



Relatório Final De Estágio Básico Supervisionado Em Psicologia E Saúde: Um Estudo Nosológico, Teórico E Conceitual Acerca Da Esquizofrenia E Do Transtorno Bipolar

Aldeir Afonso de Sousa Junior
AndreHenrique Souza Santos
Emily Cristina Pontes
Jhenifer Caroline Doline
Rafaela Mariane Ribeiro¹
Diego da Silva²

RESUMO: Este artigo refere-se ao estágio de observação ocorrido nos meses de Abril a Junho de 2022 na Casa de Apoio Psicossocial. O estágio foi realizado sob orientação do professor Ms. Diego da Silva, com a atividade principal de observação passiva, ou seja, não foram realizadas intervenções junto aos pacientes. Mediante os relatos das observações e análise de artigos científicos foram localizados os principais transtornos presentes nos pacientes, sendo estes Esquizofrenia e Transtorno Bipolar. Tais transtornos foram examinados e suas principais características explanadas de acordo com o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), bem como seus desdobramentos na vida de um indivíduo e de seus familiares. Desta forma objetiva-se contribuir com o conhecimento a respeito deste assunto e desmistificar pré-conceitos.

Palavras chave: Esquizofrenia; Transtorno Bipolar; Características; Observação; Tratamento.

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

Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, tem como finalidade a reflexão sobre a saúde mental em pessoas portadoras de doenças psicopatológicas. São explanadas neste artigo duas das principais doenças psicopatológicas sendo elas a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar, descrevendo sobre suas histórias, suas características, seus sintomas em geral e em como pode ser realizado um possível tratamento. Algumas abordagens psicoterapêuticas também são citadas no artigo, como possíveis ferramentas de tratamento.

O tema apresentado na maioria das vezes para pessoas com pouco conhecimento, pode ser algo discriminatório. Como citado anteriormente estas duas doenças são as mais conhecidas tanto para leigos como para quem já tem conhecimento sobre as mesmas. Atualmente o conhecimento está sendo transpassado muito mais rapidamente, pois a maioria conhece ou tem alguém na família que sofre com os sintomas de doenças psicopatológicas.

Para se ter uma graduação de qualidade e êxito os estudantes tem em sua grade estágios diversos em sua área, na psicologia por exemplo, estudantes podem realizar um dos estágios em casas lar, que são classificadas como um dos tipos de acolhimento institucional, onde ocorre um cuidado mais individualizado, no trabalho apresentado há também um espaço específico para o relato de experiências neste tipo de acolhimento institucional.

O tema abordado é de relevância para a comunidade em si, para estudantes e profissionais da área da saúde, a saúde mental está ganhando cada dia mais uma atenção específica, sendo com a contribuição de pesquisas tanto bibliográficas quanto de campo, a mente está sendo mais valorizada, resultando em um bem estar maior daqueles que são portadores de diferentes tipos de doenças psicopatológicas. Com isso o presente trabalho

¹ Alunos do curso de Psicologia da Uniensino.

² Docente do curso de Psicologia da Uniensino.

*Corresponding Author: Rafaela Mariane Ribeiro

visa demonstrar que pessoas com doenças psicopatológicas podem sim ter um bem estar maior, mesmo com suas condições limitadas.

Inicialmente a metodologia utilizada foi a pesquisa de campo, onde os alunos de psicologia estiveram em contato com pessoas institucionalizadas em uma Casa Lar, onde houve a observação dos indivíduos, sendo em suas reações diante de acontecimentos, sua fala e demais demonstrações comportamentais. Em segundo plano também foi utilizada a metodologia bibliográfica onde as pesquisas foram realizadas em comparação com a pesquisa de campo, foram colhidos dados sobre as principais doenças psicopatológicas.

II. DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

Os encontros do estágio de observação no âmbito clínico, iniciaram-se no mês de abril e encerraram-se no mês de junho de 2022. A principal técnica utilizada foi a observação passiva, com enfoque na associação livre dos pacientes, para que estes pudessem dialogar de maneira natural e espontânea e ainda trazer suas questões caso sentissem necessidade e confortáveis para que isso ocorresse.

Nos primeiros encontros observou-se o modo como os pacientes sentiam curiosidade pela chegada de grupos diferentes no local onde residem e que alguns apresentaram desconforto, já que mesmo que os grupos tenham vindo a optar pela observação passiva, ter pessoas diferentes inseridas em seu meio, mexe com a rotina e com a espontaneidade dos mesmos. Observou-se que alguns pacientes foram mais receptivos do que outros, já que isso é influenciado pela maneira de como é a personalidade de cada sujeito e ainda, que exista a identificação de cada paciente para com cada estagiário. Fora observado também, a maneira que cada paciente tem sua singularidade, embora os transtornos pudessem ser os mesmos, como no caso da esquizofrenia, alguns apresentavam casos de alucinações durante as conversas, saindo da realidade rapidamente, enquanto outros pareciam lúcidos, porém eram perceptíveis os tremores em seus desenhos, falas ou no corpo, como mãos, boca ou cabeça.

Nas semanas seguintes foram trazidas questões sobre família, relacionamentos, passado e sobre como se sentiam residindo naquele local, muitos dos pacientes demonstraram não gostar do local e ainda, verbalizando suas vontades de estarem em casa sendo cuidados por cuidadores ou pela família. As questões sobre família foram distintas e diversas, algumas pessoas relataram não conseguir amar os próprios filhos, por outro lado, outras relataram sentir culpa por amarem seus filhos e não terem tido condições para cuidar destes, por questões psicológicas e/ou psiquiátricas. Ainda, alguns pacientes trouxeram questões sobre envelhecimento do corpo e da mente e demonstraram preocupações sobre o assunto, relatando não se sentirem confortáveis com os esquecimentos e outros não se reconhecendo pelas diferenças no corpo causadas pela velhice. As questões sobre relacionamento, eram advindas de relacionamentos passados, ou seja, relatos de como foram suas vidas amorosas antes de residirem naquele local.

E por fim, nos últimos encontros, observou-se o comportamento dos cuidadores e a estrutura do local, além de ainda assim, dar continuidade a observação dos transtornos. O local que tem uma estrutura ampla e com natureza presente, em formato de árvores e plantas, possui quartos adequados para acomodar os pacientes, porém, não recebe um bom aproveitamento, já que falta a iniciação de atividades diversas com esses pacientes que na maioria das vezes, passam o dia sentados assistindo tv, andando em volta da casa ou fumando na área externa. Além de que, acredita-se que os cuidadores embora sejam atenciosos com os pacientes, não tem o preparo adequado e ideal para momentos de contensão de surtos, já que além de demonstrarem extrema dificuldade nesse quesito, ainda apresentam irritabilidade.

Conclui-se que a técnica utilizada embora traga a espontaneidade dos pacientes e tente não mexer mais ainda em suas rotinas para não causar estresse, surtos e/ou aborrecimentos, não englobou os pacientes tímidos ou com dificuldades de socialização, já que os pacientes ficaram livres para conversar ou não com os estagiários e não o contrário, assim tornando difícil o acesso a estes pacientes. Entretanto, o modo de observação passiva, foi bem aproveitado, já que foi observado que não existem somente os transtornos de esquizofrenia e bipolaridade, mas ainda, a síndrome de down, autismo severo, retardo mental e depressão profunda. E por fim, somente no último encontro, ocorreu um café feito pelos estagiários como forma de encerramento, agradecimento e despedida do local, pacientes e cuidadores e está foi proveitosa e um momento de descontração para ambos.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Esquizofrenia

Historicamente o conceito de esquizofrenia teve início com Emil Kraepelin, em 1896 quando ele denomina o transtorno como demência precoce, reunindo um conjunto de condições clínicas como a catatonia, hebefrenia e demência paranoide tendo como base um modelo médico. O termo esquizofrenia foi criado na mesma época por Bleuler, que significa esquizo= divisão e phrenia= mente, este termo foi criado justamente para indicar a cisão entre a ação e o pensamento em um indivíduo. Este autor, segundo Elkis (2000), propôs o aperfeiçoamento de alguns aspectos ilustrados por Keplin, sendo: a idade de início do transtorno, que poderia se

manifestar tardiamente e o estabelecimento de alguns sintomas que para ele são fundamentais. Estes sintomas são conhecidos como os 04 “As”: associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Sendo os outros sintomas (alucinações e delírios), considerados como “sintomas acessórios” ou não essenciais. Para Bleuler estes sintomas principais aparecem em todo o decurso da esquizofrenia, porém os chamados “acessórios” não necessariamente aparecem em todo paciente, ou em todo nível do transtorno. (PITA; MOREIRA; 2020)

A esquizofrenia é uma doença mental crônica, aparece de maneira mais comum na adolescência e início da vida adulta. Tem por características a psicose, alucinações, delírios, discursos e comportamentos desorganizados, perda das reações emocionais, déficits cognitivos e alteração ocupacional e social. Ainda não se sabe o que causa essa comorbidade, mas fatores genéticos e ambientais podem contribuir no desenvolvimento da mesma. Em nosso país, é estimado que há 1 milhão e 600 mil portadores da doença. Infelizmente ainda não possui uma cura para a enfermidade, apenas o tratamento, no qual é feito através do uso de antipsicóticos, acompanhamento psicológico através de um psicólogo e psiquiatra.

De acordo com o DSM 5, para ter-se o quadro esquizofrênico, precisa ter dois ou mais sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) por um porção significativa de um período de 6 meses (os sintomas devem incluir pelo menos um dos 3 primeiros); sinais prodrômicos ou atenuados da enfermidade com prejuízos sociais, ocupacionais ou de cuidados pessoais devem ficar evidentes por período de 6 meses, incluindo 1 mês de sintomas ativos (TAMMINGA, 2010).

Para os familiares de quem possuem a doença há um grande desgaste, tanto emocional como financeiro, e as rotinas diárias são mudadas radicalmente após o diagnóstico e enfrentamento diante dos sintomas. A família pode procurar ajuda para elaboração de estratégias e a forma de tratamento do paciente através do médico/psicólogo que atestou a comorbidade e também por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eventualmente durante o tratamento da esquizofrenia, há períodos em que os pacientes e familiares observam melhora no quadro clínico, quando se bem controlado o tratamento. Por vezes, devido a esse fenômeno o processo terapêutico é interrompido pelo enfermo e/ou familiares resultando em recaída. Segundo Galera e Cardoso (2009) a rejeição a tratamento medicamentoso é vista em 50% dos casos, no qual resulta em agravamento da doença e internações. A maioria das pessoas que estão se recuperando da esquizofrenia querem se tornar mais independentes. Algumas podem precisar de ajuda para aprender como gerenciar melhor as coisas do dia a dia, como compras, orçamento, comida, lavanderia, higiene pessoal e atividades sociais e cabe familiares e amigos, a incumbência de ajudar na reabilitação do paciente. Quando a família não consegue auxiliar o portador da esquizofrenia, eles acabam contratando terceiros podendo ser instituições psiquiátricas, hospitais e casas de apoio que ajudam nesse trabalho. Ocorre há possibilidade dos parentes do enfermo o deixarem na instituição ou casa e não os verem com frequência ou não os procurá-los mais e isso pode acarretar consequências jurídicas caso o abandonado seja um menor de idade ou incapaz. Logo, para realmente haver eficácia no tratamento, serviços públicos e famílias devem atuar em conjunto na recuperação da pessoa que possui o distúrbio.

Há problemas culturais relativos ao assunto esquizofrenia diante a sociedade, pois, os mesmos definem as pessoas que tem o transtorno como “loucos” ou “que está possuído”, “é falta de Deus” entre outras ideias errôneas. Isso pode levar até mesmo o enfermo a acreditar em tais coisas, já que é de senso comum tal “diagnóstico” popular.

Resultados de dos institutos independentes de pesquisas com mais de 2,000 pessoas inglesas e americanas, revelaram três fatores que descrevem atitudes estigmatizantes (Taylor and Dear 1980; Brockington et al. 1993):

1. Autoritário – pessoa com problemas mentais graves são irresponsáveis, então suas decisões devem ser realizadas por outros;
2. Benevolente – pessoas com problemas mentais graves são como crianças e necessitam de que sejam cuidadas;
3. Medo e exclusão – pessoas com problemas mentais graves devem ser temidas e, portanto, separadas da sociedade.

Para que haja a incorrência de tal pensamento é importante que se tenha conhecimento sobre o tema, pois, quando há conhecimento, há diminuição do preconceito culminando também que o paciente sofra menos e, reduzindo as chances da ocorrência de um suicídio (NARDI, 2017).

No que tange à pacientes esquizofrênicos, os mesmos tem afetado sua “autoestima, dificuldade de lidar com situações frustrantes, medo de errar, dificuldade de viver de maneira independente e a ansiedade” (HIRDES, 2019).

Quando tratado a doença, pode-se ter um convívio normal diante da sociedade. É possível verificar a veracidade de tal afirmação através de Vera, portadora do distúrbio há 16 anos, tendo como os primeiros sintomas pensamentos desorganizados, delírios e alucinações. A mesma mostra como que lida com a esquizofrenia: “Já me conheço e sei quais são meus gatilhos de estresse. Evito e tento controlar a situação. Desta

forma, lido melhor com a doença”. Vera encontrou meios para aceitar o diagnóstico e entende que ocorre a melhora através do tratamento medicamentoso e psicoterapia.

Existe uma melhora na qualidade de vida dos pacientes na qual possuem um emprego, pois, possuem um salário mensal e conseguem se manter (PRIEB *et. al*, 1998). É importante salientar que o trabalho do portador do transtorno deve ser protegido, em razão do déficit cognitivo e o estigma que imposto pela sociedade como foi tratado anteriormente no texto.

3.2 Transtorno Bipolar

3.2.1 História

Historicamente o Transtorno Bipolar sempre esteve presente, pois se propunham desde a antiguidade relações entre a mania e a melancolia, que hoje correspondem a este transtorno. Araeteus da Capadócia, por exemplo, que viveu no século I depois de Cristo, foi um dos autores que descreveu uma relação entre a mania e melancolia, caracterizando-as como aspectos de uma mesma doença. Para este autor a mania era o resultado da piora melancolia (DEL-PORTO J. ; DEL-PORTO K.; 2005).

Na metade do século XIX surgiram dois psiquiatras franceses que deram início a descoberta do transtorno, Falret e Baillarger, ambos descreveram a alternância da mania e melancolia. O primeiro falou sobre a “Loucura circular”, que reunia os dois estados afetivos e um período de lucidez, estes aconteciam de forma sucessiva. Ele considerou a doença como hereditária, com predominância nas mulheres e com possibilidade de durar a vida inteira (CAMPOS; 2015). Baillarger por sua vez, denominou o quadro como “Loucura de forma dupla”, que não considerava os períodos de lucidez citados por Falret, mas somente as fases que ocorriam imediatamente (DEL-PORTO J. ; DEL-PORTO K.; 2005).

Estes autores se opuseram um ao outro nestas concepções, porém em 1899, na Alemanha, Emil Kraepelin caracteriza as psicoses nos grupos denominados “demência precoce” e “insanidade maníaco-depressiva”. Desta forma ele unificou os sintomas em uma enfermidade maníaco-depressiva, contemplando a mania, a depressão e os quadros de lucidez. Ele considerava este quadro mais benigno em relação a demência precoce, pois aqui se observava um quadro episódico, um prognóstico melhor e o histórica familiar mais positivo (DEL-PORTO J. ; DEL-PORTO K.; 2005).

Posteriormente Kraepelin e seu discípulo Weigandt, sistematizaram o conceito de estados mistos, que futuramente ajudaram na formulação do conceito principal do transtorno. Eles dividiram a atividade psíquica em afeto, pensamento e atividade ou emoção, volição e intelecto e denominaram os estados “puros” e “mistos”, sendo no primeira a apresentação dos estados maníacos ou depressivos com sintomas típicos de cada quadro, por exemplo, na depressão o humor triste e na mania a exaltação do humor e no segundo alteração a alternância dos sintomas, como por exemplo cita Weigandt, depressão agitada e mania improdutiva (DEL-PORTO J. ; DEL-PORTO K.; 2005).

Estes autores contribuíram significativamente para os conceitos que hoje são adotados na configuração do transtorno, sendo que atualmente as nomenclaturas foram alteradas de demência precoce para esquizofrenia e insanidade maníaco-depressiva para transtorno bipolar.

3.2.2 Características

O transtorno bipolar de acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é classificado atualmente em dois tipos, sendo o tipo I e tipo II, além da ciclotimia. Os critérios segundo o manual são quase os mesmos adotados no século XIX, porém com algumas alterações da não exigência de psicose e episódio de depressão maior no tipo I (DSM-5 p. 123; 2014).

De acordo com Bosaipo et al (2017) o TB atinge cerca de 30 milhões de pessoas ao redor do mundo (segundo dados da OMS), sendo uma das maiores causas de incapacidade. O TB do tipo I tende a surgir por volta dos 18 anos nos indivíduos, e o TB do tipo II em torno dos 25 anos. Apesar destes quadros serem caracterizados pela mania, geralmente a depressão é o sintoma mais comum e persistente nestes pacientes, desta forma muitas vezes o TB II é inicialmente diagnosticado como depressão maior e após quadros de hipomania, são reclassificados como sendo este transtorno.

O transtorno bipolar tipo I se configura pela manifestação principal de períodos de mania, podendo ser acompanhadas de períodos de hipomania e depressão. A mania se configura de humor anormal, elevado ou irritável e expansivo durando pelo menos uma semana. Durante o episódio a pessoa pode se envolver em vários projetos ao mesmo tempo, possui a autoestima inflada, senso de grandiosidade (podendo chegar ao delírio), redução da necessidade de sono, fala acelerada, distratibilidade, aumento de atividades, otimismo excessivo, envolvimento imprudente em atividades, etc. Nestes episódios o indivíduo pode mudar a maneira de se vestir, de se maquiar, pode se envolver em jogos de azar ou podem ter comportamentos antissociais, podem se tornas hostis e até mesmo se suicidar. O humor pode mudar rapidamente, ocorrendo sintomas depressivos no episódio maníaco, durando momentos horas e até mesmo dias. Estes episódios devem provocar prejuízos no funcionamento social e profissional do indivíduo, podendo gerar perdas significativas, como perdas financeiras, de emprego e comportamentos autodestrutivos. Os períodos de hipomania se configuram da mesma forma como

os da mania, porém não são tão graves a ponto de causar prejuízos no funcionamento do indivíduo, ou que necessitem de hospitalização, caso aconteçam características psicóticas, o episódio é maníaco. Para a depressão, os sintomas são: humor deprimido, diminuição do interesse e prazer nas atividades, perda ou ganho significativo de peso, perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade na concentração, alterações no sono, pensamentos de morte. Estes sintomas devem causar prejuízo no funcionamento do indivíduo. (DSM-5; p. 126-129)

No transtorno bipolar do tipo II há a alternância dos episódios de hipomania com duração de pelo menos 04 dias, sendo pelo menos um episódio, e de depressão maior com duração de pelo menos duas semanas, sendo um ou mais episódios. Indivíduos com este tipo de transtorno geralmente se apresentam no consultório devido aos episódios depressivos, pois a hipomania pode não causar neles um prejuízo significativo por si mesma. Estas pessoas comumente não identificam inicialmente os episódios hipomaníacos como sendo disfuncionais, fato que geralmente é indicado por colegas deles como sendo prejudicial, tanto ao próprio indivíduo, como a amigos ou familiares. (DSM-5; p. 135-136)

A ciclotimia traz como característica principal a cronicidade, pois neste caso existem sintomas de depressão e hipomania (que não configuram o episódio completo), porém eles devem estar presentes no indivíduo há pelo menos dois anos, sem que o intervalo de sintomas dure mais de dois meses. Este diagnóstico só é estabelecido quando os critérios para episódios depressivos, hipomaníacos e maníacos não são atendidos. O indivíduo pode conviver com os sintomas por um longo período, mas com o tempo percebe prejuízos em decorrência das mudanças cíclicas de humor. (DSM-5; p. 140).

3.2.3 Causas

Atualmente existem pesquisas que investigam a presença de causadores genéticos do TB. Estudos feitos com gêmeos monozigotos apontaram a concordância de 60% a 80%, assim como para parentes de primeiro grau, o risco de desenvolver o TB varia de 2% a 15%. (MICHELON; VALLADA; 2005).

De acordo com Carneiro e Soratto (2015) o TB está associado com alterações bioquímicas e moleculares, que influenciam no sistema dos neurotransmissores e dos sinais intracelulares, além de possíveis alterações na estrutura cerebral, como apontam estudos de neuroimagem. Este transtorno também pode estar ligado a perda da capacidade de neuroplasticidade e neurotrofismo, que confere suscetibilidade para o surgimento da doença.

Com relação aos fatores ambientais, estudos apontam que as mulheres são mais suscetíveis ao transtorno, assim como o fator da condição socioeconômica que pode contribuir também, porém devido à falta de dados significativos, o que se encontra predominantemente são os fatores genéticos suscetíveis, que ao interagir com o ambiente propõe o surgimento do transtorno (MICHELON; VALLADA; 2005).

3.2.4 Tratamento

Para o tratamento do TB são utilizados principalmente os métodos farmacológicos, estes buscam controlar os sintomas, principalmente os mais agudos, auxiliar na restauração na normalidade e bem-estar do indivíduo e prevenir a recorrência dos episódios. Com relação aos medicamentos, o principal indicado para este transtorno é o lítio, que funciona como estabilizador do humor e é utilizado principalmente nas fases agudas do TB, porém ele pode causar problemas endócrinos, renais e também comprometimento cognitivo (PEREIRA et al; 2010).

Além do lítio outros medicamentos podem ser utilizados no tratamento do transtorno como o ácido valpróico e carbamazepina, os anticonvulsivantes (lamotrigina, topiramato, gabapentina, oxcarbazepina), antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina e paliperidona ER) e antidepressivos (inibidores da monoaminooxidase; tricíclicos e inibidores seletivos de receptação da serotonina (PEREIRA et al; 2010). No caso dos antidepressivos existem controvérsias em relação à sua utilização, pois existem estudos que apontam o risco de ocorrer as viradas maníacas nos indivíduos, porém de acordo com evidências encontradas, este risco é diminuído quando são combinados os antidepressivos e estabilizadores do humor, ou antipsicótico atípico. O uso do antidepressivo não é recomendado para o tratamento de episódios mistos ou para paciente com ciclagem rápida (BOSAIPPO et al; 2017).

Outro ponto importante no tratamento destes indivíduos é a psicoterapia, pois ela visa apoiar o tratamento medicamentoso, este muitas vezes não é totalmente eficaz e por vezes produz efeitos colaterais na saúde do indivíduo. A psicoterapia também busca auxiliar na redução dos sintomas, além da identificação dos pródromos, prevenção de recaídas e melhora na qualidade devida, tanto dos indivíduos como dos familiares (KNAPP; ISOLAN; 2005).

Uma das opções de psicoterapia que pode auxiliar no manejo deste transtorno é a individual ou em grupo. Elas buscam oferecer a psicoeducação aos indivíduos e tem por objetivo principal a adesão ao tratamento medicamentoso, além da redução dos fatores de risco aos episódios e também busca diminuir os prejuízos causados pelo transtorno. O atendimento em grupo também auxilia no treino de habilidades sociais, além dos

indivíduos terem a oportunidade de compartilhar suas experiências pessoais, e encontrar outros que estão lidando com os mesmos desafios que eles (PEREIRA et al; 2010).

Uma abordagem que vem sendo estudada para tratamento deste transtorno é a TCC (Terapia Cognitivo Comportamental), ela tem obtido resultados positivos segundo estudos realizados com pacientes que possuem TB, após as sessões houveram menos episódios maníacos ou depressivos, menos hospitalizações, menos recaídas, maior adesão ao tratamento além da melhora global. Alguns dos objetivos da TCC com estes pacientes é auxiliar no conhecimento do transtorno, ensinar métodos para monitoramento da doença, ensinar métodos para lidar com sintomas e problemas, ajudar no enfrentamento de fatores estressantes e diminuir estigma em relação à doença (KNAPP; ISOLAN; 2005).

Outra técnica que pode ser utilizada neste caso é a Eletroconvulsoterapia (ECT). Ela é aconselhada para casos mais graves, sendo de mania grave, episódios mistos e casos refratários. Ela possui características terapêuticas com propriedades estabilizadora de humor, e segundo evidências oferece melhora clínica dos sintomas do TB (SILVA et al; 2020).

A abordagem psicodinâmica também foi objeto de estudos que observaram a sua eficácia nos pacientes com TB. Essa abordagem não se dirige a um sintoma específico, mas busca a função simbólica deste. Ela permite o acesso ao inconsciente e muitas vezes o esclarecimento de processos de causam as oscilações de humor, e assim que trazidos a consciência, estes processos podem ser manejados e tratados. Tais estudos sobre esta abordagem no TB ainda são escassos e baseados em relatos de caso, mas que comprovam o benefício de sua utilização (KNAPP; ISOLAN; 2005).

Desta forma é possível observar que o transtorno bipolar está presente na realidade de muitas pessoas, causando vários tipos de prejuízos e dificuldades. Este transtorno possui características próprias de oscilações de humor e é resultado de condições genéticas e ambientais. Porém apesar dos danos causados por ele é possível encontrar tratamento tanto farmacológico como psicoterápico que comprovadamente podem auxiliar os indivíduos no enfrentamento da doença e na sua qualidade de vida.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve por sua finalidade registrar as experiências dos estagiários durante seus momentos de visitas a uma determinada casa de apoio e a como e o que eles poderiam aprender com e tirar deste período de estágio. Estas visitas renderam aos estagiários a sua capacidade de enriquecimento em seu olhar psicológico e senso crítico com psicopatologias. Os estagiários utilizaram de uma observação passiva durante suas visitas, consequentemente para extrair informações ou aprender sobre os residentes, sem que os mesmos fossem até os estagiários, foi necessário o aprimoramento pessoal de observação dos visitantes assim fazendo-os capazes de captar psicopatologias sem mesmo precisar dialogar com determinados residentes da casa.

Sendo assim, algumas das psicopatologias que os estagiários puderam reconhecer através de suas observações ou por contato pessoal com algum residente, do qual o mesmo iniciou a conversa, sendo duas de destaque foram a esquizofrenia e a bipolaridade. Essas patologias são presentes em uma grande parcela dos residentes da casa de apoio, das quais a captação dos sinais da presença delas acaba sendo bem claros quando se comparados a outras psicopatologias ali presentes. Por tanto, a sua forte presença auxiliou os estagiários a compreenderem como um portador de tais psicopatologias de fato vivem em um meio social por experiências próprias, portanto o contato próximo com elas permitiu a evolução dos estagiários, principalmente em suas futuras personas de psicólogos (a).

Com relação as psicopatologias previamente citadas, as duas exemplificadas acima não eram as únicas presentes nos residentes, havendo também entre elas desde síndrome de down, depressão profunda e há até mesmo residentes que não possuem qualquer psicopatologias, mas que estão ali por estarem incapacitados fisicamente. Partindo do residente com esquizofrenia até ao residente sem qualquer psicopatologias, todos se dispuseram a se relacionar com os visitantes por sua própria espontaneidade.

Sendo assim, concluímos que as visitas dos estagiários forneceu uma relação de ganhos recíprocos onde os residentes puderam ter contatos com pessoas diferentes diariamente e enriquecendo seu dia -a-dia e em conjunto os estagiários tiveram a oportunidade de aprender e enriquecer seus conhecimentos perante a psicopatologias desde uma mais comum como uma depressão profunda até mesmo a uma de grau mais elevado como a esquizofrenia. Por tanto, a elaboração do presente artigo buscou apresentar como estes contatos foram benéficos para ambos os lados e através das observações passivas, contato pessoal com residentes e também através de pesquisas.

REFERÊNCIAS

- [1]. American Psychiatric Association. (2014). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**[Recurso eletrônico]. (5ª ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- [2]. BEHENCK, Andressa et al. A família frente ao processo de tratamento e reintegração do portador de esquizofrenia. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 210-214, nov. 2011. Disponível em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/185>>. Acesso em: 23 jun. 2022.

- [3]. BOSAIPO N. B. et al. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina** (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50(Supl.1).jan-fev.:72-84. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268328037.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- [4]. CAMPOS, S. Considerações acerca do transtorno afetivo bipolar. Almanaque de psicanálise, 2015. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/5.Bipolar-z.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.
- [5]. CARNEIRO, F. G. SORATTO M. T. S. Transtorno bipolar: fatores genéticos e ambientais. **Enfermagem Brasil**, 2016, vol. 15, 1ª ed. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/97/185>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- [6]. CISCATI, Rafael. “É preciso aceitar a esquizofrenia para superar a própria doença”, diz paciente. **ÉPOCA**, 2016. Disponível em: <https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2016/02/e-preciso-aceitar-esquizofrenia-para-superar-propria-doenca-diz-paciente.html>. Acesso em: 23 de jun. de 2022.
- [7]. COUTINHO, EVANDRO S. F; SOUZA, Leonardo A. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 50-58, março, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000100011>. Acesso em 23 de jun. de 2022.
- [8]. DEL-PORTO, J. A., DEL-PORTO K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** 32, supl 1; 7-14, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/PkSBmyQmCsDmnSFvkKnfyqt/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O%20conceito%20moderno%20de%20doen%C3%A7a,foi%20amplamente%20aceito%20e%20adotado>. Acesso em 23 jun. 2022.
- [9]. Esquizofrenia gera estigma e preconceito. **Jornal da USP**, 2017. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/esquizofrenia-gera-estigma-e-preconceito/>. Acesso em: 23 de jun. 2022.
- [10]. HOLMES, Paul E.; CORRIGAN, Patrick W, WILLIAMS, Princess; CANAR, JEFFREY, KUBIAK, Mary Ann. Changing Attitudes About Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, vol. 25, n. 3, p. 447-456, janeiro,1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392>. Acesso em 23 de jun. de 2022.
- [11]. KNAPP, P. ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** 32, supl 1; 98-104, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/4LdkNq4gNvFvLJV8NKfJqHm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- [12]. Living With: Schizophrenia. **PsychGuides.com**. Disponível em: <https://www.psychguides.com/neurological-disorders/schizophrenia/living-with/>. Acesso em: 23 de jun. de 2022.
- [13]. OLIVEIRA, Renata M; FACINA, Priscila C. B. R; JUNIOR, Antônio C. S. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 309-316, março-abril, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200017>. Acesso em: 23 de jun. de 2022.
- [14]. PEREIRA, L.L. et al. Transtorno bipolar: reflexões sobre o diagnóstico e tratamento: **Perspectiva**, Erechim. v.34, n.128, p. 151-166, dezembro/2010. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.
- [15]. PITA, Juliana; MOREIRA, Virgínia. Contribuições de Kraepelin, Bleuler e Bergson para a fenomenologia clínica da esquizofrenia de Minkowski. **Psicologia USP [online]**, v. 31, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180008>. Acesso em: 23 de jun. 2022.
- [16]. SILVA, I. S.T. et al. O uso da eletroconvulsoterapia (EC) para o tratamento da depressão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol. Sup. N. 56. Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/3926/2416/>. Acesso em 24 jun. 2022.