



## Observação Em Uma Casa De Apoio Psicossocial: Importância Do Olhar Atento Da Psicologia Aos Pacientes Com Sofrimento Psíquico

DALINE VARGAS DA ROCHA  
HELOISE CAROLINE DOS SANTOS  
ISABELLA MACHADO NUNES  
KESSELYN SAYURI DE FREITAS  
THIAGO JULIANI FURQUIM  
Diego da Silva<sup>1</sup>

### RESUMO

Este artigo relata o estágio supervisionado para graduandos da Faculdade Anchieta do Ensino Superior do Paraná - Unifaesp (UniEnsino) em Curitiba, Paraná. Trata-se de um estágio na área da saúde com carga horária de 15 horas/semanais, sendo realizado quinzenalmente a supervisão. A diversidade de atividades e visitas compõem esse Estágio, sendo considerado o ponto forte na formação dos acadêmicos do curso de psicologia. A psicologia é uma ciência que possui seus instrumentos de estudo suas técnicas, teóricos e abordagens que permitem a subjetividade humana. Por isso o estágio supervisionado em psicologia é um componente importante no desenvolvimento profissional dos estudantes, pois os coloca numa situação de intervenção constante. Vivenciar o dia a dia dos pacientes em uma casa de apoio foi um dos desafios do estágio, e está experiência tem sido avaliada positivamente pelos envolvidos e tem despertado nos estudantes compromisso social e profissional por esta área. Conclui-se que experiências como esta podem ampliar o repertório profissional dos estagiários de psicologia.

**Palavras-Chave:** Estágio Supervisionado; Formação em Psicologia; Área da Saúde; Conhecimentos Adquiridos.

### ABSTRACT:

This article reports the supervised internship for undergraduates at Faculdade Anchieta do Ensino Superior do Paraná - Unifaesp (UniEnsino) in Curitiba, Paraná. This is an internship in the health area with a workload of 15 hours/week, with supervision carried out fortnightly. The diversity of activities and visits make up this Internship, being considered the strong point in the formation of the academics of the psychology course. Psychology is a science that has its instruments of study, its techniques, theories and approaches that allow human subjectivity. That's why the internship supervised in psychology is an important component in the professional development of students, as it places them in a situation of constant intervention. Experiencing the daily lives of patients in a support house was one of the challenges of the internship, and this experience has been positively evaluated by those involved and has awakened in the students social and professional commitment to this area. It is concluded that experiences like this can expand the professional repertoire of psychology trainees.

**Keywords:** Supervised internship; Training in Psychology; Health area; Acquired knowledge.

Received 25 June, 2022; Revised 05 July, 2022; Accepted 07 July, 2022 © The author(s) 2022.

Published with open access at [www.questjournals.org](http://www.questjournals.org)

<sup>1</sup> Curso De Psicologia da Uniensino.

## **I. INTRODUÇÃO**

Para a melhor compreensão de cada matéria, assunto e método da psicologia, uma das soluções mais envolventes e eficientes no ensino é a visita de observação. De acordo com Danna e Matos, “o método de observação mostra-se relevante especialmente para entender o que os organismos fazem e sob que circunstâncias” (Danna & Matos, 2006).

Com as visitas de observação à casa de Apoio “x”, o presente relatório teve muitas realizações, epifanias e reflexões sobre a psicologia. Desde o modo como são tratados os pacientes em casas de apoio, a também seus maneirismos rotineiros, e até mesmo as reações dos próprios psicólogos em construção aos maneirismos dos pacientes (que são incomuns à suas rotinas).

Uma das partes mais importantes desta matéria foi o debate em sala de aula, em momento posterior às visitas, sobre as reflexões e experiências de cada aluno. A memória de cada um, muitas vezes, é ativada por conta de um relato de uma terceira pessoa - e torna-se muito interessante como são feitas ainda mais ligações mentais do que tinham sido feitas antes dos debates.

Outra concepção muito interessante é perceber como as próprias visões e conceitos prévios sobre os transtornos mentais são quebrados, atualizados, renovados ou mesmo confirmados em visitas de observação como essas. Como estudantes de psicologia, as mentalidades tentam criar conceitos que ainda não incluem a observação, ou seja, o contato prático com o que realmente acontece.

Muitos alunos tiveram a experiência de quebrar uma ideia já cristalizada na sua mente. E isso não está errado - os humanos têm a tendência de criarem seus conceitos antes de incluir a prática em sua teoria. É por conta disso que foi de suma importância que esses conceitos fossem rebatidos com as experiências que a matéria de Estágio de Observação proporcionou.

Também por este motivo os debates foram tão importantes para o conhecimento dos alunos. Nada é melhor aprendido como quando se erra num prévio conceito e se é surpreendido com novos detalhes, novos pontos de vista, novas metodologias e novas formas de conceber a ideia em si.

## **II. DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS**

Observação participante/ativa realizada pelos alunos do curso de graduação de psicologia do sétimo período, à 34 moradores de uma casa de apoio psicossocial, localizada na região de Curitiba-PR, com quadro predominante de esquizofrenia e comorbidades, para fins de formação e conclusão de curso e atendimento a matriz curricular.

## **III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

No dia doze de abril de dois mil e vinte e dois, e dezesseis de abril do mesmo ano, foram realizadas atividades de observação por parte dos alunos, sob orientação prévia do psicólogo e professor Diego da Silva, sendo responsável pela disciplina de estágio de observação da turma de psicologia do sétimo período noturno. O local escolhido por parte dos alunos, fica localizado no bairro Boqueirão, em Curitiba, chamado “Casa de Apoio X”, sendo particular, mantida pelos familiares dos moradores, administrada pela senhora “L”, assistente social. Os alunos têm apoio integral, e são acompanhados do início ao fim das observações e sempre amparados por um profissional qualificado na casa. A única restrição, é que seja em grupos de no máximo cinco pessoas, para que os moradores não fiquem muito agitados com a presença dos alunos.

Nesta primeira visita foi trabalhado o processo de apresentação, dos alunos aos integrantes da casa e responsáveis cuidadores, enfermeiros, assistente social, e moradores. Alguns residentes estão por vontade própria, outros foram abandonados pelos familiares, outros são levados pela família por não terem condições de cuidar do indivíduo. Também foi apresentado o espaço do local, a casa é dividida por cômodos, um lado está a ala feminina e no outro a masculina, possuem quartos com diversas camas onde os pacientes usam em coletivo, assim também como os banheiros. A cozinha e a sala de medicamentos são áreas restritas.

Observou-se também que existe uma rotina dos pacientes. Eles são acordados pelos cuidadores, e abordados para higiene pessoais, como banho, escovar os dentes, pentear os cabelos etc. Os cuidadores também realizam o cuidado de feridas e a medicação controlada, após isso, são liberados para o café da manhã, onde é disponibilizado frutas, pães etc. Após a rotina matinal os pacientes são orientados a caminhar, o espaço do abrigo não é amplo o que ocasiona uma caminhada repetitiva em volta da casa, alguns pacientes optam por sentar porque a área do jardim possui vários bancos.

Em ambos os dias, foi relatado a participação dos moradores, notado independência deles na casa realizando e auxiliando os responsáveis nas atividades diárias domésticas da instituição e individual. A presença dos estagiários causou uma quebra de rotina, os moradores ficaram em volta realizando diversas perguntas, solicitando ajuda em algumas atividades ou nos contando suas próprias histórias de vida. Alguns moradores relataram estar mais calmos devidos aos medicamentos, enquanto outros estavam eufóricos, sendo percebido ansiedade e agitação devido a presença dos alunos, e em outros alunos notado inquietação relacionado a patologias presentes. Alguns dos pacientes relaram não ter problemas, patologias, e até mesmo com

explicações técnicas, enquanto outros contaram suas histórias, contato com psicólogos, assim como a convivência agitada com outros colegas residentes na casa, como brigas, agressões e intervenções.

A importância de um psicólogo nesse ambiente é fundamental. Como menciona Scharfstein (2004), “a situação dos idosos que moram fora do seu contexto familiar pode gerar um sentimento intenso de estranheza, na medida em que evoca ansiedades precoces decorrentes das vivências de desamparo e abandono, inescapáveis à condição humana.” Ainda que, na Casa “x”, o limite de idade para os residentes seja de sessenta anos, o pensamento de estar numa “casa de repouso” pode gerar muitos conflitos internos e sensação de incapacidade e abandono.

Segundo Birman, “a velhice representa o lugar da memória coletiva, dos valores da ancestralidade, sendo então um dos elementos onde se agencia o registro simbólico” (BIRMAN, 1995:44). A continuação da vida deve trazer felicidade, tranquilidade e liberdade para que possam se despedir de momentos antigos e comemorar novos, sem sentimento de incapacidade, infelicidade e robotização.

A sublimação não se baseia em arfar pulsões ao sentimento da repressão, mas em transformá-las em aceitação em produtos estimados socialmente. (Ons,2018).

*A sublimação é o destino da libido que não sofre o processo de repressão, que se direciona à criação de atividades estimadas socialmente. (Ons,2018).*

Para Tammingo 2022, a patologia esquizoafetiva, que é bem marcante em alguns dos moradores da casa, é caracterizada pela presença de sintomas de humor, como depressão ou mania, acompanhado pelos sintomas da esquizofrenia psicóticos.

Os especialistas consideram que a pessoa tem um transtorno esquizoafetivo, quando desenvolver psicose como sintomas de humor. Os sintomas de humor devem estar presentes por mais de metade da duração total da doença e acontece com dois ou mais seguintes sintomas de esquizofrenia, sendo, delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento evidentemente desorganizado, sintomas negativos (ou seja, mostrar pouco ou nenhuma emoção. Diminuição da fala, incapacidade de sentir prazer, falta de interesse em relacionar-se com outros sujeitos. (Tammingo,2022).

Pode se afirmar que a observação é direcionada: as falas, os comportamentos, as ações e conversas entre pacientes e com o observando.

É perceptível como no decorrer da terceira ou quarta visitação que os pacientes se encontram mais suscetíveis a conversa, principalmente em como lidam bem em falar deles próprios, se autoafirmando de que sabem o propósito dos estudantes visitantes. É verídico afirmar a mudança de comportamento dos pacientes que encontravam-se distantes observando a visitação, pois este tempo o fizeram se sentirem mais abertos e dispostos a se apresentarem e nos contarem um pouco sobre a sua trajetória de vida, alguns detalham sobre suas famílias, outros contam os sintomas que sentem em relação a sua doença ou sintomas nos quais os medicamentos os fazem ter. Alguns pacientes sentem a empolgação de conversar mesmo que a conversa não flua com sensatez, visto que, no quarto encontro alguns pacientes voltam a dizer palavras ou histórias que já foram ditas anteriormente.

Já o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são ideias, pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes vivenciados como intrusivos e provocam ansiedade. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que visam reduzir essa ansiedade. As obsessões e compulsões não são características exclusivas deste transtorno, podendo ser verificadas também em depressões e esquizofrenia. Nos portadores de TOC, elas formam um círculo vicioso difícil de ser interrompido, uma vez que as compulsões são uma forma de alívio da ansiedade e da aflição causadas pelas obsessões (ADRIANA et al., 2012).

Aqueles pacientes considerados mais fechados para conversa segundo a observação realizada, preferem ficar no jardim fumando, dito isso, é uma ação muito realizada por estes pacientes, o fumo excessivo.

Alguns já demonstravam lembranças de encontros anteriores, sabiam quem éramos e se sentiam mais suscetíveis a conversas sobre a vida e o cotidiano. Neste dia foi observável a organização da Casa de apoio “x”, a rotina matinal onde os pacientes são colocados para serem feitos a higiene pessoal e medicados, houve também a visitação a dispensa de medicação nos afirmando a organização da instituição, porque há potes coloridos com o nome de cada paciente e seus respectivos medicamentos. Os grupos terapêuticos também são uma solução muito válida para internalização e o autoconhecimento dos pacientes.

De acordo com Cardoso e Seminotti (2006), no grupo terapêutico, é dada ênfase às trocas de experiência, ao diálogo com os demais membros, e às mudanças que isso gera tanto na vida pessoal do paciente como os benefícios desenvolvidos no grupo. “É através do convívio entre os participantes que surgem os debates acerca das práticas do cuidado, e é nesses encontros que os meios para a resolução dos problemas coletivos acontecem, buscando alternativas e apoio emocional para sua superação.” (CARDOSO, SEMINOTTI;2006).

Para Bechelli e Santos (2005), “quando se trabalha em grupo, as singularidades de cada um compõem de forma contextualizada, teorias e práticas sociais que beneficiam os indivíduos, pois a autoavaliação e ao comparar-se aos demais, oportuniza uma nova forma de rever conceitos e até mesmo a própria identidade.”

O processo terapêutico grupal permite aos participantes a chamada reação espelho, na qual observando os demais é possível compreender e até mesmo buscar a transformação do sofrimento, das angústias e a forma como é encarado as situações diárias, em um processo de ressignificação. (BECHELLI; SANTOS, 2005).

Com a socialização, até mesmo a exploração da criatividade e de novas habilidades podem ser estimuladas. Um dos pacientes, que gosta muito de desenhar, sentiu-se estimulado e mostrou todos os seus desenhos. Ao sair, ele comentou: “farei os desenhos de vocês” (S.I.C)

A depressão causa a lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e ou irritável, redução da energia, desânimo, cansaço fácil, incapacidade total ou parcial de sentir alegria ou prazer, desinteresse e apatia afirma Renério (2000).

Para Epinosa, 1998:

Fala-se em transtorno Afetivo quando o indivíduo se fixa em um determinado estado de ânimo, impedindo a realização de outras tarefas. Neste transtorno incluem-se a depressão e a mania (ESPINOSA,1998).

A forma como médicos e os demais profissionais da equipe de saúde falam se comportam pode ter um papel fundamental no controle de comportamento potencialmente agressivo e pode diminuir drasticamente o risco de violência. Os profissionais devem dirigir-se ao paciente de maneira que seja vista por ele, ao mesmo tempo que se mantém atento, aos seus movimentos e fala. Da mesma maneira, não se deve dar as costas para um paciente agitado. Os movimentos devem ser suaves, evitando atitudes corporais de confrontação, tais como aumentar a voz ou cruzar os braços, mantendo-se certa distância física do paciente. Isto, evita que o paciente agrida os profissionais, mas também serve tranquilizá-lo, uma vez que, dependendo da sua patologia, pode se sentir ainda mais ameaçado pelo contato físico. Deve-se manter o contato visual e não fazer anotações. (Mantovani,2010).

As intervenções de pacientes em agitação psicomotora, agressivos ou violentos são quadros relativamente comuns durante os episódios de crise de alguns transtornos psiquiátricos pode ser realizado por introdução de formas farmacológicas e não farmacológicas. O manejo não farmacológico se destina a organização do espaço físico e a adequação de atitudes e comportamentos das equipes de saúde. O manejo farmacológico tem por objetivo tranquilizar rapidamente o paciente, buscando a diminuição dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo. (Reinaldo,2016).

“Por outro lado, a visita representa segurança afetiva ao enfermo. Em algumas situações, o enfermo pode apresentar alteração emocional no horário de visitas, pois sente-se, diante dos familiares, com mais liberdade para expressar sentimentos e sensações muitas vezes reprimidas.”(Rodrigues,2000).

Como todas as visitas às casas de apoio, um detalhe é nítido - e, talvez, o mais fundamental dentre todos: a importância da presença familiar nos pacientes que portam algum transtorno mental.

Essa tratativa pode até mesmo piorar ou atrasar o tratamento do transtorno mental no paciente. Isso acontece, segundo Melman, por quê:

“Com a doença mental em um dos membros da família, ocorre a cultura da vergonha, da omissão e do isolamento em não querer lidar com o problema. Pois a família enfrenta o rompimento e a desordem em sua estrutura, enfraquecendo o convívio, o que dificulta o tratamento e a recuperação.” (MELMAN, 2001).

E esse sentimento vai se tornando cada vez mais forte. A família começa a sentir culpa e vergonha, o que retarda o tratamento. E para além da família, a sociedade também tem grande parcela de participação na piora do paciente, já que o preconceito em relação aos problemas mentais é algo que assusta e influencia até mesmo a família.

Dessa forma, a principal solução seria a participação mais ativa da família na vida do paciente com transtorno mental - mas, para isso, é necessário que a própria família tenha um respaldo terapêutico com sessões familiares, ou mesmo individuais, para que tudo possa ser trabalhado com uma escuta qualificada.

Segundo Vermelho:

“A família, portanto, deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Exemplos de transformação no campo da saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados são a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica” (VERMELHO, 2005.)

Segundo Richa (2006), “na psicose, a carência simbólica, decorrente da forclusão do Nome-do-Pai como condição estrutural, determina uma falha na realização da identificação essencial ao posicionamento sexual por inviabilizar o advento da metáfora paterna e de sua resultante: a significação fálica. Em consequência, sem esse ponto de identificação, de apaziguamento imaginário, o psicótico é um sujeito solto, errante, sem referência ao seu sexo, à deriva no que se refere à partilha dos sexos. Este estado de desamparo em relação a uma possível identificação ao tipo ideal do sexo só se torna aparente após o desencadeamento, ou seja, a partir do surto psicótico”.

Para Freud: “No narcisismo, é o ego, como imagem unificada do corpo, que é objeto da libido narcísica, e o autoerotismo define-se, por oposição, como a fase anárquica que precede essa convergência das pulsões parciais para um objeto comum”. Ou seja, “a pulsão parcial, ligada ao funcionamento de um órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra a sua satisfação logo ali, isto é, sem recorrer a um objeto exterior, sem referência a uma imagem do corpo unificada” (Laplanche, 1985). Na esquizofrenia, segundo Freud, a regressão estende-se não simplesmente ao narcisismo, mas a um completo abandono do amor objetal e um retorno ao autoerotismo infantil.

Esses delírios e alucinações mostram a crença de ser permanentemente observada e julgada. Esse poder de censura é normalmente atribuído ao superego, que compara o ego atual com o ideal do eu. Se a paciente, sofrendo de esquizofrenia paranoide, não se percebe como um ego unificado, ela tem a ilusão de que a preocupação, a culpa, as críticas são enunciadas por uma voz alheia, e não do eu. É justamente a essa fragmentação do eu que Freud se refere ao falar em retorno ao autoerotismo infantil, caracterizado pela parcialidade das pulsões.

A forma de enxergar o mundo irá determinar a forma que nos sentimos e agimos. Pensamentos distorcidos devem ser corrigidos e controlados, e pensamentos realistas que acarretam sentimentos desagradáveis devem ser submetidos a uma busca por solução de problemas. Nossas crenças, principais sistemas de avaliação da tríade cognitiva, e mais profundamente arraigadas e previamente estabelecidas mediante aprendizado, determinam nossos pensamentos automáticos, pensamentos estes a quais não fazemos nenhum tipo de avaliação realista, simplesmente os sentimos quando nos remetemos a algum estímulo que de algum modo faça parte do modelo em que aprendemos previamente e estabelecemos a crença. “Não nos apercebemos dos pensamentos que direcionam nosso comportamento, porque nossas ações tornaram-se rotina. Entretanto, quando decidimos mudar ou aprender um novo comportamento, os pensamentos podem determinar como essa mudança ocorrerá” (GREENBERGER & PADESKY, 1999, P.25).

Visto isso, essa mudança alterou a zona de conforto dos pacientes, permitindo-se aos observandos a possibilidade de conhecer a fundo alguns pacientes que normalmente preferem estar deitados e denotam ser menos interativos de modo que ficam em seu espaço pessoal. Uma vez que a visitação analítica foi bem mais tranquila ao comparado da anterior, visto que os pacientes estavam menos agitados, e receptivos frente aos observandos, de modo que viam ao encontro para diálogo. Neste relatório podemos reafirmar a ligação ou interesse dos mesmos aos observandos, ciente de que sempre estavam indagando se os observandos finalizarão as visitações em breve ou se estarão os acompanhando por mais tempo já que estimam as visitações realizadas. Valoriza a própria dor e a dor do outro, é empático. Importante decodificar o significado do luto para cada um, ou seja, tornar um código comum entre o enlutado e quem o rodeia, para que possa ter seu luto reconhecido. Permite que a pessoa viva o processo de luto, ora orientada pela perda, ora para a reparação. (BRAZ,2017).

O desenho expressa o mundo interno de seu criador, e na superfície a qual realizada a relação do espaço externo- interno, ou seja, a forma como individuo percebe e se relaciona com o mundo. (ROMARIO,1990).

Graficamente, a forma como o sujeito integra a sua ilustração, o espaço que utiliza a pressão com que realiza o seu traçado, a configuração que assume sua atividade gráfica revela algo da sua personalidade, seus temores, seu nível de organização. (ROMARIO,1990).

Sobre a seleção, Carter *et al* (2009), afirma que o cérebro tem mecanismos próprios para o armazenamento de informações que poderão ser úteis no futuro e “passar em branco” informações desnecessárias. Nesse processo, pode acontecer que informações importantes sejam negligenciadas e as irrelevantes armazenadas. Na consolidação, as experiências são selecionadas para a memorização a partir de memórias já existentes e retidas por um período apropriado. Há possibilidade de a informação ser mal classificada e ocorrer falhas na consolidação (CARTER *et al*, 2009).

A recordação acontece a partir do acontecimento em questão, pois ele estimula a lembrança de memórias adequadas e que já estão armazenadas, sendo que, toda vez que essa memória é recordada ela também sofre uma leve alteração para acomodar uma nova informação. Essa alteração, ainda que leve, pode criar memórias falsas (CARTER *et al*, 2009).

Quanto ao esquecimento, que acontece com a maioria das informações que recebemos, são esquecidas tão logo registradas, a menos que sejam atualizadas regularmente (CARTER *et al*, 2009). Destacamos, que a construção das memórias ocorre a partir de uma rede de neurônios, distribuída por todo o cérebro, e por isso, se

uma parte deste é danificada, perdemos parte das lembranças, mas não todas outro ponto a ser considerado na formação da memória é a repetição. Sobre isso Izquierdo (2009, p. 37) afirma que “a repetição reforça as memórias, provavelmente recrutando cada vez mais circuitos nervosos para reforçar o armazenamento”. Assim, o que faz com que as memórias se fixem é a atenção que damos a determinada situação e o valor emocional depositado sobre ela. Dito isso, poderá ser acrescentado o aprendizado memorial dos pacientes, onde os mesmos armazenem conversas, nomes e traços da fisionomia.

Uma questão muito interessante dentro de casas de apoio são as estratégias de enfrentamento para os transtornos mentais. Uma delas, muito observada na Casa Gabriela, é a religiosidade dos pacientes.

Os métodos de *coping* (1) em pacientes com transtornos mentais podem variar entre muitos - mas na casa de apoio, em específico, a espiritualidade promove resiliência em situações de adversidade. Muitos dos pacientes conversam sobre o assunto frequentemente, também comentam com empolgação e motivação sobre o culto que acontece toda semana na casa.

(1): conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes.

Este é um tema já muito estudado: segundo Blazer, “estudos identificam a espiritualidade como fator independente na promoção de resiliência em pacientes com depressão e ansiedade. Em um segmento de dez anos de indivíduos com alto risco para depressão, aqueles que atribuíam maior importância pessoal à religiosidade/espiritualidade apresentavam risco de depressão dez vezes menor quando comparados a indivíduos que atribuíam menor importância à religiosidade/espiritualidade.”

Toda e qualquer forma de *coping*, principalmente dentro de uma casa de apoio para transtornos mentais, é válida desde que ajude e contribua para o bem-estar dos pacientes, já que o diagnóstico de um transtorno mental pode despertar as sensações de invalidez - e isso, segundo Lyons e Chamberlain (2006), pode acarretar a perda da independência e do autocontrole.

Corroborar Pisoni (2013), que a espiritualidade é uma forma de os pacientes encontrarem um sentido positivo de vida diante do sofrimento experimentado. Um sentimento positivo sobre a vida pode levar pacientes a terem um melhor relacionamento com seus colegas, sua família, e, principalmente, compreenderem melhor seu estado psíquico.

Já de acordo com Barbosa,

A confiança depositada na religião também se destacou como uma das estratégias utilizadas por pacientes em situação crônica de saúde, ajudando-as na superação da doença e reconfortando as entrevistadas. Portanto, é perceptível que a fé e/ou a religiosidade proporciona aos indivíduos uma sensação de conforto, que pode fortalecer esses mesmos indivíduos a lidarem com a situação estressante.

Espera-se que as estratégias de *coping* sofrimento mental sejam cada vez mais importantes nos projetos terapêuticos de cuidado em saúde mental.

Pessoas com transtornos delirantes tem como único sintoma delírios que duram por pelo menos um mês. Elas recebem esse diagnóstico se não apresentarem qualquer outro sintoma de esquizofrenia e nunca tenham satisfeitos os critérios para esquizofrenia. Na verdade, esses indivíduos podem apresentar um comportamento bem controlado sem parecer muito alterado da realidade para os outros, exceto quando falam sobre seus delírios particulares. Aqueles com o tipo erotomania de transtorno delirante acreditam falsamente que outra pessoa está apaixonada por eles, o alvo do delírio costuma ser alguém com posição superior.

#### IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se de forma temática as principais vivências observadas durante as quinze horas realizadas. O contato com os pacientes deu-se de forma cautelosa tanto para os analisados quanto para os acadêmicos, principalmente devido a ser a primeira visita com pacientes diagnosticados com patologias psíquicas. Nas visitas realizadas, os analisados expressaram suas angústias e seus problemas psicológicos, tais como, esquizofrenia, bipolaridade, esquizoafetividade, entre outros. Tais doenças são controladas diariamente de forma medicamentosa, proporcionando autocontrole e serenidade, bem como tremores.

Os pesquisadores vivenciaram diversos acontecimentos, incluindo mudanças comportamentais, visto que a cada ciclo de visita os analisados encontravam-se suscetíveis a diálogo e em outras ocasiões não. Quando permitiam abertura, aconteciam de forma tranquila, iniciando-se com apresentações, expondo assuntos pessoais e relatando sobre seus familiares, manifestando de certa forma a carência e a falta que sentiam, tais sentimentos foram ampliados na véspera do dia das mães, permitindo que os acadêmicos notassem a ansiedade e tristeza dos pacientes. Dito isso, é ressaltado a importância do acompanhamento familiar para o tratamento e como torna-se essencial para diminuir a ansiedade, angústias e grande parte dos sintomas das patologias, de modo que, nota-se a aflição por não haver ninguém para interagir e conversar.

Outro assim, este trabalho destacará a importância dos cuidados profissionais, visto que, a casa de

apoio encontra-se um quadro reduzido de funcionários, contendo três funcionários por período para cuidar de trinta e quatro pacientes. São necessários profissionais preparados para acolher, ouvir e elaborar estratégias para reduzir os danos dos distúrbios psicológicos e físicos.

Esse estágio justamente com as aulas presenciais contribuíram de forma enriquecedora a importância da atuação do profissional de psicologia na área da saúde mental, que através da empatia, acolhimento, escuta, proporciona uma melhora significativa aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- [1]. **A contribuição da Terapia Ocupacional na atenção a pessoa com depressão.** Crefito-3. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/noticias.asp?codnot=2582>. Acesso em: 05 de maio de 2022.
- [2]. BARBOSA, M. R., Santos, F. U., & Barbosa, M. R. (2012). **Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 8(1), 10-18.
- [3]. BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O paciente na psicoterapia de grupo.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, vol.13, n.1, p. 118-125, fev. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100019&script=sci\\_a\\_bstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100019&script=sci_a_bstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 mai. 2022.
- [4]. BIRMAN, J. **“Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise”.** In Veras, R. (org.) **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- [5]. BLAZER D. **Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies?** Am J Psychiatry.
- [6]. BRAZ .M - **Profissionais Paliativos e suas contribuições na prevenção do luto complicado-Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ksrv46KYyzK4xtYN4cp5Fk/?format=pdf&lang=pt> publicado..Mar/2017 e Acessado30/Jun.2022.**
- [7]. CANO, Débora & Tissot, Izabela & Sampaio, Antunes. (2008). **O Método de Observação na Psicologia:** Considerações sobre a Produção Científica 1/2. Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2). 11. 10.5380/psi.v11i2.6849.
- [8]. CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nedio. **O grupo psicoterapêutico no Caps.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 775-83, jul./set. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30992.pdf> >. Acesso em: 03 de mai. 2022.
- [9]. CARTER, R.; ALDRIGE, S.; PAGE, M.; PARKER, S. **O livro do cérebro: memória, pensamento e consciência.** Trad: Peter Frances São Paulo: Duetto, 2009b. V 3.
- [10]. CARTER, R.; ALDRIGE, S.; PAGE, M.; PARKER, S. **O livro do cérebro: funções e anatomia.** Trad: Peter Frances. São Paulo: Duetto, 2009a. V 1.
- [11]. CLAUDIA, Regina. **Esquizofrenia uma revisão. Psicologia USP [online].** 2006, v. 17, n. 4 Acessado 17 maio 2022, pp. 263-285. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>>. Epub 30 Set 2010. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>.
- [12]. ERETOMANÍACOS.Ufgrs, 2022.Disponível em: <<https://www.ufgrs.br/psicopatologia/wiki/index.php?title=Erotoman%C3%ADacos>> Acesso em: 31 de Maio de 2022.
- [13]. ESPINOSA, Ana Fernández. **Guias Práticos de Enfermagem – Psiquiatria.** 1 Ed: Rio de Janeiro, Editora Mc Graw Hill, 1998.
- [14]. FREUD, S. (2004). **Pulsões e os destinos da pulsão.** In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, vol. 1.* Rio de Janeiro: Imago.
- [15]. GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christine A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999
- [16]. HALGIN, Richard. **Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos.** AMGH;7ªEdição,27 de janeiro de 2015
- [17]. LOUZÁ NETO, Mario Rodrigues. **Esquizofrenia abordagem atual.** São Paulo: Lemos-Editorial, 1999.
- [18]. LYONS, A. C., & Chamberlain, K. (2006). **Health Psychology: A Critical Introduction.** New York: Cambridge.
- [19]. MANTOVANI, C – **Manejo de paciente agitado ou agressivo-** SciELO - Brazil - Manejo de paciente agitado ou agressivo - Manejo de paciente agitado ou agressivo - Publicado Out/2010 - Acessado no 16/maio.2022.
- [20]. MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
- [21]. ONS, S. **Tudo que você precisa saber da psicanálise-** Editora Planeta do Brasil LTDA - Publicado 2018 – Acessado no dia 01/Maio.2022.
- [22]. PISONI, A. C., Kolankiewicz, A. C. B., Scarton, J., Lorro, M. M., Souza, M. M., & Rosanelli, L. S. P. (2013). **Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 5(3), 194-201.
- [23]. REINALDO, A – **Qual a conduta para lidar com paciente agitado e agressivo-** BVS Atenção Primária em Saúde - Publicado 07/abril.2022 - Acessado no 16/maio.2022
- [24]. RODRIGUES, M – **A visita de familiares como terapêutica no processo de assistência e enfermagem - 173920.pdf (ufsc.br) - Publicado 2000 - Acessado no 16/maio.2022.**
- [25]. ROMARO, R – **Vista do Aspectos clínicos da representação do desenho da casa em paciente esquizofrênicos -disponível em Vista do Aspectos clínicos da representação do desenho da casa em pacientes esquizofrênicos (fgv.br) Publicado Agos/1990 Acessado30/Jun.2022.**
- [26]. SAMPAIO, Aline Santos; LINS, Rita Márcia Pacheco; OLIVEIRA, Renato Daltro; QUARANTINI, Lucas de Castro; ROSÁRIO, Maria Conceição do; MIGUEL, Eurípedes Constantino; HOUNIE, Ana Gabriela. **Estudos de associação genética no transtorno obsessivo-compulsivo.** Rev Psiq Clín. 2013; 40(5):177-90. São Paulo, 2013.
- [27]. SCHARFSTEIN, E.A. **Discurso e Identidade: uma visão sócio-construcionista da velhice.** Rio de Janeiro, UFRJ – Faculdade de Letras, 1997. 159 fl. Mimeo. Dissertação de Mestrado.
- [28]. TAMMINGO, C – Manual MSD – **Transtorno Esquizoafetivo -** Transtorno esquizoafetivo - Distúrbios de saúde mental - Manual MSD Versão Saúde para a Família (msdmanuals.com) -Publicado: Maio/2020 - acessado no dia 02/Maio.2022.
- [29]. VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. **Indicadores de saúde.** In: MEDRONHO, R. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 33-56. Acesso em: 17/05/2022 as 00:13h. Fonte de visualização para Identidade e Sexualidade na Esquizofrenia - Wikispicopato (ufgrs.br)