com os pais, como forma de enfrentamento e prevenção dessa questão, tornando-se algo urgente e necessário, neste sentido, a seguir aborda-se as possibilidades como o pastor pode servir como um terapeuta familiar (aconselhador) para que os progenitores, não possam praticar esses atos para como seus filhos.

4 OS LÍDERES ECLESIÁSTICOS COMO TERAPEUTAS FAMÍLIARES

Os líderes eclesiásticos, ao constatarem casos de violência intrafamiliar dentro de sua esfera laboral, eles não devem ter o papel de **julgar** nem de **punir**, e sim, precisam possuir o devido conhecimento para ser um facilitador de aprendizagens, crescimento, desenvolvimento, nesses casos de violência nos contextos familiares. Dessa forma cabe a esses líderes se apresentarem, sem rótulos nem preconceitos, a fim de resolver esses impasses, ou seja, nas situações que parecerem na ordem do “sem jeito”, sempre ter atributos para mostrar que há **possibilidades recorrendo a outros campos do saber.**

Como forma de apoio epistemológico sobre esses problemas intrafamiliares, Rios e Williams (2008, p. 799-806), suscitam um trabalho preventivo com famílias que vivenciavam problemas com o comportamento dos filhos, apresentando três programas internacionais reconhecidos pela efetividade da intervenção e pela ampliação do corpo teórico e prático, sobre à temática do trabalho

de intervenção com pais agressores. São eles: *Oregon Social Learning Center, Incredible Years e Positive Parenting. O programa Oregon Social Learning.* Seus temas principais envolvem a identificação pelos pais dos problemas de comportamento dos filhos, uso de técnicas de reforço, disciplina, monitoramento, supervisão e aplicação de estratégias de solução de conflitos.

De acordo com essas autoras, o programa *Incredible Years, se* baseia na intervenção no ensino de habilidades positivas aos pais, crianças e professores para superar e evitar o uso da violência no processo de educação da criança e do adolescente. A intervenção é padronizada e busca o desenvolvimento e aplicação do programa junto a crianças com problemas de comportamento. O foco reside também na busca por estratégias de intervenção que sejam universais e baseadas na comunidade, para posterior utilização pelas famílias e professores (RIOS; WILLIAMS, 2008, p. 799-801).

O programa *Positive Parenting* funciona como estratégia preventiva de apoio aos pais, de forma a aumentar-lhes o conhecimento, as habilidades e a confiança em si mesmos, sendo composto por cinco níveis de intervenção, que buscam fortalecer e instrumentalizar a responsabilidade dos pais perante a educação dos filhos. Nesse sentido segundo esse programa surgem cinco níveis, o qual no primeiro nível, disponibilizam-se aos pais, por meio de material impresso ou em vídeo, informações gerais sobre a relação pais e filhos.

No segundo nível, discutem-se questões relacionadas ao desenvolvimento infantil (uma ou duas sessões). No terceiro inicia-se o treinamento de habilidades parentais (quatro sessões). No quarto nível, realizam-se intervenções individuais ou em grupo com pais cujas crianças apresentam comportamentos mais, severos (quatro a oito sessões). No quinto e último nível, uma intervenção é destinada às famílias que demonstraram a não superação dos conflitos entre pais e filhos (RIOS; WILLIAMS, 2008, p. 802-804).

Para além de uma compreensão quantificável da realidade empírica, cabe aos líderes eclesiásticos, possuírem essa percepção que se baseia nesses modelos cognitivo comportamentais e verificarem a necessidade de outros estudos que relacionem o envolvimento de famílias em programas de intervenção, nesses casos de violência intrafamiliar, que podem corroborar aos seus labores ministeriais.

Por exemplo as pesquisas de Lambertucci e Carvalho, realizadas em uma comunidade carente de Belo Horizonte, a um grupo com 14 (quatorze) pais de

crianças com problemas de desobediência e agressividade, demostram que dos resultados obtidos, utilizaram-se, a partir de dois instrumentos de avaliação de condutas indesejadas em crianças, um questionário de situação doméstica e um inventário de comportamentos inoportunos, indicaram reduções de condutas desobedientes, agressivas e impulsivas dos filhos, bem como mudanças comportamentais dos pais, que passaram a emitir condutas mais assertivas e pró-sociais na relação com seus filhos (2008, p. 106-110).

Em outra pesquisa, Pelisoli e Piccoloto (2010), destacam que o treinamento de pais, via grupos, possibilita aos participantes, para além da manipulação de contingências que estimulam comportamentos adaptativos e que diminuem os desadaptativos, a conscientização sobre os cuidados necessários com seus filhos e a família. Isso demonstra um trabalho de prevenção e intervenção mais comprometido com a realidade concreta das famílias que participam desses treinamentos e tais preceitos podem auxiliar os líderes eclesiásticos, a fim de combater os casos de violência intrafamiliar.

Segundo Ximenes (2009), ao fazer uma pesquisa que envolvem famílias que possuem situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, seu pressuposto revela que o maior número de participantes geralmente é formado pelas mães, que se apresentam, sobretudo, como as principais cuidadoras de seus filhos, sendo que ainda há também o sofrimento e as emoções contidas por estas mulheres durante os trâmites legais do processo judiciário que são, por vezes, externalizadas nos encontros do grupo, quando ocorre a vinculação com pessoas que passaram por situações semelhantes. Outro ponto considerado nesta pesquisa foi a condição socioeconômica das participantes do grupo, na sua maioria mães de família de baixa renda.

Destarte, cabe o líder eclesiástico ao encontrar com esses casos, o desafio a ser trabalhado com estas famílias é torná-las ativas nas reivindicações de seus direitos, já que muitas não se sentem capazes de reivindicá-los. De maneira geral, como até aqui suscitados, os resultados dos trabalhos na modalidade grupo de pais revelaram melhor compreensão dos participantes sobre seus deveres e cuidados com os filhos e com as crianças, além de oportunizarem possibilidades de intervenção nas dificuldades conjugais, reconstrução das relações pais e filhos e a compreensão da transgeracionalidade da violência doméstica. Entretanto, chama-se a devida atenção para o fato de que, na maioria desses estudos,

incorpora-se uma ideia de intervenção fragmentada da realidade e da concretude social e histórica das famílias e da violência. Mesmo quando intentam correlacionar fatores macro e microssociais à compreensão do uso da violência doméstica contra crianças e adolescentes pelos pais, permanecem no predomínio de uma causalidade linear, de natureza individual. Eis um desafio que necessita ser superado, que cabe ao líder eclesiástico, não ficar estático a esses casos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi proposto, e analisado neste artigo, acerca da violência intrafamiliar é compreensível o entendimento que o diagnóstico da violência doméstica se constitui em um desafio, principalmente por ser assunto complexo e polêmico, que afeta e altera toda a estrutura familiar. Por isso, muitas vezes os atos violentos ficam limitados a quatro paredes do que se chama “lar”, ou então, a violência é utilizada com pretexto para uma boa educação. Sendo assim, torna-se necessário defender o direito constitucional de que crianças adolescentes têm de estar salvas de toda forma de violência, crueldade e opressão para que tenham uma vida digna, enquanto pessoas em situação peculiar de desenvolvimento e enquanto seres humanos.

Cabe os líderes eclesiásticos como terapeutas familiares não possuir o papel de **julgar** nem de **punir**, e sim, possuir o conhecimento para que seja um facilitador de aprendizagens, crescimento, desenvolvimento, nas diversas mazelas da humanidade, da forma como elas se apresentarem, sem rótulos nem preconceitos, ou seja, nas situações que parecerem na ordem do “sem jeito”, sempre ter atributos para mostrar que há **possibilidades** de mudanças quanto a devidos atos considerados vis, nesse a violência intrafamiliar, em especial com crianças.

Convém destacar, que é de extrema importância, que os líderes eclesiásticos, possam cada vez mais fazer um trabalho com pais de conscientização, pois reduz os comportamentos agressivos desses contra os filhos, sensibilizando-os sobre o papel que estes possuem como gestores e cuidadores de seus lares. Neste sentido, cabe os líderes eclesiásticos como esse terapeuta familiar dar apoio tanto emocional, como espiritual na transmissão de novas formas de relacionamento entre pais e filhos, o que colabora, inclusive para que haja superação de uma postura interventiva apoiada apenas na culpabilização, favorecendo o enfrentamento da

crença no uso da violência como estratégia educativa e sua desnaturalização, com o objetivo de desenvolver um ambiente familiar protetivo e acolhedor.

De modo geral, é importante que os líderes eclesiásticos possuam esses intercâmbios epistemológicos cada vez mais em seus labores ministeriais, pois a partir dessas reflexões em plano conjunto com os pais, fará como que haja uma redução sistêmica desses casos de violência intrafamiliar. Acredita-se que quanto mais a liderança eclesiástica como um todo, se aprofundar em pesquisas de cunho acadêmico, associado com suas experiências hodiernas do campo eclesiástico, tais preceitos colaboraram para a formação de relações familiares mais dialógicas, humanas, respeitosas e amorosas.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S010412902011000100017&script=sci_abstract. Acesso em: 12 abr. 2023.

AZEVEDO, Maria Amélia e GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. ***Mania de Bater****: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil.* São Paulo: Iglu, 2001.

AZEVEDO, Maria Amélia et al. ***Organização da Infância e Violência Doméstica****: fronteiras do conhecimento.* São Paulo, Cortez, 1997.

BRAUM, Suzana. **A violência sexual infantil na família**: Do silêncio a revelação do segredo. Porto Alegre: AGE, 2002.

DIGIÁCOMO, José Murillo; DIGIÁCOMO, Lideara de Amorin. **Estatuto da Criança e Adolescente anotados**. 7.ed. Curitiba: Ministério Público, 2017.

DOSSI Ana Paula; SALIBA Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Araçatuba-Sp., v.24, n.8, 2008, p.1939-1952. Disponível: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2008000800022&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 05 abr. 2023.

HABIGZANG, L. F.; WILLIAMS, L. C. A. (Org.*).* **Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência:** prevenção, avaliação e intervenção. Curitiba: Juruá, 2014.

LAMBERTUCCI, M. R.; CARVALHO, H. W. de. Avaliação da efetividade terapêutica de um programa de treinamento de pais em uma comunidade carente de Belo Horizonte. ***Contextos Clínicos**, v.1,* 2008, p. 106-112.

LYRA, G. F. D.; CONSTANTINO, P.; FERREIRA, A. L. Quando a violência familiar chega até a escola. In: ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. (Orgs.). **Impactos da violência na escola**: um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Ministério da Educação. Editora FIOCRUZ, 2010.

PELISOLI, C.; PICCOLOTO, L. B. (2010). Prevenção do abuso sexual infantil: Estratégias cognitivo comportamentais na escola, na família e na comunidade. ***Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,** v. 6*, n. 1, 2010, p. 108-137. Disponível em: http://pepsi.bvsalud.org/scielo.php. Acesso em: 02 maio. 2023.

PRADO, Danda. *O Que é Família***.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense,1981.

RIOS, K. de S. A.; WILLIAMS, L. C. de A. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: Uma revisão. ***Psicologia em Estudo**, v.13, n.*4, 2008, p. 799-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso em: 28 abr. 2023.

SANTIAGO, D. E. & MATTIOLI, O. C. Violência doméstica consentida: A construção de sentido pela criança vítima de maus tratos. In O. C. MATTIOLI, M. de. F. ARAÚJO & J. L. GUIMARÃES (Orgs.) ***A violência nos contextos familiar e social**: Os desafios da pesquisa e da intervenção.* Curitiba: CRV, 2009, p. 17-33.

SILVA, C. G. S. A violência doméstica e sua influência na aprendizagem: um estudo exploratório no centro de integração familiar (CEIFAR). **Tarrafa: Revista do NUPE (Núcleo de Pesquisa e Extensão)**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 96-106, 2012.

WEISS, Maria Lúcia L. 10. ed. ***Psicopedagogia Clínica***: Uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem. Rio de Janeiro: editora DP&A, 2004.

XIMENES, L. F., OLIVEIRA, R. de V. C. de; ASSIS, S. G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. ***Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n.* 2, 2009, p. 417-433. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ESTUDO DE CASO DO PACIENTE G.S.R

Euton Queiroz[19]
Estefane Lisboa[20]
João Marcos Santana[21]
Marly Muca[22]
Paula Stocco[23]
Rosaliny Soares[24]
Solano Pinto Cordeiro[25]

1 INTRODUÇÃO

Este estudo de caso objetivou apresentar a paciente G.S.R. A mãe apresentou-se no consultório Boas Novas relatando que sua filha está evidenciando pensamentos fantasiosos. A mãe menciona que, mediante à circunstância do luto, onde faz um ano que a mesma perdeu o pai, agregado à outros fatores, supõe que isso tem lhe causando problemas comportamentais e cognitivos ou afetivos. Com a coleta de dados fornecidas pela mãe de G.S.R e de acordo com o DSM-5 apresentam três hipóteses diagnósticas a primeira se refere a Hipótese diagnóstica: Transtorno de estresse pós-traumático, característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. A segunda Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Despersonalização/Desrealização, são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas. A terceira refere-se a Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica. Hipótese Diagnóstica: Problema de Relacionamento entre Pais e Filhos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Entendimento do caso g.s.r

Conforme mencionado pela mãe da paciente G. S.R, a filha sempre foi uma

[19] Academico do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[20] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[21] Academico do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[22] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[23] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[24] Academico do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[25] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas.

criança alegre e doce que gostava de brincar. Após 1 ano do falecimento do pai de G.S.R, a filha começa apresentar processos inconscientes fora da realidade. Segundo Freud (2008), o inconsciente é bem mais do que um simples estado mental fora da consciência. Segundo ele, o sistema inconsciente funciona regido pelo princípio do prazer por meio do processo primário em forma de condensação e deslocamento.

A mãe relata que a filha gostava muito de ouvir as histórias que o pai contava, de contos de fadas, e sempre dizia que ela era uma princesa. Quando a paciente entra no personagem, é como se estivesse revivendo a memória da presença dopai. Sobre o processo de armazenamento, podemos dividi-lo em três subprocessos, quais sejam: aquisição, consolidação e evocação. A aquisição diz respeito ao momento em que a informação chega até nosso sistema nervoso e se dá por meio das estruturas sensoriais, as quais transportam a informação recebida até o cérebro. O estímulo atinge os órgãos receptores, o qual, através dos nervos sensitivos, chega ao sistema nervoso central (Kandel, 2006). Posteriormente, temos o processo de consolidação, que diz respeito ao momento de armazenar a informação. Esse armazenamento - que representa a memória (Squire & Kandel, 2003). A evocação (ou recuperação) envolve a organização dos traços de memória em uma sequência coerente no tempo (fenômeno chamado de *integração temporal*) e ocorre principalmente no córtex pré-frontal, através de um processo denominado memória de trabalho, o qual será detalhado mais adiante. Alguns autores apontam que existem dois tipos de recuperação frequentemente distinguidos: o *reconhecimento* e a *recordação* (Mourão & Melo, 2011b).

Quando a mãe fala que a paciente G.S.R, passou a ficar triste e retraída, preocupou-se, pois acredita que tudo isso foi devido à gravidez , a qual não podia dar a atenção necessária para a mesma, pois precisava ficar de repouso. A mãe acredita que sua filha passando por seus conflitos internos com a perda do pai e sua ausência, vive no mundo de fantasias. As fantasias refletem o processo de elaboração do luto da criança em decorrência da morte [...] e seu conhecimento possibilita a compreensão de seus sentimentos, comportamentos e sintomas. A partir da apreensão de suas fantasias e de seu processo de enlutamento, é possível auxiliá-la a compreender o que vivencia, contribuindo para seu processo de elaboração da perda. (Franco & Mazzorra, 2007).

A mãe diz que a paciente não consegue aceitar o fato dela ter se casado,

recentemente com outro homem e já estar à espera de um bebê. pois, seu esposo é rígido e cheios de regras. Acredita que sua filha, ainda não estava preparada para ter outro pai, pois é assim que seu esposo quer que G.S.R o chame. Essa situação está desconfortável, pois não reconhece mais a filha, que está com uma má relação com o padrasto. As famílias sofrem uma composição diferenciada, cada uma com características, valores e crenças próprias, surgindo, nessa estruturação variada, a figura do padrasto. Na atualidade, a família reconstituída passa a constituir um novo tipo de família extensa, propiciando a seus componentes a vivência de novos laços de parentesco e o partilhar de novas experiências vinculares, entre eles, o de padrasto e a enteada (Maldonado, 2000). Neste caso faltou o padrasto ficar mais tempo com G.S.R, para estabelecer vínculo com a paciente, para que ela não sofresse com a ausência do pai e a entrada de dois novos membros, o padastro e o bebê que a mãe espera.

2.2 as hipóteses diagnósticas iniciais são:

1ª Hipótese diagnostica: Transtorno de estresse pós-traumático.

De acordo com DSM-V (2014, p. 274) Transtorno de estresse pós-traumático a característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. As reações emocionais ao evento traumático (p. ex., medo, desespero, horror) não fazem mais parte do Critério A. A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar.

A Paciente G. S.R apresenta um estresse pós-traumático, após vários acontecimentos em sequência resultando em reações emocionais. O evento traumático pode ser revivenciado de diversas maneiras como citados nos critérios a seguir:

DSM-V (2014, p. 271) Transtorno de estresse pós-traumático	**Paciente G. S.R**
B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: 1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos. 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático. Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável. 3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.) Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira. 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático. 5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.	A mãe da paciente G, relatou que sua filha não consegue conviver com a perda do pai, e as lembranças faz com que ela se angustie e entre em sofrimento. Em alguns momentos a mãe percebe ela falando sozinha.

E. A perturbação dura mais de um mês.	A mãe relatou que faz um ano que seu marido faleceu e que sua filha está agindo diferente.
F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações com pais, irmãos, amigos ou outros cuidadores ou no comportamento na escola.	De acordo com a mãe a paciente não ceita a gravidez da mãe, não sente afeto pelo padrasto, e na escola não quer brincar com outras crianças, seu entretenimento são as histórias de contos de fadas.
G. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento ou álcool) ou a outra condição médica.	A mãe relatou que a paciente não sofre de nenhum transtorno mental.

2.3 - 2º Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Segundo o DSM-V (2014, p. 302) Os aspectos essenciais do transtorno de despersonalização/desrealização são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas. Episódios de despersonalização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou distanciamento ou

estranhamento
de si mesmo como um todo ou de aspectos de si mesmo (Critério A1) Episódios de desrealização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou distanciamento ou estranhamento do mundo como um todo: indivíduos, objetos inanimados ou o meio (Critério A2). São critérios de diagnóstico de despersonalização e desrealização os seguintes requisitos**:**

DSM-V (2014, p. 302) Transtorno de Despersonalização/Desrealização.	**Paciente G.S.R**
A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas: 1. Despersonalização: Experiências de irrealidade, distanciamento ou de ser um observador externo dos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (p. ex., alterações da percepção, senso distorcido do tempo, sensação de irrealidade ou senso de si mesmo irreal ou ausente, anestesia emocional e/ou física). 2. Desrealização: Experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (p. ex., indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, inertes ou visualmente distorcidos). B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto. C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social,	De acordo com a mãe da paciente, ela fica falando que é uma princesa e que um ser imaginário lhe mandou completar três tarefas para retornar ao reino encontrar seu pai. Pensamentos fantasiosos onde passa o dia fazendo gestos e cenas como se estivesse alguém real ao seu lado.

profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões). E. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, trans- torno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno dissociativo. Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para transtorno de estresse pós-traumático, e o indivíduo sofre sintomas persistentes ou recorrentes de: 2. Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).	

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais. Incluem avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo.

Ambientais. Incluem exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma.
O apoio social (incluindo estabilidade familiar para crianças) é um fator protetor que modera a evolução depois do trauma.

Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica

2.4 - 3º Hipótese Diagnóstica: Problema de Relacionamento entre Pais e Filhos

Segundo o DSM-V Esta discussão abrange outras condições e problemas que podem ser foco de atenção clínica ou que de outra forma afetem o diagnóstico, o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental de um paciente. Essas condições são apresentadas com os códigos correspondentes da CID-9-MC (normalmente, códigos V) e da CID-10-MC (normalmente, códigos Z).

O DSM-V identifica outras causas, que neste caso se faz relevante sobre a paciente G.R.S, apresenta-se com prejuízo no funcionamento comportamental e cognitivo, após sua mãe casar-se novamente, causando-lhe problemas afetivos como tristeza e estranhamento do novo cuidador.

DSM-V (2014, p.715) Problemas Relacionados à Educação Familiar. **V61.20 (Z62.820) Problema de Relacionamento entre Pais e Filhos**	**Paciente G. S.R**
Para esta categoria, o termo pais é usado em referência a um dos principais cuidadores da criança, que pode ser pai biológico, adotivo ou institucional, ou, ainda, ser outro familiar (como um dos avós) que desempenha um papel de pai para a criança. Esta categoria deve ser usada quando o foco principal da atenção clínica é tratar a qualidade da relação entre pais e filhos, ou quando a qualidade dessa relação está afetando o curso, o prognóstico ou o tratamento de um transtorno mental ou outro problema médico. Comumente, o problema de relacionamento entre pais e filhos está associado a prejuízo no funcionamento nos domínios comportamental, cognitivo ou afetivo.	Conforme relatado pela mãe da paciente G, a criança apresenta-se triste e sem interação após saber que a mãe ter outra relação conjugal, conhecer e conviver com o padrasto por ser rígido deixou a sua filha inquieta e insatisfeita

Exemplos de problemas comportamentais incluem controle parental inadequado, supervisão e envolvimento com a criança; excesso de proteção parental; excesso de pressão parental; discussões que se tornam ameaças de violência física; esquiva sem solução dos problemas. Os problemas cognitivos podem incluir atribuições negativas das intenções dos outros, hostilidade contra ou culpabilização do outro e sentimentos injustificados de estranhamento. Os problemas afetivos podem incluir sentimentos de tristeza, apatia ou raiva relativa ao outro indivíduo na relação. Os clínicos devem levar em conta as necessidades desenvolvimentais infantis, bem como o contexto cultural.	por não aceitar que outro homem ocupe o lugar de seu pai biológico.

● **Observar as funções mentais e suas alterações.**

Mediante à circunstância vista sob o luto, e pelas frustrações posteriores à paciente G. S.R, a mesma representa Alterações qualitativas da sensopercepção: O fenômeno descrito como ilusão se caracteriza pela percepção deformada, alterada, de um objeto real e presente. Alguns estados afetivos. Por sua acentuada intensidade, o afeto deforma o processo de sensopercepção, gerando as chamadas ilusões catatímicas, são alucinações sofridos por pessoas que consideram a alucinação como parte integrante da sua vida. A percepção seria fenômeno ativo; o sistema nervoso e a mente do sujeito constroem um percepto por meio da síntese dos estímulos sensoriais, estímulos esses confrontados com experiências passadas registradas na memória e com o contexto sociocultural em que vive o sujeito e que atribui significado às experiências. A paciente G. S.R, apresenta alterações psíquicas mediante à atitudes compostas de: fala incongruente, conteúdos ditos absurdamente desordenadas da realidade e sem articulação lógica, a qual demonstra ser uns dos traços do delirium. Os critérios diagnósticos para delirium, segundo o DSM-5, são os seguintes: (1) Distúrbio na atenção e vigília, (2) mudança na cognição, não explicado por patologia prévia ou demência, (3) início subagudo

(horas a dias) e tendência a flutuar durante o dia, (4) evidência a partir da história do exame físico ou dos achados laboratoriais indicando que as alterações são causadas por uma condição médica geral. Em vista dessas questões, paciente G. S.R, também apresenta vários quadros com rebaixamento leve à moderado do nível de consciência, acompanhados de desorientação temporal, espacial, dificuldade de concentração, perplexidade, ansiedade em graus variáveis, agitação ou lentificação psicomotora, discurso ilógico e desigual e ilusões e/ou alucinações, quase sempre visuais, muitas das vezes tratando-se de um quadro que oscila muito ao longo do dia. Geralmente, a paciente está com o sensório claro pela manhã e no início da tarde e seu nível de consciência “afunda” no final da tarde e à noite, surgindo, então, ilusões e alucinações visuais e intensificando-se à desorientação e a confusão de pensamentos e dos discursos. Em geral, predomina a atividade alucinatória visual intensa com caráter cênico e fantástico.

3 CONCLUSÃO

Com base na paciente G.S.R, a perda do pai se tornou muito significativa, e os fatores externos geraram em G.S.R uma ansiedade. A ausência da mãe é sentida e com a chegada de um padrasto causa também apatia e tristeza. A paciente G.S.R não tinha assimilado todos os acontecimentos e por não entender os fatos, passou a usar a imaginação, o mundo irreal que ouvia através das histórias de contos de fadas, lidas por seu pai ainda em vida, e as fabulas que logo se tornaram o seu refúgio. A mãe, preocupada por ver a filha falando sozinha em um processo fantasioso, levou G.S.R para uma consulta psicológica, para entender o que passa com a filha. No decorrer dos atendimentos, orientada pela terapeuta, começa a perceber que a filha queria chamar atenção e ser escutada, pedindo que a mãe não apressasse as rotinas, pois para G.S.R sair de lugar em que morou a sua infância com seu pai e ir morar em outro ambiente com um homem que mal conhecia, se tornaria muito difícil, ainda mais por não ter nenhum vínculo com seu padrasto. Sua mãe estava preste a receber seu irmãozinho e tudo se tornava novo e cada vez mais sem explicação. A Psicóloga orientou a mãe para sentar com a filha e explicar toda situação até que G.S.R entendesse e aconselhou que o padrasto precisaria ser flexível para estabelecer o vínculo. Também comentou a necessidade de falar sobre a chegada de mais um membro que estava na família, pois o não esclarecimento

poderia causar outro trauma por se sentir excluída com a chegada do seu novo irmão.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOURÃO, Carlos Alberto Junior; FARIAS, Nicole Costa. Memória. Psicol. Reflex. Crit. 28 (4) •Oct-Dec 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528416

ALVES, Elane Gomes dos Reis; KOVÁCS, Maria Julia**.** Morte de aluno: luto na escola. Psicol. Esc. Educ. 20 (2) • May-Aug 2016 •disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-353920150202990

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2014.

TOMÉ, Graciella Leus; SCHERMANN, Lígia. Padrasto, o novo pai – nova postura paternal. Aletheia n.19 Canoas jun. 2004 disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942004000100003#end2

SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

Elane Souza do Nascimento[1]
Solano Pinto Cordeiro[2]

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia uma notável transição demográfica, marcada pelo rápido crescimento da população idosa, projetando-se que, até 2050, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais poderá equivaler-se à faixa etária de 0-14 anos, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa significativa mudança na estrutura populacional tem profundas implicações no tecido social, refletindo-se em desafios relacionados à mobilidade limitada, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e agravos à saúde que, muitas vezes, resultam em estados permanentes ou duradouramente comprometedores para os idosos.

Neste contexto, emerge a necessidade de um acompanhamento multiprofissional constante, uma vez que as condições de saúde enfrentadas por essa parcela da população são, em sua maioria, incuráveis e limitantes, frequentemente associadas a morbilidades que impactam consideravelmente a qualidade de vida e a funcionalidade dos idosos, repercutindo de maneira expressiva no âmbito social.

Um fenômeno preocupante observado é o aumento de casos de depressão entre os idosos, muitos dos quais vivendo em solidão e desprovidos de apoio familiar. Este cenário desafiador ressalta a importância crucial do suporte da família na manutenção da saúde física e psicológica dos idosos, contribuindo para a socialização, cuidados, autoestima, senso de pertencimento e auxiliando no enfrentamento das adversidades e na recuperação da saúde.

O processo de envelhecimento, uma construção individual fortemente influenciada por fatores temporais e socioculturais, traz consigo preocupações e anseios relacionados ao ciclo de vida e à própria morte. As percepções dos idosos sobre a qualidade de vida e sua capacidade de transcender limitações e adversidades desempenham um papel crucial no impacto psicológico e físico do envelhecimento.

Diante desse panorama, é de extrema relevância a avaliação do estado mental e da qualidade de vida dos idosos, considerando uma ampla gama de variáveis

[1] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[2] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas

independentes. Esta abordagem não apenas enriquece o entendimento sobre a qualidade de vida dos idosos, mas também destaca a importância do seu funcionamento psicossocial. Limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas, juntamente com o isolamento social, ampliam a vulnerabilidade dos idosos para a depressão, comprometendo sua funcionalidade e levando à dependência social.

Portanto, torna-se imperativo que diversos profissionais se unam para incluir os idosos em atividades com valor social, oferecendo apoio psicossocial às suas famílias, visando minimizar complicações clínicas, expandir a qualidade de vida e fortalecer os idosos para um maior nível possível de autonomia. Na formação em saúde, é essencial centralizar a atenção na saúde do idoso, enquanto na atenção primária, ressalta-se a necessidade de estratégias de cuidado que transcendam a simples medicalização.

Por fim, é crucial compreender que o delicado trabalho envolvendo o envelhecimento demanda uma comunicação constante entre pais e filhos, visando alcançar um equilíbrio sensível entre o amparo necessário e a preservação da autonomia. O diálogo e a escuta ativa emergem como elementos essenciais para que as vontades e necessidades de cada parte sejam compreendidas e atendidas de maneira colaborativa.

2 DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresceu rapidamente e em 2050 a população idosa poderá ser equivalente à de 0-14 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Essa transição demográfica repercute no viver em sociedade, com limitação na mobilidade, desenvolvimento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e surgimento de estados permanentes ou de longo comprometimento à saúde dos cidadãos. Tais situações requerem acompanhamento multiprofissional permanente por serem incuráveis e imitantes, frequentemente associadas às morbidades, comprometendo a qualidade e a funcionalidade dos idosos e com grande impacto social

Observasse que muitos idosos estão adoecendo com depressão, sem esperança de vida, por morarem sozinhos e sem assistência dos filhos, como se os nunca fossem envelhecer.

O apoio familiar ao idoso engloba a manutenção e integridade da saúde física e psicológica, melhorando socialização, cuidados, autoestima, sentimento de pertencimento e auxílio no enfrentamento de adversidades e na recuperação da saúde.

Nascer, viver, envelhecer e morrer são ciclos subjetivos, abstratos e pessoais da vida, que sofrem influências temporais e socioculturais manifesta das de maneira própria por indivíduos diferentes, o que torna o envelhecimento uma construção individual. As preocupações manifestadas pelos idosos estão em parte relacionadas com a forma como o processo de morte e morrer ocorrerá, já que a morte se associa a dores físicas e emocionais, bem como ao medo de morrer sozinho.

Idosos sem depressão ou com depressão leve demonstram percepção melhor da qualidade de vida, no domínio físico em relação àqueles com depressão severa, indicando menor impacto nas atividades de vida cotidiana e no bem-estar. No domínio psicológico é reforçada a associação entre qualidade de vida, na velhice e capacidade de transcender limitações e adversidades, estar bem consigo, adaptar-se às mudanças do envelhecimento e à capacidade de interação social. Tem melhor percepção de qualidade de vida, o idoso que percebe que as mudanças do envelhecimento podem ser vivenciadas/superadas de forma positiva.

É de grande relevância, avaliar estado mental e qualidade de vida dos idosos correlacionando múltiplas variáveis independentes. É relevante porque amplia o conhecimento sobre qualidade de vida dos idosos e seu funcionamento psicossocial. Limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas e isolamento maximizam a vulnerabilidade dos idosos para depressão e prejudicam sua qualidade de vida, comprometendo sua funcionalidade e gerando dependência social.

É de suma importância a necessidade de diferentes profissionais incluírem idosos em atividades com valor social e oferecerem apoio psicossocial a suas famílias para minimizar complicações clínicas, expandir a qualidade de vida e fortalecê-los para um maior nível possível de autonomia. Na formação em saúde é preciso tratar a saúde do idoso como central nas práticas em saúde. Na atenção primária, vale reforçam a necessidade de outras estratégias de cuidado que ultrapassem a medicalização.

O mais importante é compreender que esse é um trabalho delicado que exige comunicação constante entre pais e filhos, para que, juntos, alcancem o equilíbrio entre amparo e autonomia. O diálogo e a escuta são essenciais para que cada um expresse suas vontades e necessidades.

3 CONCLUSÃO

Diante do expressivo crescimento demográfico da população idosa no Brasil,

projetando-se uma possível equivalência entre os grupos etários de 60 anos ou mais e 0-14 anos até 2050, torna-se imperativo refletir sobre as implicações profundas dessa transição demográfica. O envelhecimento da sociedade brasileira não apenas evidencia a necessidade de uma atenção dedicada à saúde física e psicológica dos idosos, mas também destaca a urgência de estratégias integrativas para lidar com os desafios sociais, emocionais e de saúde que permeiam essa fase da vida.

A transição demográfica reverbera no viver em sociedade, manifestando-se através da limitação na mobilidade, do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e do surgimento de estados permanentes ou de longo comprometimento à saúde. Essas complexas situações demandam um acompanhamento multiprofissional permanente, reconhecendo a natureza incurável e imitante de muitas das condições enfrentadas pelos idosos. É crucial salientar que o impacto social dessas questões vai além da esfera individual, afetando diretamente a qualidade e a funcionalidade dos idosos, bem como reverberando na sociedade como um todo.

Observa-se, de maneira preocupante, que muitos idosos enfrentam o desafio da depressão, uma condição agravada pela solidão e falta de assistência familiar. O apoio da família, portanto, assume um papel fundamental na manutenção da integridade física e psicológica dos idosos, promovendo socialização, cuidados, autoestima, senso de pertencimento e auxílio no enfrentamento de adversidades e na recuperação da saúde.

O ciclo da vida, com seus momentos distintos de nascer, viver, envelhecer e morrer, revela-se como uma construção subjetiva, abstrata e pessoal, moldada por influências temporais e socioculturais singulares para cada indivíduo. As preocupações manifestadas pelos idosos em relação ao envelhecimento e à morte ressaltam a necessidade de abordagens sensíveis e holísticas, reconhecendo a associação da morte a dores físicas e emocionais, bem como ao temor de enfrentar esse processo de forma solitária.

A pesquisa aponta que idosos sem depressão ou com depressão leve apresentam uma percepção mais positiva da qualidade de vida, tanto no domínio físico quanto no psicológico. Destaca-se a importância de encarar as mudanças do envelhecimento de maneira positiva, transcendendo limitações e adversidades,

adaptando-se às transformações e mantendo uma capacidade de interação social.

A avaliação do estado mental e da qualidade de vida dos idosos, considerando múltiplas variáveis independentes, revela-se como uma prática de extrema relevância. Esta abordagem amplia significativamente o conhecimento sobre a qualidade de vida dos idosos e seu funcionamento psicossocial, proporcionando insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais abrangentes.

Limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas, aliadas ao isolamento social, intensificam a vulnerabilidade dos idosos para a depressão, comprometendo sua qualidade de vida, funcionalidade e, em última instância, gerando dependência social. Nesse sentido, é crucial que diferentes profissionais se envolvam ativamente, incluindo os idosos em atividades com valor social e oferecendo apoio psicossocial às suas famílias. Essa abordagem integrada visa minimizar complicações clínicas, expandir a qualidade de vida e fortalecer os idosos para alcançarem um maior nível possível de autonomia.

Na formação em saúde, a centralidade da saúde do idoso nas práticas se mostra essencial, enquanto na atenção primária, ressalta-se a necessidade de estratégias de cuidado que ultrapassem a simples medicalização. O trabalho delicado que envolve o envelhecimento exige uma comunicação constante entre pais e filhos, visando alcançar um equilíbrio sensível entre amparo e autonomia. O diálogo e a escuta ativa emergem como elementos essenciais para que cada parte envolvida possa expressar suas vontades e necessidades, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e eficaz no cuidado aos idosos.

4 REFERÊNCIAS

(1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [citado 2017 ago. 4]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm

AFETIVIDADE E PENSAMENTO

Lorena Barbosa De Castro Bittencourt[3]
Solano Pinto Cordeiro[4]

1 INTRODUÇÃO

O objetivo principal deste trabalho é esclarecer de forma resumida e direta os conceitos de afetividade e pensamento, que são parte das funções mentais fundamentais para o desenvolvimento psicológico e comportamental dos seres humanos. A interação entre afetividade e pensamento tem sido objeto de interesse em várias áreas do conhecimento humano. A compreensão de como nossas emoções e pensamentos se entrelaçam, desempenha um papel crucial na vida cotidiana, influenciando em nossas decisões, comportamentos e relações interpessoais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Afetividade

A vida afetiva é a dimensão psíquica que dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas. Sem afetividade a vida humana torna-se vazia, sem sabor. “Afetividade” é um termo genérico, que compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos. Os afetos podem ser vistos como uma consequência das ações indivíduo que visam a satisfação de suas necessidades (corporais ou psíquicas). Se estas ações forem bem-sucedidas o afeto é agradável, caso contrário, o afeto é desagradável.

Segundo o psicopatólogo hispano-cubano Emílio Myra y López (1896-1964), quanto mais os estímulos e os fatos ambientais afetam o indivíduo (até a intimidade do ser), mais nele aumenta a alteração e diminui a objetividade. Quanto menor a distância (real ou virtual) entre quem percebe e o que é percebido, mais o objeto se confunde com quem o percebe (Myra e López,1964). Embora seja controversa a ordenação das experiências da vida afetiva,
na tradição psicopatológica distinguem-se **cinco tipos** básicos de **vivências**

[3] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[4] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas

afetivas: *humor ou estado de ânimo, emoções, sentimentos, afetos e paixões.*

2.2 Humor ou estado de ânimo

O humor, ou estado de ânimo, representa um somatório ou síntese dos afetos presentes na consciência em um dado momento, podendo oscilar entre os polos da alegria, da tristeza e da irritabilidade, assim como entre a calma e a ansiedade. O termo *disforia* corresponde a um estado de humor desagradável.

2.3 Emoções

O termo “emoção” significa *comover, emocionar* e está ligado a uma ideia de movimento. As emoções representam um estado afetivo súbito, de curta duração e grande intensidade que é acompanhada de alterações corporais. Assim como o humor, as emoções são consideradas experiências psíquicas e somáticas e revelam sempre a unidade psicossomática do ser humano.

2.4 Sentimentos

Os sentimentos são estados afetivos menos intensos e mais prolongados que as emoções, e sem alterações fisiológicas. Talvez se possa dizer que os sentimentos resultem de um estado cognitivo maior do que haveria nas emoções. Eles estão comumente associados a conteúdos intelectuais, valores, representações etc. Por serem associados a estados intelectuais, os sentimentos (mas também o humor e as emoções) dependem da existência na língua e na cultura de cada povo, de palavras que possam codificar este ou aquele estado afetivo. Os sentimentos podem ser classificados de acordo com sua tonalidade afetiva, a seguir temos alguns exemplos destes: *sentimentos da esfera da tristeza, sentimentos da esfera da alegria, sentimentos da esfera da agressividade, sentimentos relacionados á atração pelo outro, sentimentos associados ao perigo, sentimentos de tipo narcísico, dentre outros*.

2.5 Afetos

Os afetos acoplam-se a ideias, anexando a elas um colorido afetivo. O termo “afeto” pode ser usado para designar genericamente os elementos da afetividade,

incluindo as emoções, sentimentos e humor; mas em outras vezes pode ser empregado como sinônimo de emoção.

2.6 Paixões

A paixão é um estado afetivo extremamente intenso, que domina a atividade psíquica como todo, captando e dirigindo a atenção e o interesse do indivíduo em uma única direção, inibindo os demais interesses.

2.7 Pensamento

A palavra *pensar* vem do verbo latino *pendere*, que significa ficar em *suspenso, examinar, pensar.* O pensar está relacionado a antecipação de acontecimentos, a construção de modelos da realidade e simulação do seu funcionamento.

Para Nobre Melo (1981), os atributos intelectivos fundamentais que sustentam o pensamento são: a compreensão intelectual (apercepção), a ideação, a imaginação e a associação e representação de ideias.

As atividades fundamentais do pensamento são: *a elaboração de conceitos, a formação de juízos e o raciocínio*. Um *conceito* identifica os atributos ou qualidades de um objeto ou fenômeno, é expresso por uma palavra e está relacionado a abstração e generalização. O *juízo* estabelece uma relação entre dois ou mais conceitos e consiste no ato da consciência de afirmar ou negar algum atributo ou qualidade a um objeto ou fenômeno. O *raciocínio* representa uma operação mental que relaciona juízos, levando a formação de novos juízos. Os pensamentos apresentam 3 aspectos relevantes, sendo eles: *curso,*
forma e conteúdo.

2.8 Curso do pensamento

O curso do pensamento é o modo como o pensamento flui, sua velocidade e seu ritmo ao longo do tempo.

29 Forma do pensamento

A forma do pensamento é a sua estrutura básica, sua arquitetura, preenchida

pelos mais diversos conteúdos e interesses do indivíduo.

2.10 Conteúdo do pensamento

Por sua vez, o conteúdo do pensamento pode ser definido como aquilo que lhe dá substância, seus temas predominantes, o assunto em si. Há tantos conteúdos de pensamentos quantos são os temas de interesse do ser humano.

3 CONCLUSÃO

No decorrer deste trabalho estudamos os conceitos principais da afetividade e pensamento. Explicitamos que nossas emoções e pensamentos estão intrinsecamente ligados, influenciando em nossas percepções, decisões e comportamentos.

Em suma, podemos ressaltar que nossa vida emocional e nossos pensamentos são entrelaçados em uma dança constante, e o entendimento desta conexão é essencial para uma compreensão mais completa de quem somos e como nos relacionamos com o mundo ao nosso redor.

4 REFERÊNCIAS

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia, 5. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais, 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

TRABALHO SOBRE PSICODIAGNÓSTICO

Geneci Behling Bett[5]
Solano Pinto Cordeiro[6]

1 INTRODUÇÃO

A jornada emocional de muitos indivíduos é muitas vezes marcada por desafios complexos e experiências profundamente impactantes, que reverberam não apenas no presente, mas moldam a própria essência de suas vidas. Este é o caso de [Nome], uma pessoa que, desde o momento em que seu ex-noivo a trocou por outra mulher, encontra-se imersa em um tratamento contínuo para ansiedade e depressão. Além desse doloroso episódio, carrega consigo os resquícios de traumas da infância, desencadeando não apenas um, mas três surtos emocionais intensos.

A fim de enfrentar esses desafios psicológicos complexos, [Nome] submeteu-se a um tratamento psiquiátrico minucioso, envolvendo a administração de três diferentes tipos de medicação. Esse processo, intrínseco à sua busca por equilíbrio emocional e estabilidade mental, destaca a coragem e a resiliência necessárias para confrontar as complexidades do próprio ser.

Neste contexto, exploraremos de maneira compassiva e reflexiva a história de [A.S.C.N], examinando não apenas os elementos traumáticos que permeiam sua jornada, mas também o processo terapêutico que busca iluminar os caminhos rumo à cura e ao restabelecimento do equilíbrio emocional. Através desta narrativa, buscamos compreender a complexidade da experiência humana diante das adversidades emocionais, enquanto destacamos a importância crucial do apoio profissional e da resiliência pessoal no enfrentamento desses desafios psicológicos.

2 DESENVOLVIMENTO

[5] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[6] Psicologo – Professor da Faculdade Boas Novas

2.1 NO QUE CONCERNE A ATIVIDADE 1, A ENTREVISTA DO CASO:

Caso A. S. C. N.

Faz tratamento para ansiedade e depressão desde que o ex noivo a trocou por outra mulher, tem muitos traumas da infância e teve três surtos, está em tratamento psiquiátrico e tomas três tipos de medicação.

Perguntas Iniciais para a paciente:

1. Você pode me informar o seu nome?
2. O que trouxe você aqui?
3. Data de nascimento e idade?
4. Faz algum tratamento de saúde?
5. Toma algum medicamento?
6. Você lembra quando começou os síntomas?
7. Você tem preferência de horário pra estar vindo às sessões?
8. Você tem alguma renda familiar?
9. Você tem irmãos? Qual é a idade?
10. Como é o relacionamento com os irmãos?
11. Como é o relacionamento familiar em casa?
12. Como é sua relação com seu pai?
13. Como é a sua relação com sua mãe?
14. Como foi sua relação com o ex noivo?
15. Como é a sua rotina diária?

2.2 DE ACORDO COM ATIVIDADE:

RELATO DA ENTREVISTA INICIALSERÁ ALUDIDO ABAIXO:

No dia 12/07/2023, as 17h, A.S.C.N. procurou ajuda psicológica de forma espontânea, trazendo consigo como queixa inicial no que relatou que teve uma infância feliz, o pai era bastante presente na infância e adolescência, apesar de ter abusado dela e da irmã até os 15 anos. O defeito dele gerou muitos traumas, até hoje ela tem medo de dormir sozinha e de que alguém invada o quarto e faça alguma coisa com ela. Esses traumas são o grande motivo da vida dela, por causa deles tem muitos problemas. Aos 16 anos conheceu um rapaz na igreja e começaram a namorar, ela tinha 16 anos. Tudo estava indo bem até que ele a trocou por uma colega de trabalho de 40 anos, estão juntos até hoje. (Namoraram por 4 anos, estavam noivos). Em 2018 teve ansiedade por conta do emprego e em 2022 teve depressão, época em que o ex noivo a deixou. A vida dela perdeu o sentido e a vontade de viver. A vida dela foi por água abaixo, tentou o suicídio tomando 13 comprimidos de Dipirona. (Queria chamar a atenção de todos – SIC). (teve taquicardia e falta de ar, foi pro hospital). Começou a se tratar no Eduardo Ribeiro e de lá foi pro CAPS, onde faz tratamento até hoje. Teve três surtos de lá pra cá. (o primeiro foi o suicídio; o segundo fugiu de casa e foi pra Ponta Negra e o terceiro, foi uma crise de choro que durou três dias. Toma as seguintes medicações (Amitriptilina 25mg; Fluoxetina 20mg; Risperidona 2mh (2 vezes ao dia).

Faz sete anos que os pais são separados, ela mora com a mãe e a irmã. O pai casou de novo, se separou, ele tentou várias vezes pedir a guarda da filha pequena com a ex mulher, então A. S. Da C. N. o denunciou a polícia e contou tudo que ele fez com ela na infância para proteger a irmã. Ele perdeu o emprego, teve depressão e foi diagnosticado com psicopatia. Ela relatou que conseguiu perdoar o pai mas a mãe, ela não conseguiu perdoar, porque a mãe sabia sobre o abuso, e nunca falou nada. A mãe dela também foi tocada nas partes íntimas quando criança (o pai dela falou para a paciente). Ela morou com os pais até sete anos atrás, quando eles se separaram, então ela ficou morando coma mãe e a irmã.

2.3 EM RELAÇÃO A ATIVIDADE A ATIVIDADE 3 – ENTENDIMENTO DO CASO (RESUMO DO CASO):

Tendo em vista o relato de entrevista inicial, fomentando que A.S.C.N., que

as explicitouem relação ao motivo da procura de ajuda psicológica, pode-se entende que a partir da queixa: faz tratamento para ansiedade e depressão, tem muitos traumas da infância e teve três surtos, está em tratamento psiquiátrico e tomas três tipos de medicação, que taisprocessos veem afetando as vivencias do paciente.

Arzeno (1995) refere que o psicodiagnóstico contempla algumas finalidades, como: 1. Investigação diagnóstica: tem como objetivo explicar o que acontece além do que o avaliando consegue expressar de forma consciente – e isso não significa rotulá-lo. 2. Avaliação do tratamento: visa avaliar o andamento do tratamento. Seria o “reteste”, no qual se aplica novamente a mesma bateria de testes usados na primeira ocasião ou umabateria equivalente. 3. Como meio de comunicação: procura facilitar a comunicação e, em consequência, a tomada de insight. 4. Na investigação: com o intuito de criar novos instrumentos de exploração da personalidade e, também, de planejar a investigação parao estudo de uma determinada patologia, etc.

2.4 Transtorno de Ansiedade de Separação Critérios Diagnósticos 309.21 (F93.0)

Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos: Transtorno de Ansiedade de Separação 191 1. Sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego. 2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença,ferimentos, desastres ou morte. 3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder- se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente). 4. Relutância persistente ou recusaa sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtudedo medo da separação. 5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos. 6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figuraimportante de apego. 7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação. 8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre

ou é prevista. B. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos. C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia; preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença.

2.5 Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade de separação é o medo ou a ansiedade excessivos envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. A ansiedade excede o esperado com relação ao estágio de desenvolvimento do indivíduo (Critério A). Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação têm sintomas que satisfazem pelo menos três dos critérios apresentados a seguir. Eles vivenciam sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego (Critério A1). Eles se preocupam com o bem-estar ou a morte de figuras de apego, particularmente quando separados delas, precisam saber o paradeiro das suas figuras de apego e querem ficar em contato com elas (Critério A2). Também se preocupam com eventos indesejados consigo mesmos, como perder-se, ser sequestrado ou sofrer um acidente, que os impediriam de se reunir à sua figura importante de apego (Critério A3). Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação são relutantes ou se recusam a sair sozinhos devido ao medo de separação (Critério A4). Eles têm medo ou relutância persistente e excessiva em ficar sozinhos ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros ambientes. A perturbação pode causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas de funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C).

2.6 Sobre a Depressão

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente do DSM-IV, este capítulo "Transtornos Depressivos" foi separado do capítulo anterior "Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados". A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (DCM – 5, 2014).

Risco de Suicídio A possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistência é história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém deve ser lembrado que a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança. A presença de transtorno da personalidade borderline aumenta sensivelmente o risco de tentativas de suicídio futuras (DCM – 5, 2014).

PROGNÓSTICO - A paciente foi analisada de acordo com as sessões e percebeu-se quea paciente teve três surtos quando:

- Teve crises depressivas quando o ex noivo a trocou por outra pessoa.
- Fugiu de casa e foi para a Ponta Negra sem avisar ninguém;
- Teve crise de choro que durou três dias.

2.7 DE ACORDO COM ATIVIDADE 4, NO QUE CORROBORA 4.1 – OBJETIVOS DO PSICODIAGNÓSTICO SÃO:

Classificação Simples

Tendo em vista o caso em questão, o primeiro objetivo a ser mencionado e a ***classificação simples***, pois é notório que não se pode deixar de fazer um exame

das funções mentais do paciente, sobre tudo no que concerne o humor, afetos e ansiedade, ou seja, as diferentes emoções exibidas pela pacienteem questão, observando com propriedade à idade e amostras que definem o estagio do desenvolvimento cognitivo do mesmo (CUNHA, 1993).

Classificação Nosológica

O segundo objetivo põe em referência ***classificação nosológica*** que elucidará no referido caso motes que exploram sinais e sintomas. Neste sentido serão utilizados de forma profícua o histórico clinico do paciente se houver e a historia pessoal do mesmo, que neste caso é uma jovem de 23 anos.

Desta forma também serão usados ferramentas como a aplicação de testes e outras técnicas especificas como por exemplo a entrevista lúdica ou até mesmo a hora do jogo, como ferramentas auxiliadoras para somar no alcance deste objetivo (CUNHA, 1993).

Diagnostico Diferencial

Já no terceiro objetivo que é o ***diagnostico diferencial*** serão trabalhadas investigações a respeito e/ou inconsistências relacionadas ao quadro de sintomas do sujeito, sobre tudo ulteriormente no que concerne as hipóteses diagnosticas estruturadas a partir do estudo do caso em questão (CUNHA, 1993).

Avaliação Compreensiva

O quarto objetivo será a ***avaliação compreensiva***, neste quarto objetivo será necessário validar questões pertinentes a um entendimento global que busquem determinar as variáveis de funcionamento dos processos que corroboram as emoções e os afetos do sujeito, ou seja, faz-se necessário avaliar de forma paulatina e gradual como o aparelho psíquico do paciente que ainda em desenvolvimento, sobre tudo no que concerne ao caso em questão (CUNHA, 1993).

2.8 Entendimento Dinâmico

No quinto objetivo que será o ***entendimento dinâmico*** do caso deve-se avaliar de forma compreensiva o caso em questão, visto que de acordo com o que relatou a mãe do paciente, pode-se entender que o mesmo possui sinais e sintomas patológicos que podem também estar associados a comorbidades, quese apresentam

em seu desenvolvimento de forma global. Sendo assim deve-se fazer tal analise e estudo do material colido por meio da triagem, exame de estado mental e anamnese do paciente (CUNHA, 1993).

Prevenção Secundaria

Levando em consideração Cunha (1993) o sexto objetivo que é ***prevenção*** , trata-se de uma possibilidade de identificar a situação problema e avaliação dos riscos em relação ao caso, já que o paciente vem sofrendo de ansiedade e depressão, que o levou a procurar atendimento psicológico.

Prognostico

O ***prognostico*** será utilizado como sétimo e ultimo objetivo neste estudo, visto que tendo sido coletadas amostras apartbir da ***classificação simples*** e da ***nosológica***, estará elucidada a as possibilidades de uma determinação do curso provável do caso de F.S.S.M, pois tendo como auxilio também o **entendimento dinâmico** do caso, pode-se inferir a respeito das indicações terapêuticas e suas técnicas empregadas no caso (CUNHA, 1993).

2.9 EM RELAÇÃO A 4.2 – AS HIPÓTESES INICIAIS SÃO:

Hipótese 1: transtorno de ansiedade

Para a avaliação psicodiagnóstica em adultos, o clínico pode utilizar como entrevista semiestruturada a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000) ou a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) (Crippa et al., 2008). Assim como no caso do K-SADS-PL, essas entrevistas também avaliam possíveis comorbidades, além dos transtornos de ansiedade. Dessa forma, o profissional pode escolher entre aplicá-las na íntegra ou somente os módulos relativos aos transtornos de ansiedade ou somente o módulo de um transtorno de ansiedade em específico. Como no caso do K-SADS-PL, as versões atuais da MINI e da SCID em português brasileiro baseiam-se nos critérios diagnósticos do DSM-IV, cabendo ao profissional adaptá-los às mudanças trazidas pelo DSM-5. Para complementar os dados e diagnósticos categóricos provenientes das entrevistas, a avaliação psicodiagnóstica utiliza questionários e escalas que oferecem uma medida dimensional dos sintomas de ansiedade do indivíduo.

Hipótese 2: transtorno depressivo

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente do DSM-IV, este capítulo “Transtornos Depressivos” foi separado do capítulo anterior “Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados”. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhadode alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (DCM – 5, 2014).

Risco de Suicídio A possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistênciaé história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém deve ser lembrado que a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança.

A presença de transtorno da personalidade borderline aumenta sensivelmente o risco detentativas de suicídio futuras (DCM – 5, 2014).

2.10 NO QUE CONCERNE ATIVIDADE 5 E 5.1 PLANO DE AVALIAÇÃO (DEVE APRESENTAR POR SESSÃO O OBJETIVO E A TÉCNICA A SER EMPREGADA), QUE SÃO:

Contrato Terapêutico

O contrato mencionado por Hutz (2016) tem a simples finalidade de elucidar aspectos referentes a como se dará o processo psicodiagnóstico bem como a recepçãodo sujeito a respeito do entendimento do que estará sendo realizado, isto é, clarificando como funcionara tal processo, sobre tudo a respeito dos direitos do cliente frente ao processo outrora mencionado.

Desta o referido contrato estará pautado também no Código de Ética

Profissional do Psicólogo CFP Resolução 010/05, destacando que o psicólogo deverá cumpri-lo deforma consonante com sua atuação e jamais aviltará o mesmo, tendo em vista uma atuação digna e prestativa frente ao cliente em questão (HUTZ, 2016).

Eu, Geneci Behling Bett - Estagiário, sou a parte contratada desta relação. Eu, A. S. da C. N , cujo CPF é 2 2 2 3 3 3 4 4 4 5 , sou o (a) contratante desta relação.

2. Delimitação temporal e Contrato terapêutico: Horários das sessões 17h às 17:50, duração de 50 min.

3. Elucidar sobre a importância do psicodiagnóstico:

Os testes psicológicos possuem um caráter de apresentação de fidedignidade quanto ao manejo de resultados e suas legitimidades frente a testagem psicológica (URBINA, 2007).

4. Tipos de testes a serem utilizados (constructos):

Teste de Capacidade Intelectual Teste Neuropsicológico: Os constructos são disfunções cerebrais e neurológicas, bem como constructos relacionados a processoslinguísticos e praxias (URBINA, 2007).

Teste de Capacidade intelectual (Aptidão Geral): Teste de Inteligência Geral (QI): O constructo é a cognição, tendo em vista o caso aqui disposto (FLORES-MENDOZA, 2002).

5. Numero de Sessões: 8 a 10 sessões;

6. Dias dos encontros: será realizado nas quartas-feiras.

7. Faltas: só poderão haver 2 faltas; se caso houver algum tipo de impedimento para o comparecimentos à sessão o paciente deverá informar de forma antecipada o não comparecimento e o motivo para o mesmo;

8. Local das Sessões: os encontros serão realizados no SPA do FBN – Faculdade Boas Novas;

9. Documentos: serão assinados documentos e termos de compromisso para que

se tenha firmado compromisso e **comprometimento tanto do Psicólogo quando do paciente.**

10. Estratégias: Sessão 1: Entrevista inicial; Sessão 2 Aplicação de Testes Psicológicos;Contratante – Geneci Behling Bett

Contratada – A. S. Da C. N.

Data, 12/07/2023

1. Primeiro Passo: solicitação da consulta e encontro pessoal com o profissional.

Procura espontânea, sobre tudo ocorre quando o consultante vai ao encontro do Psicólogo. Desta forma o Psicólogo deve atentar para a demanda do paciente, observando o que está sendo dito, ou seja, a forma como o consultante dirige seu discurso ao Psicólogo nem sempre contem em sua totalidade o verdadeiro motivo da procura pelo serviço psicológico.(ARZENO, 2003).

Corroborando o caso em questão, houve por parte do consultante a procura espontânea outrora aludida, ou seja, tal procura concerne a quão se faz necessário serviço do profissional de psicologia na área da saúde (ARZENO, 2003).

2. Segundo Passo Sessão 1:

Entrevista inicial ou entrevista clinica é deveras importante e possui varias finalidades, possuindo assim um ou mais objetivos dependendo da demanda a qual será aplicada. Não obstante, todos os profissionais que fazem uso da referida ferramenta devem obter informações básicas referenciando os diferentes tipos de pacientes que fazem parte deste processo inicial, ou seja, o objetivo principal então da entrevista inicial é a colete de informações básicas referentes ao paciente/consultante (MORRISON, 2010).

3. Terceiro passo Sessão 2:

A **entrevista de anamnese** é um tipo de entrevista que faz alusão a todos os aspectos referentes a historia do paciente, desta forma a mesma é uma ferramenta que serve para fazer um levantamento latente sobre um caráter investigativo a

respeito dos materiais coletados através da fala do paciente (CUNHA, 1993).

4. Quinto Passo Sessão 4 Aplicação de Teste Neuropsicológico:

Os testes psicológicos possuem um caráter de apresentação de fidedignidade quanto ao manejo de resultados e suas legitimidades frente a testagem psicológica. Desta forma seguindo a risca o caso em questão, os instrumentos psicométricos que deveram ser utilizados para que se possa alcançar uma melhor elucidação sobre o referido caso serão.

Neste sentido pode-se afirmar que tais testes aludidos a cima terão uma relevância máxima pondo em destaque à medida, a padronização, o produto e a objetividade para que se possam alcançar os resultados, sobre tudo de forma ética e responsável (PASQUALI, 2003).

De acordo com Arzeno (2003) é importante ressaltar que os testes psicológicos possuem suas especificidades, isto é, até mesmo depende da idade cronológica do individuo e varia de acordo com o constructo que se pretende avaliar, por conseguinte o processo da testagem psicológica deve de forma acentuada ser minunciosamente analisada dando ênfase sobre tudo a quem e o que será testado, neste caso em questão o sujeito é uma criança de apenas 4 anos de idade.

5. Estudo do material colhido (diagnóstico):

O estudo do material colhido se dará após o termino das instancias relacionadas a coleta de dados, desta forma já se terá passado pelas etapas como: entrevista inicial, testes, etc, ou seja, O ***entendimento dinâmico*** que é um dos objetivos do psicodiagnóstico, se fara ainda mais necessário no que concerne o caso (ARZENO, 1995).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicodiagnóstico abrange qualquer tipo de avaliação psicológica de caráter clínico que se apoie em uma teoria psicológica de base e que adote uma ou mais técnicas (observação, entrevista, testes projetivos, testes psicométricos, etc.) reconhecidas pela ciência psicológica. Não sugerimos a adoção do termo para situações avaliativas em contextos jurídicos ou organizacionais, uma vez que, nessas situações, estão presentes outras variáveis geralmente não encontradas no contexto

clínico, como a simulação e a dissimulação conscientes. Também não compreendemos que o psicodiagnóstico se limite, em todos os casos, a uma avaliação de sinais e sintomas, tendo com resultado apenas um diagnóstico nosológico, o que se aproximaria muito de uma avaliação psiquiátrica. Tampouco entendemos que uma simples aplicação de um teste, por mais complexo que ele possa ser, deva ser entendida como psicodiagnóstico. Reservamos o termo para descrever um procedimento complexo, interventivo, baseado na coleta de múltiplas informações, que possibilite a elaboração de uma hipótese diagnóstica alicerçada em uma compreensão teórica.

4 REFERÊNCIAS

ARZENO, M. E. G. (1995). Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições. Porto Alegre: Artmed. Bandeira, D. R. (2015). Prefácio. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Eds.), Avaliação Psicoló gica: Da teoria às aplicações. Rio de Janeiro: Vozes. Barbieri, V. (2008).

BANDEIRA, Denise Ruschel. Psicodiagnóstico. Porto Alegre. Artemed,2016.

BARBIERE, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: Confronto de paradigmas? Psicologia: Teoria e Pesqu isa, 26(3), 505-513. Castro, E. K. de,

CAMPEZATTO, P. V. M., & Saraiva, L. A. (2009). As etapas da psicoterapia com crianças. In M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed. Conselho Federal de Psicologia (CFP) 2007.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2013). Cartilha avaliação psicológica – 2013. Brasília: CFP. Recuperado d e: http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf. Cunha, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Ed.), Psicodiagnóstico V (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico - V* (5ª ed. rev. e ampl.). Porto Alegre, RS: Artmed. 2002.

CUNHA, J.A. Passos do processo Psicodiagnóstico. Porto Alegre, RS: Artmed. 2002.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DCM – 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição, Artmed, 2014.

HUTZ, Cláudio Simon. Psicodiagnóstico. Porto Alegre. Artemed,2016.

ICD-11 – Classificação Internacional de Doenças - Mortalidade e Morbidade Estatística.

KRUG, J. S. Entrevista lúdica diagnóstica psicanalítica: Fundamentos teóricos, procedimentos técnicos e critérios de análise do brincar infantil. (Tese de doutorado

não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014).

M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). O processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, & E. G. Piccolo (Eds.), O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes. Publicado originalmente em 1979. Trinca, W. (1983). O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis: Vozes.

WAINSTEIN, E. A. Z. (2011). Um estudo sobre as formas de encaminhamento, descrição e esclarecimentos do processo psicodiagnóstico para as crianças e adolescentes. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS NASF: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Marly Muca De Souza[7]

Anderson Lincoln[8]

O artigo apresentado tem como intuito falar sobre a atuação do psicólogo nos NASF, menciona sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por reformulações em suas bases conceituais e operacionais com o objetivo de redimensionar o escopo do cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que opera mudanças nas concepções que norteiam as atuais práticas (Fertonani, Pires, Biff, & Scherer, 2015). Essas mudanças estão em concordância com a Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS e dispõe sobre sua organização e seu funcionamento.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 para provocar uma mudança no modelo de atenção à saúde no país, diante da ausência de alterações significativas nesse campo após a Constituição Federal de 1988, o PSF provocou uma reorganização de impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundou a municipalização na gestão das ações de saúde, fez frente à assistência médica individualizada e fragmentada quanto à prevenção, expandiu a oferta de cuidado em saúde na Atenção Básica, garantido a universalidade do acesso dos usuários aos serviços de saúde e a integralidade.

O Programa de saúde da família inaugurou uma nova perspectiva de cuidado organizada em três níveis de atenção: Básica e de Média e de Alta complexidades. A Atenção Básica incorpora os paradigmas de defesa dos direitos humanos e sociais, apresenta uma visão ampliada do contexto familiar e social do usuário, atua no território para melhoria das condições de vida da população e propicia atenção continuada (Starfield, 2002).

Desde a ampliação do PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a lógica do cuidado no território, a ênfase na promoção de saúde e na garantia de direitos passa a ser basilar na estruturação de toda a Atenção Básica em saúde, para que a atenção à saúde ocorra de maneira integral, é necessário promover práticas interdisciplinares, buscando a inter-relação entre áreas de conhecimento,

[7] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[8] Professor da Faculdade Boas Novas

entre profissionais que atuam no sistema e entre estes e a população atendida. Nessa busca pela atenção integral, o SUS adota o apoio matricial como uma estratégia que visa à construção coletiva de conhecimentos e práticas na saúde (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007). Com isso os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados objetivando ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, fornecendo suporte à estratégia de saúde da família. (ESF).

O principal objetivo da área estratégica da saúde mental nos NASF é ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com transtornos mentais com base no território, o que reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2010). O NASP é uma modalidade de equipe formada por diferentes profissões e/ou especialistas, constitui-se como apoio especializado na atuação primaria que atua de forma integrada e complementar, realiza atividades com as equipes de saúde da família. O SUS foi o primeiro espaço que absorveu massivamente psicólogos nas políticas públicas. Desde então, o campo de trabalho nesse sentido só cresce e cada vez mais psicólogos ocupam diferentes espaços na Saúde Pública Brasileira e com a oportunidade de trabalho para o psicólogo nesses núcleos, o debate sobre a atuação do psicólogo no SUS retornou, especialmente tendo em vista as equipes NASF assumirem não o ambulatório de especialidades, mas o apoio institucional. Assim, um dos principais desafios para Psicologia nessa área refere-se à adequação das suas práticas ao novo modelo assistencial, baseado no conceito de saúde como processo saúde-doença e que confronta o hegemônico modelo biomédico de atenção à saúde, sendo este expresso na Psicologia pela prevalência de um modelo de atuação consolidado na prática clínica individualizante (Ferreira, 2010; Freire & Pichelli, 2010; Lo Bianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994).

Esta pesquisa visou a identificar as formas de inserção profissional e as condições de trabalho do psicólogo neste campo; caracterizar o trabalho exercido pelo psicólogo nos NASF. O critério de escolha dos participantes foi identificar os psicólogos a mais tempo inseridos nos primeiros NASF implementados no estado entrevista individual teve um roteiro semiestruturado com questões acerca de dados sociodemográficos do psicólogo, trajetória profissional até o emprego atual, serviços ofertados pelo NASF, articulação do NASF com outros dispositivos, formação para o trabalho na Atenção Básica e atividades desempenhadas no serviço. A equipe desse dispositivo deve trabalhar diretamente no apoio às ESF, atuando na qualificação e

complementaridade do trabalho dessas. Nos NASF pesquisados, a maior parte das equipes organiza o trabalho em torno das Unidades de Saúde da Família, localizadas nas zonas urbana ou rural dos respectivos municípios. Ou seja, o trabalho é planejado baseando-se em um cronograma de visitas e de atividades ligadas a esses equipamentos. Contudo, a exigência de cobertura de muitas unidades de saúde por uma equipe NASF requer desses profissionais a presença poucas vezes ao mês em cada unidade, prejudicando a continuidade das ações desenvolvidas e o contato com os profissionais da Estratégia Saúde de Família. No que se refere a uma atividade extremamente importante dos NASF, a articulação, os psicólogos relataram três tipos de movimentação das equipes: articulação multiprofissional entre os membros da própria equipe NASF, articulação do NASF com a equipe da ESF ou outros dispositivos de saúde e articulação com equipamentos de outras políticas sociais.

O trabalho do psicólogo no NASF se expressa conforme as determinações tanto da organização societária e de suas particularidades na conjuntura brasileira, cujo modelo socioeconômico marca o esfacelamento das políticas sociais, quanto de sua história como ciência e profissão, cuja marca são as aproximações a campos de atuação distintos do atendimento em consultório privado, como é o caso da Saúde Pública. Especificamente no NASF, sua organização pretende suprir algumas limitações identificadas na rede de saúde, implicando tarefas relacionadas à formação em serviço, por meio do suporte a equipes de saúde na Atenção Básica. A inserção do psicólogo nesse empreendimento tem sido massiva, principalmente por sua vinculação à área da saúde mental, tendo que lhe dar com os desafios do SUS de integralidade e resolutividade para acompanhar e fazer o encaminhamento adequado, para os indivíduos que fazem parte do atendimento dessas equipes do NASF.

O PROBLEMA DA SAÚDE MENTAL GERADO NAS ESCOLAS PÚBLICAS

Lana S. Valcacer de Almeida[9]
Anderson Lincoln[10]

Com o objetivo de se detectar certas origens relacionados aos problemas mentais, percebe-se um dos maiores índices do problema de saúde mental é gerado na própria escola pública, por pressão nas atividades, ansiedade com provas, bullying, dificuldade de socialização, entre outros.

As doenças mentais são compreendidas como transtornos da trajetória da vida, que evoluem a partir de alterações do neurodesenvolvimento e que manifestam seus primeiros sinais na infância. Tal perspectiva enfatiza o papel da escola, pois longe de tratar apenas da questão do aprendizado, os professores e a família possuem condição privilegiada, pois desde que se tornou obrigatória para todas as crianças e jovens brasileiros, esse ambiente passou a ser um local privilegiado de grande concentração de estimulação longitudinal e de grande impacto sobre todos os aspectos da vida.

Bem sabemos que é direito de toda criança, adolescente e jovem frequentar a escola, onde devem ser garantidas condições para cada um(a) se desenvolver em suas múltiplas dimensões: física, intelectual, social, emocional e simbólica. Mas, temos observado que as escolas públicas não possuem programas eficazes voltados para a saúde mental, onde os alunos possam ter acesso ao atendimento por uma profissional da área de saúde mental, como um psicólogo, considerando que, segundo informações, existem a disposição dos corpo discente apenas um profissional psicólogo para atender várias escolas, e que em razão da grande demanda existentes nas escolas fica impossível de realizar um atendimento de qualidade a todas as pessoas das escolas solicitantes.

Os problemas relacionados à saúde mental, intensificados neste momento, pela escassez desse profissional da área de saúde mental, atingem fortemente adolescentes e jovens, afetando inclusive sua relação com a educação. Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), a taxa de abandono escolar no ensino médio na rede pública, de 2020 para 2021,

[9] Academica do Curso de Psicologia da Faculdade Boas Novas
[10] Professor da faculdade Boas Novas

mais do que dobrou, saltando de 2,3% para 5%.

Em 2021, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em parceria com o instituto Gallup, publicou o relatório “Situação Mundial da Infância 2021 promovendo, protegendo e cuidando da saúde mental das crianças” também elegendo essa temática como prioridade de atuação. Toda essa movimentação das entidades de saúde pode trazer com mais clareza a importância de estar cada vez mais atento a saúde mental, desde a infância.

Com base nesse roteiro de observação, professoras(es) e gestoras(es) saberão melhor em que pontos é preciso trabalhar para garantir a devida atenção à saúde mental das(os) estudantes. É importante que esse trabalho seja feito em conjunto por todo o corpo docente e a equipe gestora.

No Brasil, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei da Saúde Mental nas Escolas (PL nº 3.383/2021), que busca incidir sobre a promoção da saúde mental no ambiente escolar para estudantes, familiares e profissionais de educação.

Alunos que apresentam problemas de saúde mental são aqueles que têm dificuldades em lidar com as emoções, têm pensamentos e ideias inadequadas, e comportamentos que levam ao isolamento ou a problemas na interação social. Alunos com problemas de saúde mental apresentam dificuldades de integração com a sua comunidade, especialmente na escola, ficam isolados, não convivendo adequadamente com a família e não conseguem aproveitar atividades de lazer, por uma desorganização psíquica, que se manifesta de diferentes formas: surtos, crises de choro, euforia, ausência e agressividade.

Segundo SANPS (2019), a nossa saúde mental é determinada por vários fatores ao longo do desenvolvimento. Fatores biológicos, herdados dos pais interferem, assim como fatores do ambiente, tais como privação de cuidados, vínculos afetivos, educação, prática de exercícios, relações com outras pessoas e a comunidade em que o aluno está inserido. Para poder promover a saúde e prevenir que problemas apareçam é sempre importante fortalecer os fatores que protegem a saúde mental e diminuir os fatores que causam risco. Fatores de proteção: atividades culturais, atividades esportivas, amizades, preocupar-se com os outro, estar num ambiente seguro e amoroso, e Fatores de risco: falta de afeto e compaixão, falta de regras claras, violência (incluindo bullying), preconceito (racismo, homofobia, etc.), isolamento social, uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas.

Percebemos que os alunos que recebem mais apoio dos pais também relatam menos problemas internalizantes e externalizantes. Da mesma forma, altos níveis de apoio dos pais mostraram estar associados a melhor autoestima, bem-estar social e menor depressão entre os adolescentes, assim como o baixo apoio dos pais mostrou estar associado ao sofrimento psicológico e queixas psicológicas a uma maior extensão do que a encontrada entre aqueles com altos níveis de apoio dos pais.

REFERÊNCIAS

Estanislau, G. M.; Bressan, R. A. 2014. Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber. São Paulo: Artmed.

Fiocruz (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental: especialistas falam sobre os desafios no cuidado de jovens e adolescentes. Comunicação e Informação, 7 abr. 2022. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-mental-especialistas-falam-sobre-os-desafios-no-cuidado-de-jovens-e- adolescentes. Acesso em: 27 set. 2022.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ministério da Educação. Disponível em: http://www.inep.gov.br/. Acessado em setembro de 2022.

Site desenvolvido pela Seção de Afetos Negativos e Processos Sociais (SANPS), UFRGS, Porto Alegre, Brasil. sanps.ufrgs@gmail.com.2019.