

# Relatório De Estágio Básico Supervisionado Em Psicologia E Saúde Mental: Rompendo Barreiras Entre A Saúde E A Institucionalização

Giuliana Camargo, Ketlyn Vicente, Larissa Farias , Diego Da  
Silva

Date of Submission: 17-01-2023

Date of Acceptance: 27-01-2023

## RESUMO

O relatório em questão relata a experiência advinda do estágio realizado na casa de apoio psiquiátrico, abordando temas como acolhimento na área da saúde e transtornos mentais. É dada ênfase no processo de acolhimento, sua importância, estratégias e resultados. Por conseguinte são descritas as atividades realizadas durante o estágio, discorre-se a respeito da personalidade dos pacientes, seus transtornos, suas particularidades e também o comportamento dos pacientes como um todo. Além disso, é analisada a dinâmica da casa, o ambiente físico e a relação cuidador-paciente. Foram utilizadas referências como: Sócrates, Platão, Araetius da Capadócia, Emil Kraepelin, dentre outros, para fundamentar as teorias a respeito da esquizofrenia.

**Palavras-Chave:** estágio, acolhimento, transtornos, esquizofrenia, saúde.

## INTRODUÇÃO

O estágio supervisionado é uma disciplina obrigatória do curso que permite ao graduando a oportunidade de colocar em prática todo o conteúdo aprendido durante o curso, realizando-o fora do contexto acadêmico. Esta prática permite que o estudante aprimore os seus conhecimentos, tenha ciência do perfil profissional exigido pelo mercado de trabalho, identifique os pontos que precisam ser melhorados para a sua adequação às exigências e principalmente adquira experiência e conheça o meio do qual poderá atuar.

Além do conhecimento prático, o estágio supervisionado proporciona ao graduando o desenvolvimento de suas habilidades interpessoais, pois terá que lidar com a subordinação, liderança, relacionamento com os colegas, entre outras situações. O objetivo geral do estágio em

psicologia, como foi dito anteriormente, em outras palavras, é a aplicação do conhecimento teórico e a preparação do estudante para o mercado de trabalho, por meio da sua imersão na rotina de um profissional da área de psicologia da saúde. Nesse estágio em questão, foram realizados encontros semanais em uma casa de apoio psiquiátrico, onde foi possível analisar o meio e seus integrantes, tanto pacientes como funcionários mediadores do local. Sendo assim, o tema acolhimento foi escolhido para abordar de forma íntegra o que já foi visto em prática.

A estratégia de acolher tem sua origem na necessidade de mudança no modelo de atenção que, ainda hoje, distancia o profissional do usuário. Logo, o modelo de saúde integral que se deseja enfocar sujeito, coletividade e território atrelados aos processos relacionais, técnicos e científicos no atendimento em saúde (1). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” é um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém (2). Segundo o Aurélio, acolher é dar agasalho, receber, tomar em consideração (2), ou seja, uma relação de bondade genuína. No campo das políticas de saúde, humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Esta prática de operar os processos de trabalho em saúde, orientada para um bom relacionamento entre todos os que participam do processo de promoção da saúde é indispensável, devendo-se sempre adotar uma postura ética, de compartilhamento de saberes e de comunicação adequada entre os diferentes atores (3).

Nos diversos níveis de assistência na área da saúde, o acolhimento se configura como o ponto inicial do atendimento bem sucedido ao usuário. O ato de acolher representa uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente da função e/ou formação profissional, e se dá por meio da escuta qualificada do discurso. A escuta qualificada pode ser definida como a ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, tornando possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento e o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (4). A estratégia está alinhada aos princípios atuais de humanização, na tentativa de criar uma relação de aproximação, respeito, compromisso e responsabilidade entre paciente e profissional. No campo da saúde, a humanização diz respeito à atitude de usuários, gestores e trabalhadores comprometidos e co-responsáveis por produzir um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades.

A filosofia humanista é um movimento que pode ser definido por meio de três pressupostos de base que são descritos nas obras de Carl Rogers. O primeiro tem como principal premissa uma visão do homem como um "organismo digno de confiança" que se expressa na capacidade de aceitar a pessoa, os seus sentimentos, as suas opiniões, com valor próprio, e confiar nele sem o julgar. É uma confiança no organismo humano e uma crença nas suas capacidades enquanto pessoa (Rogers, 1974, p. 16). O segundo "compreensão empática" é um processo que significa a capacidade de penetrar no universo do outro, sem julgamento, tomando consciência dos seus sentimentos, respeitando o ritmo de descoberta de si mesmo, fazendo com que o outro se sinta aceito e compreendido como pessoa na sua totalidade a partir do seu quadro de referência interno. E o terceiro pressuposto aborda a prática fenomenológica que privilegia a experiência subjetiva da pessoa, surgindo como consequência o conhecimento do outro a partir de seus referenciais e a forma de relacionamento que se constitui como um encontro entre pessoas (Rogers, 1974).

Se essas atitudes estiverem presentes na relação, a pessoa entra automaticamente em um processo de aceitação de si própria e dos seus sentimentos podendo tornar-se a pessoa que deseja e mais capaz de aceitar o outro, ajustando seu comportamento com a sua realidade. Quando se escuta a avaliação que os usuários fazem da sua própria situação, é uma maneira do profissional mostrar respeito e apoio à construção de mais

autonomia, ou seja, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral, contribuindo para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. Neste sentido, há a compreensão de que o acolhimento não é uma prática isolada, mas sim um conjunto de práticas que traduzem as atitudes tomadas tanto por profissionais como pelos usuários e nas interações que estabelecem no ambiente dos serviços de saúde.

No acolhimento, o vínculo entre profissionais e usuários favorece o diálogo, reforça as relações de confiança, agiliza o atendimento, facilita a adesão ao tratamento e melhora o desfecho clínico dos pacientes/ usuários (5). Sendo assim, trazendo de forma esclarecida a compreensão de indivíduo autêntico e contribuindo com construção de autonomia o processo de acolhimento e aceitação de si se torna viável, tendo como princípio facilitar a vivência dentro do lar de acolhimento para o próprio indivíduo como os demais moradores. O psicólogo e enfermeiro responsável do lar precisam andar em sintonia e alinhados para a melhora do morador, isto para que o próprio indivíduo entenda suas limitações e para que consiga interagir com os moradores e familiares. Tendo consciência de si mesmo conseguirá identificar temores e crises e facilitará no tratamento. A importância do acolhimento pelos profissionais da saúde e entendimento que será necessário se adaptar de acordo com cada transtorno e temperamento trará confiança e disposição para que o indivíduo se sinta parte do lar.

#### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

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 e sair da casa. As questões sobre família foram distintas e diversas, algumas pessoas relataram não conseguir amar os próprios filhos, ou nunca ter ido uma família, 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, os estagiários como forma de encerramento, agradecimento e despedida do local colocaram todos os desenhos feitos por eles nas paredes, os pacientes e cuidadores tiveram um momento de descontração para ambos.

#### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A esquizofrenia, na opinião de Vedana e Miasso (2011, p. 31), a esquizofrenia, “afeta cerca de 1% da população mundial”. Há muito que é considerada uma perturbação crônica, que começa tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta, caracterizando-se por distorções fundamentais do pensamento, da percepção e por emoções impróprias (World Health Report, 2001). Foi na Grécia antiga que se iniciou o interesse pelo estudo da doença mental: filósofos como Sócrates e Platão destacaram a existência de uma forma de «loucura» tida como divina e, inclusivamente utilizavam a palavra «manikê» para designar tanto o «divinatório» como o «delirante» (Silveira & Braga, 2005). Surgiram os primeiros estudos publicados de Emil Kraepelin sobre esquizofrenia, datados de 1919, descrição que ainda hoje é aceita na comunidade científica (Silva, Gheno, Aguiar, Souza, Castro, & Alexandre, 2000).

Através do DSM-IV-TR é possível definir a perturbação da esquizofrenia da seguinte maneira: os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afeto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedônica, vontade e impulsos, e atenção (DSM-IV-TR, 2006, p.299).

Nenhum sintoma isolado é patognomônico de esquizofrenia, o diagnóstico envolve o reconhecimento de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social da pessoa. Os sintomas característicos são, os positivos e negativos, os positivos refletem um excesso ou distorção das funções normais, enquanto os negativos parecem refletir uma diminuição do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da percepção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrole do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico). As ideias delirantes são falsas crenças que envolvem uma interpretação errada das percepções ou experiências (por exemplo, persecutório, de autorreferência,

somático, religioso ou de grandeza), sendo as mais comuns, as ideias delirantes persecutórias.

Socialmente, a esquizofrenia é distinguida das outras psicopatologias, como uma doença crônica, que provoca deterioração do funcionamento do doente e da relação deste com a família, causando diversos danos/perdas na estrutura familiar (Giacon & Galera, 2006). Os doentes que não tenham apoio/estímulo adequado por parte dos PCI, são mais inativos e passivos, conseqüentemente, apresentam déficit nas habilidades básicas no contexto social (Vidal, Gontijo & Bandeira, 2008). A OMS (2001) revela preocupação com a problemática da doença mental no contexto social, recomendando que se avalie permanentemente os serviços e programas de saúde mental, num intuito integrativo, incluindo, para isso, a visão dos doentes e dos seus prestadores de cuidados informais e formais. No que se refere aos efeitos sobre os prestadores de cuidados informais, importa avaliar, principalmente, a satisfação com os serviços prestados, a sobrecarga e a qualidade de vida. Relativamente aos doentes, a preocupação, tem a ver com o grau de autonomia, e principalmente, o comportamento social uma vez que existe a possibilidade de suicídio associado com tais problemas, o que indica uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Na tentativa de se investigar estas questões, realizaram-se vários estudos acerca da comparação da evolução do comportamento social, os quais, mostram-nos que os “esquizofrênicos apresentam melhor evolução no afastamento social em relação a doentes com outros diagnósticos” (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007, p. 298). Contudo, a identificação de deficiências no funcionamento social é característico da pessoa com esquizofrenia, incluindo dificuldades nos relacionamentos no trabalho, no autocuidado e na participação em atividades recreativas e comunitárias (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007).

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 histórico 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. 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 de vida, tanto dos indivíduos como dos familiares (KNAPP; ISOLAN; 2005).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Experiência de Estágio Supervisionado IV foi muito válida, pois tivemos o privilégio de escutar a partilha de vivências e experiências de cada morador, que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional e verificar o encorajamento entre todos. Reformular planos futuros e vislumbrar uma área, que no início do estágio era obscura, pois não tinha a noção de como era a atuação do psicólogo na área comunitária e da saúde. Entendemos que a ansiedade faz parte do crescimento, da mudança, da experiência de fazer algo nunca antes tentado e leva ao encontro com a nossa identidade profissional e do significado disso para nossa vida. Assim, a experiência nesse estágio nos proporcionou vivenciar a passagem do psicólogo clínico (da doença) à promoção da saúde, conforme preconiza quase todos os autores pesquisados para o desenvolvimento desse relatório. Através desse estágio tivemos a oportunidade de articular a teoria e assim obter aprendizado.

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

Livro

- [1]. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Revenferm UERJ*. 2011 jul/set;19(3):457-62.
  - [2]. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. 7.ed. Curitiba: Ed. Positivo; 2008; p895
  - [3]. Falk MLR, Falk JW, de Oliveira FA, da Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 2010 jan/mar;13(1): 4-9.
  - [4]. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):61-7
  - [5]. Guerrero P, Mello ALSF de, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto- enferm*. 2013 jan/mar; 22(1): 132-140.
  - [6]. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. 1.ed. Brasília: 2013. 289p.
- Artigo
- [7]. MENDES Dárcio. *ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE VIVENCIAM A PRÁTICA*. UNICAMP, Campinas 2014. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/930723?guid=1651536005964&returnUrl=%2Fresultado%2Flistar%3Fguid%3D1651536005964%26quantidadePaginas%3D1%26codigoRegistro%3D930723%23930723&i=9>
  - [8]. FERREIRA GIOVANNA. *ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE VIVENCIAM A PRÁTICA*. UFMG, 2009. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2258.pdf>
  - [9]. *CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA*. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília 2013. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)
  - [10]. ZAPELLO Gracieli. *PIASON Aline. O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA*. Cesuca 2020. <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1750>
  - [11]. ARAÚJO Eliana, VIEIRA Vânia. *PRÁTICAS DOCENTES NA SAÚDE*. Scielo 2013. <https://www.scielo.br/j/pee/a/9tbhZ84SfBrL7tV8P7THRDt/?format=html>