

ANAIS 2019

XIX FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR



DOR, REFLEXÕES
ÉTICAS E SUBJETIVAS



**XVIII FÓRUM DE
PSICOLOGIA
HOSPITALAR**



AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR

ANAIS DO EVENTO

**XIX FÓRUM DE
PSICOLOGIA
HOSPITALAR**



DOR, REFLEXÕES
ÉTICAS E SUBJETIVAS

VOLUME ÚNICO

Conselho Regional de Psicologia do Paraná - CRP-PR

CURITIBA 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Anais do XVIII Fórum de Psicologia Hospitalar [livro eletrônico].
dor, reflexões éticas e subjetivas: volume único. Anais...Curitiba(PR)
CRP-PR, 2021.

Disponível em <www.crpr.org.br>

ISBN 978-65-88355-05-3

1. Hospitais - Aspectos psicológicos 2. Psicologia aplicada
3. Psicologia hospitalar 3. Reflexões
I. Conselho Regional de Psicologia do Paraná.

21-62073

CDU 362.11019

Designer Responsável: Josiane Tochetto

Todos os direitos desta edição são reservados ao Conselho Regional
de Psicologia - 8ª Região
Av. São José, 699 - Cristo Rei - Curitiba - PR - CEP 80050-350
(41) 3013-5766 | www.crppr.org.br | crp08@crppr.org.br

SUMÁRIO

COMISSÃO ORGANIZADORA	6
APRESENTAÇÃO	7
Mesa Redonda: “Subjetividade e dor” - Toxicomania	9
Colóquio: “A manifestação da dor e seus caminhos” - Psi- cossomática	11
Mesa Redonda: “Subjetividade e dor” “A dor psíquica – reflexões acerca da estrutura do sintoma tão particular ao sujeito”	13
Mesa Redonda: “O cuidado com as dores” - Luto	14
“Onde a vida dói em você?”: recorte de um grupo de autogerenciamento da dor crônica em mulheres	15
Colóquio: “A manifestação da dor e seus caminhos” - Dor crônica	16

COMISSÃO ORGANIZADORA

Adriana Krul Romanowski (08/25801)
Bianca Louise Lemes (08/12093)
Bruno Gabriel dal Pasquale (08/25687)
Daniela Carla Prestes (08/04339)
Dominique Stéfhanie Barauce (08/25857)
Eric Aquino Correa (08/13066)
Giovana Cristina Angioletti (08/09620)
Iolanda de Assis Galvão (08/06456)
José Roberto Figueiredo Palcoski (08/11967)
José Roberto Walczewski Gioppo (08/02973)
Josiane de Fatima Farias (08/05051)
Juliane Gequelin Rosa (08/10744)
Luciana Tiemi Kurogi (08/19158)
Manuela Pimentel Leite (08/22419)
Maria Carolina Pais Oliveira (08/25956)
Maria Eduarda Pianaro Chemin (08/19860)
Mariana Pinheiro Hofmann (08/16505)
Raphaella Ropelato de Souza (08/10276)
Ronny Kurashiki Oliveira (08/21254)

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) foi constituída em 2001 e, desde então, propõe-se a agregar profissionais e estudantes interessadas(os) no desenvolvimento teórico e prático nessa área. O Fórum de Psicologia Hospitalar, atividade já tradicional da Comissão, é um desses momentos nos quais os participantes podem conhecer e discutir sobre a atuação do psicólogo hospitalar.

O XIX Fórum, realizado em novembro de 2019, trouxe o tema “Dor, reflexões éticas e subjetivas” para compreensão de diferentes perspectivas e intervenções frente a uma experiência recorrente no contexto hospitalar.

**XIX FÓRUM DE
PSICOLOGIA
HOSPITALAR**



DOR, REFLEXÕES
ÉTICAS E SUBJETIVAS

MESA REDONDA: “SUBJETIVIDADE E DOR” - TOXICOMANIA

Altieres Edemar Frei (CRP-08/20211)

FISSURAS DAS TOXI-CIDADES: ENSAIOS PARA ALÉM DA DOR DA ABSTINÊNCIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA (OU ACENOS ÀS OUTRAS DORES DO “DISPOSITIVO DAS DROGAS”).

Didier Anzieu em seu livro clássico “O eu-pele” (1989) propõe incríveis contribuições às tópicas psicanalíticas ao trazer à superfície do corpo – e não mais ao seu interior passível de arqueologias e desvelamentos — as marcas da composição do eu. Trocando em miúdos, a partir da leitura de sua obra, é possível extrair de lá o aforismo: “o mais profundo é a pele”.

Vista por esse ângulo, a própria concepção de dor psíquica ganha outros contornos: não se trata (só) da dor que emana do dentro, mas daquela que é produzida por fricções, por atritos, por trocas e exposições. A pele, agora alçada a categoria de membrana, supera a premissa de casca e é estudada quanto sua permeabilidade. É ali “a morada do eu”, segundo Anzieu. Ou seja, é a pele quem “regula” entradas e saídas de estímulos, o que torna o “tato” um signo até certo ponto raso ou subestimado para dar conta dessa complexidade. A pele dói. A pele coça. A pele envelopa territórios. A pele reflete cidades.

A proposta desta conferência-ensaio apresentada durante o XIX Fórum de Psicologia Hospitalar, cujo tema é “Dor, reflexões éticas e subjetivas” é discutir alguns lugares que o dispositivo das drogas engendram no imaginário sobre a chamada “dor do toxicômano”. Seria esta experiência de dor apenas aquela da dor-da-falta da substância, frequentemente associada à ideia de fissura ou falta de dopamina atrelada ao discurso da dependência química? Ou seria esta também a dor-da-sobra ou a dor-do-excesso, em que a substância pode atuar como protagonista, mas também como catalisadora ou, se tanto, ou coadjuvante do processo de dor?

Se esta segunda questão tem elasticidade, as obras de autores como Byung-Chul Han em seu best-seller “Sociedade do Cansaço” (2014) podem servir como platô conceitual: dali é possível extrair que adoecemos mais pelo excesso, do que pelas faltas. Posto esse panorama, além de delimitar as proposições da “Sociedade do Cansaço”, faz-se prudente trazer mais elementos a ideia da “droga” enquanto “dispositivo”, à luz dos entendimentos de autores que se apoiaram na obra de Michel Foucault. Entender a droga como dispositivo permite analisar os discursos ou a “naturalização da dor” em torno do extermínio de pessoas usuárias de drogas encarceradas ou assassinadas em decorrência da política de Guerra às Drogas.

Questões envolvendo o “dispositivo das drogas” exigem a desconstrução dos saberes do senso-comum, pois estes estão contaminados de outras toxi-cidades: as chagas do proibicionismo, da biopolítica-necropolítica e de seus discursos moralizantes, da configuração urbana em tempos de metástases das cidades. Assim, cabe pensarmos a economia da droga e suas experiências de dor sob outro prisma: não só a dor daquilo que falta, fratura, estilhaça e fissura, mas a dor daquilo que marca, segrega, gentrifica, transborda, transpassa. Algo caro em tempos de uma sociedade marcada pelo consumo, pela necrose do espaço público e pelos imperativos de gozo.

A (dor da) Guerra às Drogas mata mais do que a (dor da) abstinência ou superdosagem. E isso precisa ser debatido, inclusive no contexto da atuação da(o) psicóloga(o) hospitalar. Mais do que nunca a tríade proposta por Olievenstein (substâncias-sujeitos-contextos) precisa ser oxigenada. Não há como focarmo-nos em uma dessas pontas, sem

considerar as outras tramas do processo. Mesmo quando em casos de superdosagem, ou fissuras: seja as do corpo “viciado” que estala, seja a fissura da cidade que se veste da pele de um corpo-nóia.

COLÓQUIO: “A MANIFESTAÇÃO DA DOR E SEUS CAMINHOS” - PSICOSSOMÁTICA

Inaê Benchaya Duarte (CRP-08/19117)

Os estudos sobre a Psicossomática, de acordo com Mello-Filho (2010), iniciaram no início do século XX, e sua evolução teve três principais fases as quais continuaram se desenvolvendo até os dias de hoje. A fase inicial ou psicanalítica com foco de estudos no inconsciente das enfermidades, teorias de regressão e afins; a fase intermediária ou behaviorista que iniciou seus estudos sobre estresse e a relação de aprendizagem entre homem/animal e seu ambiente; e a terceira fase conhecida como atual ou multidisciplinar a qual busca interconexão com vários profissionais, incluindo a influência social, emocional e biológica na interação com as doenças.

A segunda fase, conhecida com Behaviorista, traz como base o Behaviorismo Radical de B. F. Skinner, para compreensão da complexidade do comportamento humano. Dentre os temas estudados há uma rica literatura sobre estresse, doenças cardíacas, psicooncologia, dentre outros, assim como a temática dor crônica. A literatura tem demonstrado forte validação científica das terapias de contextuais, destaca-se então o protocolo da Terapia de Aceitação de Compromisso: *Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach* (Vowles & Sorrell, 2007).

A compreensão da dor crônica então, por este viés, compreende a complexidade das doenças psicossomáticas através de três níveis de seleção do comportamento (interação organismo e ambiente), dos quais desenvolvemos não apenas a compreensão da sensação dor (respondente-filogenética), mas também como nome-a-la (cultura) e não menos importante o que podemos fazer para a dor, o estresse, ansiedade reduzirem (ontogênese- operante).

Sendo assim, leva-se em consideração a seleção filogenética que nos permite compreender as características biológicas que herdados geneticamente (limiar, tolerância, resistência para dor). Desde que nascemos aprendemos constantemente através das interações sociais e com o mundo a nossa volta, essas interações geram aprendizagem para o funcionamento da sociedade (externo), assim como para nosso mundo interno (privado) - nossas emoções e percepções, esta é a Seleção Ontogenética, que conta a nossa história de vida e aprendizagem. E por fim, o último nível de seleção é a Cultura, a qual modela a forma como deve nos comportar (regras sociais) e, em especial, a forma como nos comunicamos e como nomeamos nossas emoções de acordo com a nossa comunidade verbal.

Para os pacientes com dor crônica, deve-se levar em consideração tanto a sua percepção e tolerância física de sua dor, validando esta sensação e sofrimento físico (Filogênese), avaliar sua história de vida/aprendizado sobre sua dor, como o seu ambiente social auxiliou ou não a sua percepção sobre seu corpo, quais momentos teve sua dor acolhida e cuida, ou invalidada e punida ao longo de sua vida. Assim como, a sua caracterização da sua dor, como é o seu repertório de descrição de seus eventos privados? Pela sua descrição é possível compreendermos sua dor, a equipe de saúde consegue identificar o tipo de dor e trata-la? Como o ambiente social atual deste paciente proporciona ou não cuidado ao paciente que sofre de dor crônica? Estes aspectos são de extrema importância para que possamos realizar uma análise funcional completa, e compreender as principais dificuldades e sofrimento destes pacientes. Compreendendo que a dor crônica possui

concomitantemente aspectos, físicos, sociais e psicológicos, e uma equipe interdisciplinar de cuidado é de suma importância e direito cuidado garantido. O tratamento deve ser amplo, com foco na validação e audiência não punitiva, proporcionando o autoconhecimento e, conseqüentemente, a redução os contextos de sofrimento, esquivas e isolamento, e aumentando as possibilidades de (auto) cuidado, trabalhando seus valores pessoais, nas interações sociais para a construção uma vida com mais qualidade e significado (reforços positivos).

MESA REDONDA: “SUBJETIVIDADE E DOR”

“A DOR PSÍQUICA – REFLEXÕES ACERCA DA ESTRUTURA DO SINTOMA TÃO PARTICULAR AO SUJEITO”

Maria Carolina Serafim – CRM 5274

Tratar desta questão, da dor psíquica, exige das equipes uma extensão do olhar, que vai além da manifestação do que hoje é nomeado como sintoma alvo, referido pelo paciente nos primeiros instantes do atendimento. O sintoma que manifesta e se inscreve no corpo, inúmeras vezes, traduz também, um sofrimento psíquico, que sabemos, está enlaçado nesta manifestação física da dor. Observamos que persiste a demanda, para uma escuta, que possa compreender a estrutura deste sintoma, nos enlaces cruciais, do sofrimento psíquico, tão particular ao sujeito. Em nosso trabalho hospitalar, há cada vez temos mais demandas para esta clínica, pois como estamos no nível terciário, recebemos as pessoas, que já passaram por vários outros atendimentos, com apelos de acolhimento, pois, não sentem cessar suas dores, os sintomas persistem. Freud falava que o sintoma é um “acontecimento no corpo”. É de cada um, é singular esta organização, que constitui a estrutura desse sintoma enunciado pelo sofrimento que vai além do físico. Dentro do ponto de vista histórico, a clínica da subjetividade desenvolve a concepção de um novo estatuto para o corpo, não restrito apenas a sua condição somática, mas também permeável aos afetos e a linguagem. Para Colette Soler “A palavra dá acesso eficiente a algo do corpo que seria real. Mas é preciso considerar esta condição do inefável do sintoma e de mensagem articulado ao Outro”. O sintoma que se inscreve no corpo, inúmeras vezes, traduzem um sofrimento psíquico, enlaçado nesta manifestação física. O conceito de Real em Lacan, fundamental para

a compreensão da direção da cura está ligado a noção do não todo (do que não tem representação), das falhas no conhecimento, que não significa falha do sujeito, mas de algo impossível de se inscrever. Freud, via a permanência de um resto sintomático indecifrável pela psicanálise que ele colocava como o “rochedo da castração”- Lacan posteriormente considera o *sinthome*, como o chamou para marcar sua posição residual ao final da análise- como a marca do sujeito, seu traço próprio, sua singularidade, algo de inegociável, o que não cessa de inscrever-se

MESA REDONDA: “O CUIDADO COM AS DORES” - LUTO

Maria Virgínia Cremasco CRP 08/16007

Quando o fim se anuncia como possibilidade existencial, como existir até que ele chegue? Essas são algumas das questões que se apresentam no trabalho clínico com pessoas que, por diferentes motivos, vêm-se confrontadas com a morte como limite, e se questionam sobre o próprio sentido de continuar existindo: mães que não superam a perda de seus filhos, pessoas com doenças terminais ou em profundos estados melancólicos. O que o trabalho clínico pode lhes oferecer? O que tratar?

Como abordar o ‘não-senso radical da vida’ quando o processo de análise busca justamente a rede de significações que se encontram encobertas, seus sentidos? Aproximar-se da morte a tal ponto nos coloca em questão o próprio limite do tratamento nesses casos. A dor tão forte do luto, uma das preocupações para se compreender o luto, que comporta uma parte de inaceitável, parece sobretudo associada à falta: perda narcísica, a desintração pulsional com o retorno libidinal para o eu e a comparação com a ferida física (Freud, 1926). O trabalho psíquico que se faz com o luto é uma tarefa lenta e dolorosa para o sujeito que sofre, por meio dele o eu não só renuncia ao objeto (fonte), dele se desligando pulsionalmente (recolhendo as expectativas ideais sobre a fonte), mas passa por uma transformação, que permite uma nova relação com o objeto, agora (podendo ser/estar) perdido. Podemos pensar numa autorização do eu para se transformar, remodelar-se, ao modo do trabalho de luto. O cuidado com as dores do luto requer muito tato, no sentido de respeito ao tempo do paciente, às suas impossibilidades de simbolização e de elaboração, aos sintomas e somatizações que falam em seu lugar, às necessidades que surgem numa clínica que tem que se reinventar para cada subjetividade em luto. Requer poder suportar a própria dor e os limites que ela impõe a todos que participam do tratamento.

“ONDE A VIDA DÓI EM VOCÊ?": RECORTE DE UM GRUPO DE AUTOGERENCIAMENTO DA DOR CRÔNICA EM MULHERES

Mariane Louise Bonato

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença crônica caracterizada pela presença de dor generalizada associada à fadiga, sono não reparador, disfunção cognitiva e distúrbios do humor que resulta em comprometimento da qualidade de vida, não apresentando tratamento único efetivo demandando estratégias de cuidado integrado. Deste modo, foi desenvolvido um grupo conduzido por uma equipe interdisciplinar para autogerenciamento de dor crônica em pacientes do gênero feminino com diagnóstico de fibromialgia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo do programa de autogerenciamento da dor crônica desenvolvido em 10 encontros sendo composto, em média, por 12 pacientes mulheres com idade média de 55 anos que envolve profissionais da psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina e nutrição. Dentre as técnicas desenvolvidas, utiliza-se mindfulness, terapia de aceitação e compromisso, técnicas de terapia cognitiva comportamental e organização de rotina, bem como atividades reflexivas acerca do papel ocupacional. A avaliação dos dados se deu por meio de análise de conteúdo, segundo a metodologia proposta por Bardin.

RESULTADOS

Durante as intervenções, identificou-se sofrimento psíquico relacionado ao papel da mulher na sociedade as quais relatam histórico de abuso, padrão de subordinação, histórico de uso de substâncias psicoativas em membros da família. Estas problemáticas limitavam projetos de vida e produtividade resultando em conflitos de identidade. Na ocorrência de situações

aversivas, observou-se elevação da dor fibromiálgica. A participação no grupo possibilitou o desenvolvimento de habilidades sociais, aumento da autoconfiança, socialização, troca de experiências e ampliação de repertório de enfrentamento para lidar com a dor física e emocional. **CONCLUSÃO** O grupo mostrou-se um facilitador para o empoderamento das pacientes, oportunizando um lugar de escuta e reflexão sobre o papel que ocupam em seu cotidiano promovendo um comportamento mais assertivo que culminou na melhora da qualidade de vida e no convívio com a dor.

REFERÊNCIAS

- LAKHAN SE, SCHOFIELD KL. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2013;8(8).
- REISINE S, FIFIELD J, WALSH SJ, FEINN R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia. J Rheumatol. 2003;30:2045–53.
- RAHEIM M. Lived Experience of Chronic Pain and Fibromyalgia: Women's Stories From Daily Life. Qual Health Res [Internet]. 2006;16(6):741–61.

COLÓQUIO: “A MANIFESTAÇÃO DA DOR E SEUS CAMINHOS” - DOR CRÔNICA

Silvana Cardoso Aquim – CRP – 08/06291

O sofrimento humano ligado às dores crônicas constitui um problema de saúde pública mundial. Assistimos mudanças rápidas e numerosas na apresentação do cuidado ao paciente com dor, também no ambiente hospitalar que trata de forma sistematizada seu controle, como 5º sinal vital. A abordagem interdisciplinar passou a ser integrada como prática habitual nos ambulatórios de dor e outros serviços de saúde, consenso no campo conceitual das ciências da saúde ao verificar a problemática da dor como acontecimento central na vida. O resultado dessa construção revela a pertinência do sujeito mobilizado pelo sofrimento ao definir a dor como experiência subjetiva – sensação e experiência emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial ou descrita em termos desta lesão – (IASP). Discursos diferentes sobre o sujeito que na singularidade do sofrimento, ante a finitude anunciada pela impotência e limitação da dor física, se apresenta nas formas de angústia, tristeza, solidão, medo e dor. Para a psicanálise, onde a palavra e a linguagem estão no centro da organização do ser humano e de sua realidade, a dor é experimentada no corpo erógeno. Esse corpo, atravessado pela linguagem, suporta um outro, digamos o inconsciente, que sanciona sua dimensão subjetiva. Esse universo simbólico não mais permite a relação com um corpo redutível ao organismo somático, é com essa linguagem que o humano vai dizer da sua dor. Não existindo como dado físico quantificável, ela é transmitida ao médico pela palavra do paciente. É este estatuto subjetivo do corpo que oferece o testemunho inequívoco da urgência em que se encontra um paciente com dor, a qual, quando cronicada, revela uma persistência perene atemporal dos sintomas, causando alterações nas relações com o

próprio eu, com os outros e com o mundo. As demandas de avaliações no atendimento hospitalar interdisciplinar, podem se estender a situações diversas, como diagnósticos diferenciais nos fenômenos conversivos, avaliação para intervenção neurocirúrgica para dor entre outros. O trabalho com a psicanálise no espaço hospitalar convoca a consideração do sujeito dividido na expressão de um real, que nos termos da singularidade poderá dizer algo de uma subjetividade; obscura, reativa ou produtiva ao se responsabilizar, em certa dimensão, por sua dor e demanda de tratamento. O comprometimento com a ética não pode consolar o sujeito de sua condição, mas oferece um lugar específico ao possibilitar a presença efetiva no tratamento. Certa constituição da subjetividade, onde na relação ao corpo possa dizer o que sabe, qual o caminho que percorreu, movido por qual desejo que distingue o verdadeiro do falso, operação de um sujeito que não seja anônimo.

REFERÊNCIAS

*IASP International Association for the Study of Pain

FREUD, S. El mal-estar em la cultura. 4ª Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1981.

LACAN, Jacques. Intervenciones y textos 2. 1ª Ed. Buenos Aires Manantial, 2010.

MOURA, M.D.(Org.) Psicanálise e hospital. Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2000

XIX FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR



DOR, REFLEXÕES
ÉTICAS E SUBJETIVAS



XIX FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR



DOR, REFLEXÕES
ÉTICAS E SUBJETIVAS

